

Instituto Superior Miguel Torga
Escola Superior de Altos Estudos

Diferenças de sexo nos hábitos/comportamentos alimentares e
sintomas de perturbações do comportamento alimentar, numa
amostra de adolescentes

MARIA INÊS MARQUES CALDEIRA SILVA

Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica
Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2012



Diferenças de sexo nos comportamentos/hábitos alimentares e sintomas de perturbações do comportamento alimentar, numa amostra de adolescentes

MARIA INÊS MARQUES CALDEIRA SILVA

Dissertação apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Mariana Marques

Coimbra, setembro de 2012

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à Doutora Mariana Marques, obrigada por fazer de mim, não um trabalho, mas um contentamento. Por fazer com que me sentisse pessoa de valor, por me ajudar a descobrir o que fazer de melhor e, assim, fazê-lo cada vez melhor. Obrigada por afastar o medo das coisas que pudesse não compreender levando-me, por fim, a compreendê-las. Por resolver o que achava complicado. Por ser uma pessoa digna de total confiança e a quem posso recorrer quando a vida se mostrar difícil. Obrigada por me convencer de que era melhor do que suspeitava.

Foi de notar a sua dedicação, disponibilidade, profissionalismo e amizade com que me acompanhou nesta última etapa do mestrado. Agradeço com todo carinho a sua ajuda na realização da presente dissertação e por toda a motivação e coragem que sempre transmitiu. Serei eternamente grata por tudo!

Agradeço aos colegas, Cláudia, José e Liliana de quem recebi conhecimento, sabedoria, simpatia e amizade, espírito de entreajuda e cooperação para a realização da minha dissertação.

Aos meus amigos e colegas, agradeço todo o apoio que me permitiu abraçar uma carreira que, sendo exigente, os torna ainda mais queridos.

O meu mais profundo agradecimento é para os meus pais e namorado por terem estado sempre presentes, pela sua dedicação, suporte emocional e por nunca me deixarem de desistir dos meus sonhos e objetivos, e muito especialmente ao meu namorado que me deu muita coragem e força para me incentivar a lutar sempre por aquilo que acredito e a não desistir de nada.

Por último, mas não menos importante queria agradecer a cooperação de todos os alunos e professores das escolas secundárias João Gonçalves Zarco da cidade de Matosinhos, Fernando Namora de Condeixa e Agrupamento de escolas Gândara-Mar Tocha porque sem eles não era possível a realização desta dissertação.

É importante realçar a importância de todos os que, com sua amizade, carinho e compreensão me permitiram chegar até aqui. A vossa confiança em mim fez-me acreditar que posso sempre exceder os meus próprios limites e levar adiante os meus projetos e sonhos.

O meu muito obrigado a todos!

RESUMO

Introdução: A adolescência é um dos períodos mais desafiadores no desenvolvimento humano. As alterações que ocorrem a diferentes níveis (e.g. físicas) geram repentinas mudanças na perceção do eu, incluindo na perceção da imagem corporal, além de criarem necessidades nutricionais especiais. A literatura reconhece que existem diferenças importantes na prevalência, sintomatologia específica de perturbação do comportamento alimentar (PCA) e hábitos/comportamentos alimentares por sexo, mas ainda poucos estudos em Portugal, abordaram esta temática. Assim, são nossos objetivos, considerando separadamente os rapazes e raparigas de uma amostra de adolescente: 1) verificar a prevalência de diferentes hábitos/comportamentos alimentares; 2) apurar a prevalência de sintomas específicos de perturbação do comportamento alimentar (PCA), avaliados através dos itens de um questionário que avalia atitudes alimentares, associadas às PCA, o Teste de Atitudes Alimentares (TAA-25); 3) verificar a prevalência de jovens que apresenta pontuação superior/igual a 19 no TAA-25, indicadora de eventual PCA e 4) averiguar a prevalência das diferentes categorias de índice de massa corporal (IMC) (magreza, peso normal, excesso de peso e obesidade). Pretendemos, também, explorar associações entre a variável sexo e diversas variáveis: 1) o IMC categorizado; 2) as dimensões do TAA-25 e o IMC (enquanto variável contínua); 3) a pontuação do TAA-25 dicotomizada pelo ponto de corte de 19; 4) itens relativos aos hábitos/comportamentos alimentares e 5) itens individuais do TAA-25. A título exploratório, pretendemos, ainda, verificar eventuais associações entre diferentes sociodemográficas e os itens que avaliam hábitos/comportamentos alimentares.

Métodos: A nossa amostra é constituída por 308 adolescentes ($M = 14,5$ anos $DP = 1,67$; raparigas, $n = 184$, 59,7%). Todos preencheram um protocolo composto por um questionário sociodemográfico e pelo Teste de Atitude Alimentares-25/*Eating Attitudes Test-25*.

Resultados: Não se encontraram associações estatisticamente significativas entre a variável sexo e as variáveis IMC categorizado, dimensões do TAA-25, IMC, TAA-25 (categorizado pelo ponto de corte de 19) e os itens que avaliam hábitos/comportamentos alimentares. Porém, alguns itens particulares do TAA-25 revelaram uma associação significativa com o sexo. Relativamente TAA-25 dicotomizado segundo o ponto de corte 19 verificou-se que em ambos os sexos, a grande maioria dos jovens apresenta uma pontuação abaixo desse ponto de corte. Quanto aos itens que avaliam hábitos/comportamentos alimentares e as variáveis sociodemográficas e familiares, a frequência com que os jovens bebem refrigerantes e ingerem vegetais mostraram-se estatisticamente associadas à escolaridade do pai. Igualmente, a frequência com que ingerem vegetais e com que ingerem *fast food* também se mostraram estatisticamente associadas à zona da escola que frequentam.

Discussão: No geral, na nossa amostra, os hábitos/comportamentos alimentares dos adolescentes não são tão negativos como os relatados por alguma literatura (e.g. percentagem elevada de jovens que “salta” o pequeno almoço). Igualmente, não parecem existir diferenças significativas de sexo quanto às atitudes alimentares, eventual PCA, IMC e hábitos/comportamentos alimentares. No entanto, existem diferenças de sexo em alguma da sintomatologia específica avaliada pelo TAA-25. É bom verificar que ambos os sexos revelam uma prevalência baixa de eventual PCA, embora as raparigas revelam um valor superior. Algumas variáveis sociodemográficas revelam associações com os hábitos/comportamentos alimentares. As implicações dos resultados encontrados são discutidas pela autora.

Palavras-chave: adolescentes; comportamentos e hábitos alimentares; perturbações do comportamento alimentar; sexo

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is one of the most challenging periods in human development. Changes that occur at different levels (e.g. physical) generate sudden changes in the perception of the self, including the body image perception, and also create special nutritional needs. The literature recognizes important differences in the prevalence, specific symptoms of eating behaviour disorders and eating habits/behaviours by sex, but still few studies in Portugal considered this subject. The aims of this research, considering separately boys and girls from a sample of adolescents are: 1) verify the prevalence of different eating habits/behaviours; 2) determine the prevalence of specific symptoms of eating behaviour disorders, as assessed by the items of a questionnaire that assesses eating attitudes, associated with eating behaviour disorders, the Eating Attitudes Test (EAT-25); 3) verify the prevalence of youngsters who have a score of 19 or higher in the EAT-25, indicative of an eventual eating behaviour disorder; 4) check the prevalence of different categories of body mass index (BMI) (underweight, normal weight, overweight and obesity). We also intend to explore associations between sex and several variables: 1) categorized BMI; 2) the EAT-25 dimensions and the BMI (as a continuous variable); 3) the EAT-25 score dichotomized by the cutoff of 19, 4) items about eating habits/behaviors and 5) individual items of the EAT-25. With an exploratory purpose, we also intend to verify possible associations between sociodemographic variables and items assessing eating habits/behaviours.

Methods: Our sample is composed by 308 adolescents ($M = 14,5$ years; $DP = 1,67$; girls, $n = 184$, 59,7%). All completed a protocol composed by a sociodemographic questionnaire and by the Eating Attitudes Test-25.

Results: There were no statistically significant associations between sex, the categorized BMI, TAA-25 dimensions, BMI, EAT-25 (categorized by the cutoff of 19) and the items assessing eating habits/behaviors. However, some particular items of the EAT-25 revealed a significant association with sex. Regarding dicotomized EAT-25 by the cutoff of 19, we verified that, in both sexes, most of the adolescents presented a score below that cutoff. As for the items that assess eating habits/behaviors and sociodemographic variables and regarding family aspects, the frequency with which young people drink sodas and eat vegetables were associated with father's educational level. Additionally, the frequency with which adolescents eat vegetables and fast food are associated with the school area they attend.

Discussion: In general, in our sample, adolescents eating habits/behaviours are not as much negative as documented in some literature (e.g. high percentage of youngsters does not have breakfast). Additionally, there does not seem to exist significant sex differences regarding eating attitudes, eventual eating behaviour disorder, IMC and eating habits/behaviours. However, there are sex differences regarding some of the specific symptoms assessed by the EAT-25. It is good to verify that both sexes reveal a low prevalence of eventual eating behaviour disorder, although girls reveal a higher value. Some sociodemographic variables reveal associations with eating habits/behaviours. The results implications are discussed by the author.

Keywords: adolescents, behaviors and eating habits; eating behaviour disorders, sex.

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é um período marcado por grandes alterações ao nível da maturação biológica. Estas alterações geram mudanças na perceção do eu e, em particular, na perceção da imagem corporal (Shulenberg, Maggs & Hurrelman, 1997). Na adolescência, uma autoimagem satisfatória e o fato do adolescente ser visto como atraente pelos outros constitui uma prioridade (Lambruschini & Leis, 2002). Aceitar o novo corpo e integrar a nova aparência num conceito mais amplo do eu é, portanto, uma das principais tarefas de desenvolvimento da adolescência (Bosm & Kunnen, 2001). A tarefa de reestruturação e de organização do eu, tanto socialmente, como individualmente, envolve a redefinição das relações com os adultos e com os pares e pode gerar diferentes percursos individuais dependendo do período histórico e contexto específico do jovem. Pode, também, variar em dificuldade dependendo dos recursos pessoais e ambientais que o jovem possui e de um maior/menor grau de satisfação com a sua aparência física. O desejo de alterar pode levar o jovem a adotar um comportamento alimentar “especial”. Os diferentes desafios da puberdade revelam-se particularmente difíceis porque ocorrem precisamente durante o período em que os jovens sentem maior necessidade de se sentir semelhantes e apreciados pelos seus pares. Ao compararem-se em termos de peso e altura, podem sentir-se inadequados, particularmente se o seu desenvolvimento (e.g. as alterações físicas que evidenciam) ocorrem mais cedo/mais tarde que o normal (Silbereisen & Kracke, 1997).

Assim, em alguns casos, devido a diferentes tipos de motivações (ecológicas, filosóficas, religiosas, de independência familiar ou de influência dos seus pares ou heróis), os adolescentes podem adotar novos padrões alimentares (Lambruschini & Leis, 2002). A alimentação tem uma importância fundamental no seu desenvolvimento e a manutenção de um padrão alimentar adequado reflete-se na saúde física e mental do jovem. O grau e o tipo de alteração do padrão alimentar varia muito. Nalguns casos, os hábitos alimentares aumentam o risco de desenvolver problemas de saúde e cognitivos, incluindo obesidade e diabetes de tipo 2 (Lytle & Kubik, 2003). Alguns comportamentos inadequados, como a exclusão de determinados alimentos ou de refeições e a realização de dietas não equilibradas, podem aparecer isoladamente ou como parte de uma doença psiquiátrica, como as perturbações do comportamento alimentar (PCA) (Fleithlich, 1997; Dunker & Philippi, 2003).

Na adoção de comportamentos alimentares (menos) saudáveis durante a adolescência é sobretudo nas relações estabelecidas com os pares que se verifica o experimentar de novos comportamentos alimentares/alimentos, diferentes dos consumidos em família. É com o grupo de

pares que os jovens desenvolvem novos critérios e valores; é aqui que novas regras e comportamentos são testados, incluindo comportamentos alimentares menos saudáveis tais como refeições *fast-food*, que são facilmente acessíveis (Braet, Mervielde & Vandereycken, 1997).

Assim, quanto aos hábitos/comportamentos alimentares na adolescência são típicos o saltar do pequeno-almoço, a ingestão de aperitivos (alimentos calóricos) e o baixo consumo de frutas e vegetais. No estudo internacional do *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC; WHO, 2008) em 2005-2006, a proporção de pessoas jovens que tomavam o pequeno almoço diariamente variava entre 40-50%, com aproximadamente 30-41% e 30-34% dos adolescentes de diferentes países a relatar o consumo diário de frutas e vegetais, respetivamente. Um estudo conduzido no Irão (Maddah, 2009) mostrou que, quanto aos comportamentos alimentares, o “saltar” do pequeno-almoço era mais comum nas raparigas com excesso de peso/obesas do que as nas raparigas com peso “normal”. Nesta amostra, o consumo de fruta durante o dia também era limitado. Sobretudo nas zonas rurais, as raparigas (quer com peso normal, quer com excesso de peso/obesidade) consumiam frequentemente doces/bolos/chocolates, gelados e batatas fritas. Num estudo conduzido na Palestina, com uma amostra de adolescentes (Mikki, Addul-Rahim, Shi, & Holmboe-Ottesen, 2010), os rapazes apresentaram maior probabilidade de tomar o pequeno-almoço diariamente, do que as raparigas. Assim, quase metade das raparigas relataram tomar o pequeno-almoço uma ou duas por semana ou menos, o que só sucedia em 26,2% dos rapazes. O saltar desta refeição mostrou ser menor em raparigas com pais com educação elevada. Outros estudos referem o saltar desta refeição como um problema frequente entre os adolescentes e habitualmente maior entre as raparigas (e.g. Shaw, 1998). Ainda no estudo de Mikki e colaboradores (2010), apenas um quarto dos adolescentes relatou beber leite diariamente, verificando-se uma diferença significativa entre rapazes e raparigas (32,9% vs. 18,3%). A percentagem de jovens (rapazes e raparigas) que raramente ou nunca bebiam leite foi de 22,9% vs. 43,8%, respetivamente, sendo esta diferença significativa. Quarenta e seis por cento das raparigas cujos pais tinham baixa educação raramente ou nunca bebiam leite. A proporção de adolescentes que consumia vegetais pelo menos uma vez por dia foi elevada e quase igual para raparigas e rapazes (73,8% e 72,8% respetivamente). O consumo diário de fruta mostrou ser menos comum do que o consumo diário de vegetais e foi similar para ambos os sexos (58,9% rapazes; 55,2% raparigas), o que não se verifica noutros estudos em que as raparigas, no geral, consomem mais frutas e vegetais diariamente (Vereecken, Bobelijn & Maes, 2005). O consumo de frutas mostrou-se associado positivamente à educação dos pais. A percentagem de rapazes

que relataram ingerir snacks (traduzido por lanches) salgados e doces diariamente foi de 50,3% vs. 61,5% das raparigas, uma diferença significativa. O consumo diário de batatas fritas estava negativamente associado à educação dos pais.

Se na adolescência vários hábitos/comportamentos alimentares podem sofrer alterações, tal como já referido, num extremo de maior gravidade, a presença de um comportamento alimentar inadequado pode estar associado a uma PCA. Estas perturbações apresentam uma psicopatologia primária caracterizada pela presença de medo mórbido de engordar, que acarreta um perturbação persistente do comportamento alimentar (mudanças nos hábitos de ingestão) e uma psicopatologia secundária (sintomas e sinais) que resulta da restrição alimentar e/ou dos comportamentos compensatórios utilizados para contrariar os efeitos dos episódios de ingestão alimentar compulsiva. Associado a esta psicopatologia está um acentuado prejuízo da saúde física e do funcionamento psicossocial, que não resultam de uma condição médica geral, nem de outra perturbação psiquiátrica (APA, 2000; Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies & O'Connor, 1998; WHO, 1992). Entre as PCAs os manuais diagnósticos apresentam duas grandes categorias diagnósticas: a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (critérios diagnósticos apresentados em anexo/Anexo B). Segundo Fairburn e Harrison (2003) ambas se caracterizam pela presença do medo mórbido acima referido de engordar, estratégias para controlar o peso/forma corporal e julgamento do seu valor pessoal resultante do peso/forma corporal. Em alguns casos, não são preenchidos os critérios diagnósticos para estas perturbações, sendo estes quadros designados de Perturbação do Comportamento Alimentar sem Outra Especificação (PCASOE) (Anexo B), entre as quais se salienta a Perturbação de Ingestão Compulsiva (PIC) (no DSM-IV encontra-se nas categorias diagnósticas que necessitam de mais estudo) (Anexo B). Nas últimas décadas tem-se verificado um aumento da prevalência e incidência das PCA, sobretudo nos países ocidentais (Hoek, 1993). Segundo Hoek e Hoeken (2003) e colaboradores os valores apresentados em muitos estudos epidemiológicos sobre PCAs apresentam pouca validade devido a aspetos metodológicos: baixa prevalência das PCA na população geral e tendência dos doentes com PCA em negar a doença. Na população geral (assim como na clínica), a distribuição dos PCA não é igual, sendo mais prevalente em adolescentes e jovens adultas do sexo feminino. Quanto à AN a prevalência em toda a vida oscila entre 0,3% e 3,7% (Yager, Andersen, Devlin, Egger, Herzog, Mitchell, 2000). A razão homem-mulher é de 1:10 até 1:20 (Klein & Walsh, 2004). Fairburn (2005) verificou que a prevalência de BN em mulheres jovens, segundo o DSM-III e o DSM-IV era de 1%.

Mais recentemente, tem-se chegado à conclusão de que os problemas alimentares no sexo masculino são mais prevalentes do que se pensava (Nelson et al., 1999). Num estudo europeu (Kjelsas et al., 2004) com 1960 adolescentes a prevalência em toda a vida de PCA no sexo masculino foi de 6,5%, de AN foi de 0,2%, de BN de 0,4% e de PCASOE foi de 50%, tendo sido encontrada uma razão sexo masculino/sexo feminino de 1:2.8 para PCA, 1:3.5 para AN e de 1:2 para BN. No que respeita à Bulimia Nervosa, numa revisão da literatura efetuada por Carlat e Camargo (1991) verificou-se que 10 a 15% dos indivíduos com BN são do sexo masculino; 0,2% (Carlat & Camargo, 1991; Hsu, 1996) a 0,5% (Kinzl et al., 1999; Olivardia et al., 1995) dos adolescentes e jovens adultos preenchem os critérios de BN. A percentagem de indivíduos do sexo masculino com perturbação de ingestão compulsiva (PIC) é bem mais elevada que as AN e BN, mas também aqui os resultados dos diferentes estudos diferem consideravelmente, podendo ir desde 20% (Braun et al., 1999) até 40% (Becker et al., 1999).

Os estudos existentes no nosso país são escassos. Azevedo e Ferreira (1992) calcularam a prevalência de AN e BN nas escolas secundárias da Ilha de S. Miguel (Região Autónoma dos Açores), seguindo os critérios do DSM-III, verificando que a prevalência das PCA era muito baixa (0,65%). Carmo e colaboradores (1996), num estudo conduzido em Lisboa e Setúbal encontraram uma prevalência de 0,4%, para AN, e Machado e colaboradores (2007) uma prevalência de 0,39% para a mesma perturbação. Pocinho (1999) avaliou 549 estudantes do ensino secundário e superior (224 homens e 325 mulheres) com idades entre os 12 e os 22 anos, da área de Coimbra. O autorrelato das participantes do sexo feminino permitiu “chegar” a uma prevalência de 0,6% para a AN, 1,2% para a BN e 19% para PCASOE. Em Portugal, Batista e colaboradores (1996) verificaram que 3% das jovens avaliadas cumpriam os critérios de BN (DSM-III). Machado (2007) encontrou um valor de 0,30%. Neste mesmo estudo a prevalência de PCASOE foi de 2,37% numa população escolar. Num estudo realizado no norte do país, com 486 jovens universitários, Machado e colaboradores (no prelo, cit. por Machado et al., 2004) verificaram que 25% das jovens apresentavam um peso inferior ao normal. Segundo os autores, 70% das raparigas desejava perder peso, embora apenas 7% destas tivesse um peso superior ao normal, com 19% a apresentar um peso inferior ao normal.

Se a prevalência de PCAs no sexo masculino é inferior à que se verifica no sexo feminino, várias razões se podem prender com essa reduzida prevalência, tal como apontam Pereira e colaboradores (2005). Existe grande dificuldade de diagnóstico das PCA no sexo masculino, porque os rapazes tendem a apresentar comportamentos e expressões reveladoras do

seu corpo muito diferentes das raparigas (e.g. desejam “perder a flacidez”; alcançar “um corpo definido” e “umas costas em V”). Igualmente, vestem roupas mais largas, que revelam menos o corpo do que as raparigas. As razões para fazerem dieta ou exercício físico geralmente relacionam-se com razões médicas (doenças cardíacas, diabetes ou obesidade). No caso particular da BN e do PIC, o consumo de grandes quantidades de alimentos num curto período de tempo, é menos chamativo de atenção às pessoas do que a ocorrência de uma situação semelhante no sexo feminino (Pereira, et al, 2005).

Investigadores como Drewnowski e Yee (1987) e Hsu (1989, 1990) sugerem que o principal fator responsável pela inferior prevalência de PCAs no sexo masculino se deve às diferenças relativas aos comportamentos de dieta e de exercício e motivos associados. Um estudo realizado em escolas secundárias com mais de mil alunos revelou grandes diferenças a este nível: as raparigas (63%) encontravam-se quatro vezes mais direcionadas do que os rapazes (16%) para perderem peso, através de exercício ou reduzindo a ingestão de calorias; os rapazes estavam três vezes mais empenhados na tentativa de ganhar peso do que as raparigas (28% vs. 9%) (Rosen & Cross, 1987). Também, no geral, o sexo masculino sente-se mais confortável e satisfeito com o seu corpo e menos pressionado para a magreza do que as mulheres (Cash et al. 1886; Rauste von Wright, 1988). Nos estudos de adolescentes até à idade adulta vários autores (Fallon et al., 1985; Grover et al., 2002; Serdula, 1999; Zellner et al., 1989) referem grandes diferenças de sexo na perceção da imagem corporal ideal e na discrepância percebida entre esta e a imagem real e entre o peso real e o peso desejado.

Além destas diferenças, a pressão sócio-cultural para a imagem e o significado da beleza são diferentes entre os sexos. Mickalide (1990) verificou que as revistas femininas têm dez vezes mais conteúdos relacionados com dietas comparativamente às revistas masculinas, as quais contêm mais artigos relacionados com a forma corporal. Assim, os homens apesar de estarem menos sujeitos às pressões socioculturais para a magreza, não deixam de receber constantes mensagens e apelos para procurarem uma determinada imagem tida como a ideal (Kerney-Cooke & Steichen-Asch, 1990). Nos últimos vinte anos, este ideal tornou-se gradualmente mais musculado e magro (Leit et al., 2002), sendo que a forma corporal preferida do homem contemporâneo é o “corpo em V” (Kearney-Cooke & Steichen-Asch, 1990; Pope et al., 2000), que transmite uma ideia de competitividade, coragem e dominância, atributos que muitos rapazes aprendem a valorizar, desde o nascimento (Kerney-Cooke & Steichen-Asch, 1990). De facto, no sexo masculino, a tendência mais comum é o desejo de ter peso a mais, sobretudo mais músculo

(Hsu, 1989, 1990; McCabe & Ricciardelli, 2001; Pope et al., 2000). Para além disso, se as raparigas se preocupam especialmente com o peso, os rapazes tendem a focar-se no tamanho de certas partes corporais, especialmente ombros e braços (Raust-von Wright, 1988). Os atuais estereótipos culturais do corpo masculino enfatizados na comunicação social (Raust-von Wright, 1988) constituem-se como fatores de risco cultural para o desenvolvimento de uma perturbação cuja prevalência tem vindo a aumentar na população masculina, a dismorfia muscular (Labre, 2002; Leit et al., 2002).

Atendendo aos variados aspetos referidos, a sintomatologia das PCA parece diferir nos dois sexos, particularmente no que diz respeito às estratégias adotadas para perder peso: 1) a prática de exercício físico em excesso é mais frequente no sexo masculino; 2) a toma de medicação (diuréticos, laxantes e enemas), a dieta altamente restritiva e o vómito autoinduzido são mais frequentes no género feminino.

Depois de discutidas aqueles que parecem ser os eventuais motivos para uma menor prevalência das PCA no sexo masculino e depois de abordadas as diferenças sintomatológicas entre o sexo masculino e feminino, importa referir um estudo realizado no nosso país e no qual foi utilizado o mesmo instrumento aplicado neste trabalho, o Teste de Atitudes Alimentares/TAA-25 (Pereira et al., 2006) em que a autora (Teixeira, 2008) apresenta algumas diferenças fundamentais de sexo, particularmente quanto às dimensões Motivação para a Magreza, Comportamentos Bulímicos e pontuação total no questionário, verificando-se que as raparigas apresentam, em todos os casos, valores médios superiores aos rapazes. Num estudo posterior, Bento e colaboradores (2011) verificaram que 4% da amostra apresentou pontuações no TAA-25 superiores ou iguais a 19, ponto de corte para eventual PCA. Relativamente às atitudes e comportamentos alimentares verificou-se que as raparigas apresentaram um valor mais elevado do que os rapazes nas pontuações totais do TAA-25, Motivação para a Magreza. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas de sexo quanto às outras duas dimensões do instrumento (Comportamentos Bulímicos e Pressão Social para Comer).

Objetivos

São nossos objetivos iniciais, considerando separadamente os rapazes e raparigas de uma amostra de adolescentes portugueses: 1) verificar a prevalência dos hábitos/comportamentos alimentares (frequência com que tomam pequeno almoço, frequência com que ingerem/bebem certos alimentos: vegetais, refrigerantes, *fast food*, leite, doces); 2) verificar a prevalência de

sintomas específicos de PCA, tal como avaliados pelos itens específicos de um questionário que avalia padrões de comportamento associados às PCA, o Teste de Atitudes Alimentares (TAA-25; Pereira et al., 2005); 3) verificar a prevalência de jovens que apresentam pontuação superior a 19 no TAA-25, indicadora de eventual PCA e 4) verificar a prevalência das diferentes categorias de índice de massa corporal (IMC) (magreza, peso normal, excesso de peso e obesidade). Posteriormente, pretendemos explorar associações entre a variável sexo e diversas variáveis: 1) o IMC categorizado (magreza, peso normal, excesso de peso e obesidade); 2) as dimensões do TAA-25 e IMC (enquanto variável contínua); 3) a pontuação do TAA-25 dicotomizada pelo ponto de corte de 19; 4) os itens relativos aos hábitos/comportamentos alimentares e 5) os itens individuais do TAA-25. A título exploratório, pretendemos, ainda, verificar eventuais associações entre diferentes sociodemográficas e os itens que avaliam hábitos/comportamentos alimentares.

2. METODOLOGIA

2.1. Procedimentos

Foi apresentado junto de cada Diretor/Conselho Pedagógico das escolas secundárias João Gonçalves Zarco da cidade de Matosinhos (escola “urbana”, de acordo com o critério de densidade populacional de um valor superior a 500 habitantes/Km², apresentado por Rodrigues, 2010), Fernando Namora de Condeixa e Agrupamento de escolas Gândara-Mar Tocha (escolas “rural”, de acordo com o critério de densidade populacional de um valor inferior a 200 habitantes/Km², apresentado por Rodrigues, 2010), abarcando desde o 7º ano ao 12º ano, um documento formal em que se expôs o âmbito de realização do presente estudo (englobado no 2º ano do Mestrado em Psicoterapias e Psicologia Clínica) e se solicitou formalmente a autorização para administrar um protocolo de questionários, que tinha como objetivo principal permitir a realização de quatro dissertações de mestrado, no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica, do Instituto Superior Miguel Torga. Assim, este protocolo era composto por um conjunto de perguntas sociodemográficas (idade, sexo, ano de escolaridade, avaliação do peso/altura, variáveis alimentares e variáveis familiares), pela *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES, Rosenberg, 1965; Santos & Maia, 1999), pelo *EAT-25/TAA-25* (*Eating Attitudes Test-25*/Teste de Atitudes Alimentares; Garner & Garfinkel, 1979; Pereira, 2006, 2008, 2011), pelo *DASS-21* (Lovibond & Lovibond, 1995; Apóstolo et al., 2006) e pelo *EMBU-A/A Parental Rearing Style Questionnaire for use with Adolescents*

(Gerlisma, Arrindel, Van Der Veen & Emmelkamp, 1991; Lacerda, 2005). Neste trabalho, em específico, utilizámos, apenas as questões sociodemográficas (idade, sexo, ano de escolaridade), variáveis familiares, de saúde e relativas ao comportamento alimentar e o TAA-25, instrumentos que descrevemos na secção 2.2.

Nos estabelecimentos de ensino acima referidos, procedeu-se, então, à obtenção da amostra de jovens adolescentes. Depois de obtida a autorização dos estabelecimentos, todos os alunos (de todas as turmas do ensino normal do 7º ao 12º ano) levaram para casa um pedido de consentimento pelos pais (dado tratarem-se de menores de 18 anos) a informar os encarregados de educação dos objetivos gerais do estudo e a pedir autorização para os seus educandos participarem no mesmo. No caso dos maiores de idade os próprios assinaram o consentimento informado. A recolha foi realizada no mês de fevereiro de 2012. Cumprindo um imperativo ético fundamental na investigação e avaliação psicológica (Simões, 1995), garantiu-se a confidencialidade das respostas individuais.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário sociodemográfico

Este questionário continha diferentes secções, que passamos a descrever:

Secção I: Variáveis sociodemográficas

Obtivemos informação sobre o sexo, o ano de escolaridade e a idade.

Secção II: Contexto familiar

Esta secção informa-nos sobre 5 questões: 1) Habitação (Família nuclear (só os pais) Família nuclear e alargada (com os pais e com tios, avós...); Família alargada (só com avós/tios...)); 2) Com quantas pessoas vive no total; 3) Estado civil dos pais (casados/vivem juntos, separados/divorciados, viúvos, nunca viveram juntos); 4) nível de escolaridade do pai (Sem escolaridade; Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade; 1.º ciclo do ensino básico (4.ª classe); 2.º ciclo do ensino básico (5º/6º ano); 3.º ciclo do ensino básico (7º ao 9.º ano); Ensino secundário (10º ao 12.º ano); Curso superior (bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento); nível de escolaridade da mãe (mesmas opções que para o pai); 5) profissão do pai e mãe (resposta aberta) e presença/ausência de irmãos (resposta aberta). Estas questões foram classificadas segundo a classificação portuguesa das profissões (2011).

Secção III: Variáveis de saúde

Questionamos o peso e a altura (autorelatadas) (informação que permitiu calcular o índice de massa corporal) e se pratica algum desporto. O IMC foi calculado consoante a idade, seguindo a fórmula peso/(altura)² e analisado utilizando as 2000 CDC *Growth Charts for United States* (2002), separadamente para rapazes e para raparigas: Magreza (percentil<5); Peso normal (entre o Percentil 5 e Percentil 85); Excesso de Peso (entre o Percentil 85 e o Percentil 95) e Obesidade (>Percentil 95).

Secção IV: Comportamento Alimentar

Esta secção fornece-nos dados sobre 7 questões: 1) Com que frequência tomas o pequeno-almoço durante a semana? (Nunca/Às vezes/Todos os dias); 2) Com que frequência bebes leite? (Raramente/Diariamente /Semanalmente/Mensalmente); 3) Com que frequência bebes coca-cola/refrigerantes? (Raramente/Diariamente/Semanalmente/Mensalmente); 4) Com que frequência comes vegetais? (Raramente/Diariamente/Semanalmente/Mensalmente); 5) Com que frequência comes fruta? (Raramente/Diariamente/Semanalmente/Mensalmente); 6) Com que frequência comer hambúrguer, cachorro quente ou pizza? (Raramente/Diariamente/Semanalmente/Mensalmente); 7) Com que frequência comes doces (chocolates, bolos)? (Raramente/Diariamente/Semanalmente/Mensalmente).

2.2.2. Teste de Atitudes Alimentares-25/*Eating Attitudes Test-25* (TAA-25/EAT_25, Pereira et al., 2006)

O Teste de Atitudes Alimentares-40 (TAA-40)/*Eating Attitudes Test-40* (EAT-40) foi desenvolvido por Garner e Garfinkel em 1979, mas continua a ser o teste mais utilizado para avaliar sintomas das perturbações do comportamento alimentar. Foi adaptado e validado para a população portuguesa por Soares e colaboradores, em 2004. O interesse mundial pelo instrumento e a necessidade de um instrumento breve levou à criação de uma versão reduzida (TAA-26) em 1982 pelos mesmos autores do TAA-40. O TAA-26 teve como critério de seleção os itens que apresentassem saturações fatoriais <0,40 (Pereira et al., 2006, 2008). Quer a versão original, quer a de 26 itens têm revelado excelentes qualidades psicométricas.

Pereira e colaboradores (2006, 2008) desenvolveram a versão portuguesa reduzida do TAA-40, o TAA-25, selecionando os itens que apresentaram pesos fatoriais >0.30. Segundo Pereira e colaboradores (2011) esta metodologia permitiu obter uma estrutura fatorial e escolher

os itens mais representativos da cultura e população portuguesa. Em 2006 e 2008 Pereira e colaboradores confirmaram a excelente consistência interna do instrumento, assim como a sua validade discriminante (capacidade discriminatória entre os sujeitos da amostra normal e doentes com patologia alimentar). Num estudo posterior, quer com estudantes de Medicina, quer com uma sub amostra de raparigas com perturbações do comportamento alimentar (PCA), Pereira e colaboradores (2011) voltaram a confirmar a excelente consistência interna da escala e a sua validade discriminante. Usando a metodologia das curvas ROC, o ponto de corte ajustado à prevalência de 19 pontos no TAA-25 garante valores de sensibilidade e especificidade em redor dos 95%. Este ponto de corte pode ser utilizado para rastreio de PCA na nossa população.

Descrevendo, agora, mais detalhadamente o instrumento, o TAA-25 é um questionário de autorresposta com um formato de resposta do tipo Likert, com seis opções de resposta: "nunca", "raras vezes", "algumas vezes", "muitas vezes", "muitíssimas vezes" e "sempre". Uma resposta "sempre" é cotada com 3 pontos; "muitíssimas vezes", com 2 pontos; "muitas vezes", com 1 ponto; as restantes opções de resposta não são cotadas (0 pontos). A pontuação do TAA-25 varia entre um valor mínimo de 0 e um máximo de 75 pontos. A pontuação total é calculada através da soma de todas as respostas e quanto maior for a pontuação total, mais disfuncionais são as atitudes e comportamentos alimentares (Pereira et al., 2006; 2008; 2011).

Nas várias análises fatoriais realizadas do instrumento, tanto no estudo original, no estudo da validação da escala reduzida para Portugal (Pereira et al., 2006, 2008) e no estudo realizado por Teixeira (2008) numa população de adolescentes portugueses, foi encontrada uma solução fatorial de 3 fatores: *Motivação para a Magreza*, *Comportamentos Bulímicos* e *Pressão Social para Comer*. Os itens que compõem cada fator varia entre estudos mas, de uma forma geral, os incluídos no fator *Motivação para a Magreza* circundam o evitar as comidas calóricas, a prática de exercício, o desejo de emagrecer, a preocupação com o peso corporal e o autocontrolo em relação à alimentação (e.g. "Faço exercício energeticamente, para queimar calorias"; "Sinto que a comida controla a minha vida"); os incluídos no fator *Comportamentos Bulímicos* dizem respeito às estratégias compensatórias para lidar com a ingestão compulsiva e aos sentimentos de culpa e desconforto em relação à comida (e.g. "Vomito depois de comer"; "Tomo laxantes"); os relativos à *Pressão Social para Comer* referem-se ao autocontrolo sobre a comida e a pressão social para aumentar o peso ("Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais"; "As outras pessoas acham que estou demasiado magra") (Pereira et al., 2006, 2008, 2011).

No presente estudo, recorreremos ao ponto de corte definido por Pereira e colaboradores (2011) para rastreio de PCA (19 pontos) e seguimos a estrutura fatorial encontrada por Bento (2008), numa amostra de adolescentes portugueses. Compõem, então, o Fator 1 *Motivação para a Magreza* os itens: 18, 3, 19, 5, 11, 14, 12, 2, 16, 10, 6, 22, 17 e 23; o Fator 2 *Comportamentos Bulímicos* os itens: 4, 21, 9, 24, 1, 25, 8 e 15; e o Fator 3 *Pressão Social para Comer* os itens 13, 7 e 20. O alfa de Cronbach da escala total (compósito de todos os fatores) foi de 0,786, tratando-se de um valor razoável, segundo Pestana e Gageiro (2008), do fator *Motivação para a Magreza* foi de 0,792, sendo um valor razoável, segundo Pestana e Gageiro (2008), do fator *Comportamentos Bulímicos* foi 0,450, tratando-se de um valor fraco, segundo os mesmos autores e do fator *Pressão Social para a Magreza* foi de 0,643, sendo um valor fraco, de novo, segundo os mesmos autores.

2.3. Análise estatística

Para a realização deste trabalho recorreremos a um programa informático de análise estatística, o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0.

Determinámos estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão e as medidas de assimetria e achatamento. Conduzimos testes paramétricos em virtude da nossa amostra apresentar um n superior a 30, apesar dos índices de simetria e curtose de algumas dimensões do TAA-25 revelarem ser superiores à unidade, ou seja, encontrarem-se acima/abaixo do intervalo -1 e 1 (Pallant, 2007). O teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov confirmou este resultado (a não normalidade de algumas variáveis) (Pallant, 2007).

Através de testes do qui quadrado para a independência testámos se existiam associações entre a variável IMC categorizado por percentis e a variável sexo. Através de testes de t de Student testámos se existiam diferenças de sexo nas dimensões do TAA-25 e sua pontuação total e no IMC (enquanto variáveis contínuas). Com um teste do qui quadrado para a independência, explorámos associações entre a variável pontuação total no TAA-25 categorizada de acordo com o ponto de corte de 19 e a variável sexo. Com o mesmo teste explorámos se existiam associações entre o sexo e os diferentes itens alimentares (frequência com que tomavam pequeno almoço e frequência com que comem certos alimentos: leite, coca-cola e refrigerantes, vegetais, frutas, hamburgers/cachorros quentes ou pizza e doces), assim como com os diferentes itens do TAA-25 (categorizados). Através do mesmo teste fomos verificar se existiam associações entre os itens alimentares e diferentes variáveis sociodemográficas, familiares e de saúde.

2.5. Amostra

A nossa amostra é constituída por 308 adolescentes (raparigas, $n = 184$, 59,7% e rapazes, $n = 124$, 40,3%). Na Tabela 1 apresentamos as variáveis sociodemográficas da nossa amostra. Verificamos que a nossa amostra total apresenta uma idade média de 14,5 anos ($DP = 1,67$; raparigas, $M = 14,5$; $DP = 1,70$; rapazes $M = 14,5$; $DP = 1,65$). Quanto ao ano de escolaridade, em ambos os sexos, verifica-se que a maioria frequenta entre o 7º e o 9º ano de escolaridade ($n = 70$, 56,5%; $n = 109$, 59,2%). Também a maioria dos jovens, de ambos os sexos, tem entre 12 e 14 anos ($n = 65$, 52,4%; $n = 93$, 50,5%). Em ambos os sexos, a maioria dos jovens frequenta uma escola rural ($n = 87$, 70,2%; $n = 105$, 57,1%).

Tabela 1.

Variáveis sociodemográficas

Ano de Escolaridade	Masculino		Feminino	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
7º -9º ano	70	56,5	109	59,2
10-12º ano	54	43,5	75	40,8
Total	124	100,0	184	100,0
Idade	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
12-14 anos	65	52,4	93	50,5
15-18 anos	59	47,6	91	49,5
Total	124	100,0	184	100,0
Escola	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Rural	87	70,2	105	57,1
Urbana	37	29,8	79	42,9
Total	124	100,0	184	100,0

Na Tabela 2 apresentamos as variáveis relativas à prática de desporto. Quanto ao sexo masculino, a maioria dos jovens afirma praticar desporto fora do contexto escolar ($n = 183$, 59,4%; $n = 93$, 75,0%) por oposição ao sexo feminino, visto que a maioria das raparigas não o faz ($n = 94$, 51,1%). Ainda que não apresentemos neste trabalho, ao pormenor, a frequência de cada modalidade desportiva que jovens afirmaram frequentar, verificou-se que, no caso dos rapazes, a grande maioria frequenta o futebol ($n = 29$, 23,4%) ou a natação ($n = 20$, 16,1%) e que, no caso das raparigas, a grande maioria frequenta a natação ($n = 20$, 10,9%) ou o voleibol ($n = 14$, 7,6%). Em ambas as amostras (rapazes e raparigas) verifica-se que a maioria dos jovens pratica desporto entre 0 a 3 vezes por semana ($n = 122$, 67,8%; $n = 53$, 58,2%; $n = 69$, 77,5%).

Tabela 2.
Variáveis relativas à prática de desporto

Desporto fora do contexto escolar	Masculino		Feminino	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	93	75,0	90	48,9
Não	31	25,0	94	51,1
Total	124	100,0	184	100,0
Número de Vezes que Pratica Desporto	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0 a 3 vezes por semana	53	58,2	69	77,5
4 a 7 vezes por semana	38	41,8	20	22,5
Total	91	100,0	89	100,0

Na tabela 3 apresentamos as variáveis relativas ao agregado familiar. Verifica-se, em todas as amostras que a maioria dos jovens vive só com a família nuclear ($n = 105$, 84,7%; $n = 144$, 78,3%). Relativamente ao número do agregado familiar, em ambas as amostras, a maioria dos jovens afirma viver entre 1-4 pessoas ($n = 88$, 88,9%; $n = 120$, 85,7%) em suas casas. Quanto ao estado civil dos pais, verifica-se em ambas as amostras que a maioria dos pais é casado ou vive em união de facto ($n = 101$, 81,5%; $n = 144$, 78,3%).

Tabela 3.
Variáveis relativas ao agregado familiar

Agregado Familiar	Masculino		Feminino	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Família Nuclear (só os pais)	105	84,7	144	78,3
Família Nuclear + Alargada (pais, tios, avós...)	15	12,1	25	13,6
Família Alargada (avós/tios)	1	,8	6	3,3
Família de Acolhimento	-	-	1	,5
Total	121	97,6	176	95,7
Número do Agregado Familiar	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1-4 pessoas	88	88,9	120	85,7
5-7 pessoas	11	11,1	20	14,3
Total	99	100,0	140	76,1
Estado civil dos pais	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Casados/União de Facto	101	81,5	144	78,3
Separados/Divorciados/Viúvos	21	16,9	39	21,2
Nunca viveram juntos	2	1,6	-	-
Total	124	100,0	183	99,5

Na Tabela 4 apresentamos os dados relativos à escolaridade e profissão do pai e da mãe. Importa referir, no caso da escolaridade do pai e da mãe que em ambas as amostras (rapazes e raparigas) a maioria dos jovens tem um pai e uma mãe que Sabe ler e escrever mas não tem escolaridade ou que tem o 1º, 2º ou 3º Ciclo do ensino básico ($n = 68$, 56,2%; $n = 109$, 62,3%).

Diferenças de sexo nos hábitos/comportamentos alimentares e sintomas de perturbações do comportamento alimentar, numa amostra de adolescentes

Tabela 4.
Escolaridade e Profissão do pai e da mãe

Profissão do Pai	Masculino		Feminino	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Representantes do poder legislativo e dos órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos+ Especialistas das atividades intelectuais e científicas	32	25,8	27	14,6
Técnicos e profissões de nível intermédio+ Pessoal administrativo+ Trabalhadores dos Serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	36	29,0	48	26,1
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta+ Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices+ Operadores de instalação e máquinas e trabalhadores de montagem	30	24,2	61	33,2
Trabalhadores não qualificados	10	8,1	17	9,2
Desempregados	5	4,0	9	4,9
Não Respondeu	-	-	-	-
Reformado	2	1,6	2	1,1
Total	115	92,7	164	89,1
Grau de Escolaridade do Pai				
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade+ 1º Ciclo do ensino básico+2º Ciclo do ensino básico+3º Ciclo do ensino básico	68	56,2	109	62,3
Ensino Secundário	28	23,1	44	25,1
Curso Superior	25	20,7	22	12,6
Total	121	100,0	175	100,0
Profissão da Mãe				
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Representantes do poder legislativo e dos órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos+ Especialistas das atividades intelectuais e científicas	43	27,5	30	16,3
Técnicos e profissões de nível intermédio+ Pessoal administrativo+Trabalhadores dos Serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	38	30,6	51	27,7
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta+ Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices+ Operadores de instalação e máquinas e trabalhadores de montagem	3	2,4	18	8,7
Dona de Casa	5	4,0	6	3,3
Trabalhadores não Qualificados	26	21,0	46	25,0
Desempregados	8	6,5	17	9,2
Não Respondeu	-	-	-	-
Reformado	2	1,6	1	,5
Total	116	93,5	169	91,8
Grau de Escolaridade da Mãe				
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade +1º Ciclo do ensino básico+2º Ciclo do ensino básico+3º Ciclo do ensino básico	52	42,6	100	55,6
Ensino Secundário	37	30,3	49	27,2
Curso Superior	33	27,0	31	17,2
Total	122	100,0	180	100,0

Na Tabela 5 apresentamos os dados relativos aos irmãos. A grande maioria dos jovens, em ambas as amostras, tem irmãos ($n = 100$, 80,6%; $n = 139$, 75, 5%), verificando-se que também a maioria (nas duas amostras) tem apenas um irmão ($n = 75$, 60,5%; $n = 100$, 54,3%).

Tabela 5.
Dados relativos aos irmãos

Irmãos	Masculino		Feminino	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Não	23	18,5	40	21,7
Sim	100	80,6	139	75,5
Total	123	99,2	179	97,3
Numero de Irmãos	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1	75	60,5	100	54,3
2	22	7,3	30	16,3
3	2	1,6	5	2,7
4	1	,8	2	1,1
5	-	-	1	,5
6	-	-	1	,5
Total	100	80,6	139	75,5

Nas Tabelas 6 e 7, apresentamos os dados relativos aos hábitos/comportamentos alimentares. Verificamos que em ambas as amostras (masculina e feminina), a maioria dos jovens toma todos os dias o pequeno almoço (respetivamente, $n = 112$, 90.3%; $n = 166$, 90.2%). No que diz respeito à regularidade com que jovens bebem leite, também nas amostras masculina e feminina se verifica que a maioria dos adolescentes bebe leite diariamente (respetivamente, $n = 108$, 87.1%; $n = 155$, 84.2%). Quanto à frequência com que bebem refrigerantes na amostra masculina e feminina a maioria dos jovens bebe-os semanalmente (respetivamente, $n = 50$, 40.3%; $n = 66$, 35.9%). No que diz respeito aos vegetais, nas amostras (masculina e feminina) verifica-se que os jovens os comem diariamente ou semanalmente (respetivamente, $n = 112$, 90.3% e $n = 160$, 87.0%). Quanto à regularidade com que comem fruta em ambas as amostras verifica-se que a maioria dos jovens come fruta diariamente ou semanalmente (respetivamente, $n = 112$, 90,3%; $n = 160$, 87,0%). Relativamente à comida *fast food* verifica-se que a maioria dos jovens, em ambas as amostras, come esta comida diariamente ou semanalmente (respetivamente, $n = 112$, 90,3%; $n = 160$, 87,0%). Finalmente, quanto à frequência com que os jovens comem doces, em ambas as amostras, verifica-se que a maioria destes os come diariamente ou semanalmente (respetivamente, $n = 74$, 59,7%; $n = 123$, 66,8).

Diferenças de sexo nos hábitos/comportamentos alimentares e sintomas de perturbações do comportamento alimentar, numa amostra de adolescentes

Tabela 6.
Hábitos/comportamentos alimentares

Regularidade pequeno almoço (semanal)	Masculino		Feminino	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	2	1,6	3	1,6
Às Vezes	10	8,1	15	8,2
Todos os dias	112	90,3	166	90,2
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Às vezes	12	9,7	18	9,8
Todos os dias	112	90,3	166	90,2
Total	124	100,0	184	100,0
Regularidade (Leite)	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Raramente	4	3,2	12	6,5
Diariamente	108	87,1	155	84,2
Semanalmente	10	8,1	15	8,2
Mensalmente	2	1,6	2	1,1
Total	124	100,0	184	100,0
Raramente + Mensalmente	6	4,8	14	7,6
Diariamente+ Semanalmente	118	95,2	170	92,4
Total	124	100,0	184	100,0
Regularidade (Refrigerantes)	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Raramente	43	34,7	73	39,7
Diariamente	14	11,3	25	13,6
Semanalmente	50	40,3	66	35,9
Mensalmente	17	13,7	20	10,9
Total	124	100,0	184	100,0
Raramente + Mensalmente	60	48,4	93	50,5
Diariamente + Semanalmente	64	51,6	91	49,5
Total	124	100,0	184	100,0
Regularidade (Vegetais)	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Raramente	12	9,7	20	10,9
Diariamente	70	56,5	105	57,1
Semanalmente	42	33,9	55	29,9
Mensalmente	-	-	4	2,2
Total	124	100,0	184	100,0
Raramente + Mensalmente	12	9,7	24	13,0
Diariamente + Semanalmente	112	90,3	160	87,0
Total	124	100,0	184	100,0
Regularidade (Futa)	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Raramente	12	9,7	20	10,9
Diariamente	70	56,5	105	57,1
Semanalmente	42	33,9	55	29,9
Mensalmente	-	-	4	2,2
Total	124	100,0	184	100,0
Raramente + Mensalmente	12	9,7	24	13,0
Diariamente + Semanalmente	112	90,3	160	87,0
Total	124	100,0	184	100,0

Tabela 7.
Hábitos alimentares (continuação)

Regularidade (<i>fast-food</i>)				
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Raramente	12	9,7	20	10,9
Diariamente	70	56,5	105	57,1
Semanalmente	42	33,9	55	29,9
Mensalmente	-	-	4	2,2
Total	124	100,0	184	100,0
Raramente + Mensalmente	12	9,7	24	13,0
Diariamente + Semanalmente	112	90,3	160	87,0
Total	124	100,0	184	100,0
Regularidade (doces)				
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Raramente	23	18,5	38	20,7
Diariamente	9	7,3	22	12,0
Semanalmente	65	52,4	101	54,9
Mensalmente	27	21,8	23	12,5
Total	124	100,0	184	100,0
Raramente + Mensalmente	50	40,3	61	33,2
Diariamente + Semanalmente	74	59,7	123	66,8
Total	124	100,0	184	100,0

Nas Tabelas 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14 apresentamos os itens do TAA-25. De uma forma resumida, é bom verificar que nas amostras (masculina e feminina) e em todos os itens a grande maioria dos jovens responde *nunca+raras vezes*. Ainda assim, podemos verificar que na amostra (masculina e feminina) apesar da grande maioria dos jovens responderem que *nunca+raras vezes* apresentam estes comportamentos, um número considerável refere apresentar estes comportamentos *muitas vezes+muitíssimas vezes+sempre* nos itens 3 (“preocupo-me com a comida”), 5 (“conheço o valor calórico das comidas”), e 19 (“controlo-me em relação à comida”); item 3: respetivamente, $n = 44, 35,5\%$; $n = 57, 31,0\%$; item 5: respetivamente, $n = 39, 31,5\%$; $n = 39, 21,2\%$; item 19: respetivamente, $n = 48; 38,7\%$; $n = 58, 31,5\%$.

Diferenças de sexo nos hábitos/comportamentos alimentares e sintomas de perturbações do comportamento alimentar, numa amostra de adolescentes

Tabela 8.
Itens do TAA-25

TAA-25	Masculino		Feminino	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
TAA-25 1.Fico nervosa/o antes de comer				
Nunca	113	91,1	160	87,0
Raras vezes	8	6,5	19	10,3
Algumas vezes	2	1,6	4	2,2
Muitas vezes	-	-	-	-
Muitíssimas vezes	1	,8	-	-
Sempre	-	-	1	,5
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	121	97,6	179	97,3
Algumas vezes+ Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	3	2,4	5	2,7
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 2.Ter peso a mais, aterroriza-me				
Nunca	93	75,0	111	60,3
Raras vezes	27	21,8	56	30,4
Algumas vezes	4	3,2	12	6,5
Muitas vezes	-	-	5	2,7
Muitíssimas vezes	-	-	-	-
Sempre	-	-	-	-
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	120	96,8	167	90,8
Algumas vezes+ Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	4	3,2	17	9,2
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 3.Preocupo-me com comida				
Nunca	41	33,1	46	25,0
Raras vezes	21	16,9	30	16,3
Algumas vezes	18	14,5	51	27,7
Muitas vezes	15	12,1	26	14,1
Muitíssimas vezes	17	13,7	16	8,7
Sempre	12	9,7	15	8,2
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	62	50,0	76	41,3
Algumas vezes	18	14,5	51	27,7
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	44	35,5	57	31,0
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 4.Tenho episódios de comer demais				
Nunca	67	54,0	97	52,7
Raras vezes	29	23,4	54	29,3
Algumas vezes	18	14,5	19	10,3
Muitas vezes	3	2,4	7	3,8
Muitíssimas vezes	5	4,0	7	3,8
Sempre	2	1,6	-	-
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	96	77,4	151	82,1
Algumas vezes	18	14,5	19	10,3
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	10	8,1	14	7,6
Total	124	100,0	184	100,0

Diferenças de sexo nos hábitos/comportamentos alimentares e sintomas de perturbações do comportamento alimentar, numa amostra de adolescentes

Tabela 9.

Itens do TAA-25 (continuação)

TAA-25 5. Conheço o valor calórico das comidas				
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	33	26,6	43	23,4
Raras vezes	23	18,5	44	23,9
Algumas vezes	29	23,4	58	31,5
Muitas vezes	20	16,1	18	9,8
Muitíssimas vezes	6	4,8	15	8,2
Sempre	13	10,5	6	3,3
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	56	45,2	87	47,3
Algumas vezes	29	23,4	58	31,5
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	39	31,5	39	21,2
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 6. Evito comidas ricas em hidratos de carbono				
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	69	55,6	93	50,5
Raras vezes	23	18,5	47	25,
Algumas vezes	20	16,1	31	16,8
Muitas vezes	5	4,0	8	4,3
Muitíssimas vezes	3	2,4	3	1,6
Sempre	4	3,2	2	1,1
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	92	74,2	140	76,1
Algumas vezes	20	16,1	31	16,8
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	10	9,7	13	7,1
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 7. Outros gostariam que comesse mais				
	Masculino		Feminino	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	85	68,5	120	65,2
Raras vezes	13	10,5	27	14,7
Algumas vezes	12	9,7	15	8,2
Muitas vezes	10	8,1	10	5,4
Muitíssimas vezes	1	,8	6	3,3
Sempre	3	2,4	6	3,3
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	98	79,0	147	79,9
Algumas vezes	12	9,7	15	8,2
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	14	11,3	22	12,0
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 8. Vomito depois de comer				
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	122	98,4	177	96,2
Raras vezes	1	,8	5	2,7
Algumas vezes	1	,8	2	1,1
Muitas vezes	-	-	-	-
Muitíssimas vezes	-	-	-	-
Sempre	-	-	-	-
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca	122	98,4	177	96,2
Raras vezes+ Algumas vezes+ Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	2	1,6	7	3,8
Total	124	100,0	184	100,0

Diferenças de sexo nos hábitos/comportamentos alimentares e sintomas de perturbações do comportamento alimentar, numa amostra de adolescentes

Tabela 10.

Itens do TAA-25 (continuação)

TAA-25 9. Culpa depois de comer	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	116	93,5	144	78,3
Raras vezes	6	4,8	17	9,2
Algumas vezes	1	,8	12	6,5
Muitas vezes	1	,8	3	1,6
Muitíssimas vezes	-	-	5	2,7
Sempre	1	,8	3	1,6
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	122	98,4	161	87,5
Algumas vezes	1	,8	12	6,5
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	1	,8	11	6,0
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 10. Preocupada/o com desejo de ser magra/o	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	87	70,2	90	48,9
Raras vezes	17	13,7	29	15,8
Algumas vezes	5	4,0	29	15,8
Muitas vezes	7	5,6	16	8,7
Muitíssimas vezes	6	4,8	6	3,3
Sempre	2	1,6	14	7,6
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	104	83,9	119	64,7
Algumas vezes	5	4,0	29	15,8
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	15	12,1	36	19,6
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 11. Exercício energeticamente	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	51	41,1	87	47,3
Raras vezes	19	15,3	36	19,6
Algumas vezes	17	13,7	28	15,2
Muitas vezes	10	8,1	18	9,8
Muitíssimas vezes	11	8,9	8	4,3
Sempre	16	12,9	7	3,8
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	70	56,5	123	66,8
Algumas vezes	17	13,7	28	15,2
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	37	29,8	33	17,9
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 12. Penso em queimar calorias	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	54	43,5	75	40,8
Raras vezes	22	17,7	35	19,0
Algumas vezes	15	12,1	28	15,2
Muitas vezes	12	9,7	22	12,0
Muitíssimas vezes	9	7,3	9	4,9
Sempre	12	9,7	15	8,2
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	76	61,3	110	59,8
Algumas vezes	15	12,1	28	15,2
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	33	26,6	46	25,0
Total	124	100,0	184	100,0

Diferenças de sexo nos hábitos/comportamentos alimentares e sintomas de perturbações do comportamento alimentar, numa amostra de adolescentes

Tabela 11
Itens do TAA-25 (continuação)

TAA-25 13.Pessoas acham que estou demasiada/o magra/o	Masculino		Feminino	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	79	63,7	127	69,0
Raras vezes	21	16,9	24	13,0
Algumas vezes	11	8,9	16	8,7
Muitas vezes	6	4,8	12	6,5
Muitíssimas vezes	4	3,2	4	2,2
Sempre	3	2,4	1	,5
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	100	80,6	151	82,1
Algumas vezes	11	8,9	16	8,7
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	13	10,5	17	9,2
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 14.Preocupo-me com gordura no corpo	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	60	48,4	65	35,3
Raras vezes	27	21,8	36	19,6
Algumas vezes	15	12,1	31	16,8
Muitas vezes	9	7,3	19	10,3
Muitíssimas vezes	9	7,3	16	8,7
Sempre	4	3,2	17	9,2
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	87	70,2	101	54,9
Algumas vezes	15	12,1	31	16,8
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	22	17,7	52	28,3
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 15.Tomo laxantes	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	120	96,8	174	94,6
Raras vezes	1	,8	5	2,7
Algumas vezes	3	2,4	4	2,2
Muitas vezes	-	-	1	,5
Muitíssimas vezes	-	-	-	-
Sempre	-	-	-	-
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca + Raras vezes	121	97,6	179	97,3
Algumas vezes+ Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	3	2,4	5	2,7
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 16.Evito comidas que tenham açúcar	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	64	51,6	82	44,6
Raras vezes	27	21,8	51	27,7
Algumas vezes	21	16,9	34	18,5
Muitas vezes	7	5,6	12	6,5
Muitíssimas vezes	3	2,4	4	2,2
Sempre	2	1,6	1	,5
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	91	73,4	133	72,3
Algumas vezes	21	16,9	34	18,5
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	12	9,7	17	9,2
Total	124	100,0	184	100,0

Diferenças de sexo nos hábitos/comportamentos alimentares e sintomas de perturbações do comportamento alimentar, numa amostra de adolescentes

Tabela 12.

Itens do TAA-25 (continuação)

TAA-25 17. Como comida de dieta	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	93	75,0	114	62,0
Raras vezes	19	15,3	39	21,2
Algumas vezes	5	4,0	21	11,4
Muitas vezes	4	3,2	5	2,7
Muitíssimas vezes	3	2,4	4	2,2
Sempre	-	-	1	,5
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	112	90,3	153	83,2
Algumas vezes	5	4,0	21	11,4
Muitas vezes+Muitíssimas vezes+Sempre	7	5,6	10	5,4
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 18. Comida controla a minha vida	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	101	81,5	135	73,4
Raras vezes	6	4,8	21	11,4
Algumas vezes	5	4,0	11	6,0
Muitas vezes	5	4,0	9	4,9
Muitíssimas vezes	4	3,2	2	1,1
Sempre	3	2,4	6	3,3
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	107	86,3	156	84,8
Algumas vezes	5	4,0	11	6,0
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	12	9,7	17	9,2
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 19. Controlo-me em relação à comida	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	43	34,7	63	34,2
Raras vezes	20	16,1	31	16,8
Algumas vezes	13	10,5	32	17,4
Muitas vezes	18	14,5	27	14,7
Muitíssimas vezes	13	10,5	16	8,7
Sempre	17	13,7	15	8,2
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	63	50,8	94	51,1
Algumas vezes	13	10,5	32	17,4
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	48	38,7	58	31,5
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 20. Outros pressionam para comer	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	102	82,3	135	73,4
Raras vezes	10	8,1	23	12,5
Algumas vezes	8	6,5	14	7,6
Muitas vezes	3	2,4	8	4,3
Muitíssimas vezes	1	,8	3	1,6
Sempre	-	-	1	,5
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	112	90,3	158	85,9
Algumas vezes	8	6,5	14	7,6
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	4	3,2	12	6,5
Total	124	100,0	184	100,0

Diferenças de sexo nos hábitos/comportamentos alimentares e sintomas de perturbações do comportamento alimentar, numa amostra de adolescentes

Tabela 13.

Itens do TAA-25 (continuação)

TAA-25 21. Tempo/preocupação demais à comida	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	103	83,1	139	75,5
Raras vezes	10	8,1	29	15,8
Algumas vezes	5	4,0	8	4,3
Muitas vezes	5	4,0	4	2,2
Muitíssimas vezes	-	-	4	2,2
Sempre	1	,8	-	-
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	113	91,1	168	91,3
Algumas vezes	5	4,0	8	4,3
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	6	4,8	8	4,3
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 22. Desconfortável depois de comer doces	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	90	72,6	117	63,6
Raras vezes	22	17,7	25	13,6
Algumas vezes	6	4,8	26	14,1
Muitas vezes	3	2,4	3	1,6
Muitíssimas vezes	2	1,6	5	2,7
Sempre	1	,8	8	4,3
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	112	90,3	142	77,2
Algumas vezes	6	4,8	26	14,1
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	6	4,8	16	8,7
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 23. Ocupo-me em coisas para fazer dieta	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	104	83,9	130	70,7
Raras vezes	11	8,9	27	14,7
Algumas vezes	3	2,4	17	9,2
Muitas vezes	5	4,0	4	2,2
Muitíssimas vezes	1	,8	3	1,6
Sempre	-	-	3	1,6
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	115	92,7	157	85,3
Algumas vezes	3	1,4	17	9,2
Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	6	4,8	10	5,4
Total	124	100,0	184	100,0
TAA-25 24. Gosto de sentir estômago vazio	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	111	89,5	162	88,0
Raras vezes	10	8,1	12	6,5
Algumas vezes	2	1,6	4	2,2
Muitas vezes	-	-	2	1,1
Muitíssimas vezes	-	-	3	1,6
Sempre	1	,8	1	,5
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca+ Raras vezes	121	97,6	174	94,6
Algumas vezes+ Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	3	2,4	10	5,4
Total	124	100,0	184	100,0

Tabela 14.
Itens do TAA-25 (continuação)

TAA-25 25.Tenho vontade vomitar depois das refeições	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca	121	97,6	177	96,2
Raras vezes	1	,8	3	1,6
Algumas vezes	2	1,6	1	,5
Muitas vezes	-	-	2	1,1
Muitíssimas vezes	-	-	1	,5
Sempre	-	-	-	-
Total	124	100,0	184	100,0
Nunca	121	97,6	177	96,2
Raras vezes+ Algumas vezes+ Muitas vezes+ Muitíssimas vezes+ Sempre	3	2,4	7	3,8
Total	124	100,0	184	100,0

Na Tabela 15 apresentamos o IMC categorizado de acordo com as *2000 CDC Growth Charts*. Nestas, o IMC é calculado atendendo à idade e separadamente por género. Consideramos 4 categorias: Magreza (percentil<5); Peso normal (entre o Percentil 5 e Percentil 85); Excesso de Peso (entre o Percentil 85 e o Percentil 95) e Obesidade (>Percentil 95). É possível verificar que nas duas subamostras, a maioria dos jovens possui um IMC normal (peso normal) ($n = 82$, 78,2%; $n = 158$, 85,9%).

Tabela 15.
IMC (2000 CDC Growth Charts)

IMC Percentis	Amostra masculina		Amostra feminina	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Magreza	7	1,3	5	2,7
Peso normal	82	78,2	158	85,9
Excesso de peso	30	19,2	18	9,8
Obesidade	5	1,3	3	1,6
Total	124	100,0	184	100,0

Na Tabela 16 apresentamos a pontuação do TAA-25 dicotomizada de acordo com o ponto de corte de 19. Verifica-se que em ambas as subamostras, a grande maioria dos jovens apresenta uma pontuação abaixo desse ponto de corte ($n = 119$, 96,0%; $n = 13$, 7,1%).

Tabela 16. TAA-25 dicotomizado segundo o ponto de corte 19, por sexo

	Rapazes		Raparigas	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
TAA-25 total ponto corte: abaixo de 19 (18 ou menos)	119	96,0	171	92,9
TAA-25 total ponto corte: acima ou igual a 19	5	4,0	13	7,1
Total	124	100,0	184	100,0

3. RESULTADOS

IMC categorizado e sexo

Realizámos um teste do qui quadrado para a independência para verificar se existia uma associação entre a variável IMC categorizado e a variável sexo mas não pudemos realizar a análise porque se verificou a violação da assunção da “frequência mínima esperada na célula” que deve ser de 5 ou mais (Pallant, 2007) e que impossibilitava a realização do teste exato de Fisher. Depois de “agruparmos” as categorias magreza, excesso de peso e obesidade versus peso normal e conduzirmos, de novo, um teste do qui quadrado para a independência, não encontramos uma associação estatisticamente significativa entre o IMC dicotomizado e o sexo. Por não terem sido encontrados resultados significativos, não apresentamos aqui nenhuma tabela.

Dimensões do TAA-25 e IMC e sexo

No Tabela 16 apresentamos as médias e desvios padrão nas dimensões do TAA-25, TAA-25 total e no IMC (enquanto variável contínua) nas sub amostras por sexo, assim como os respetivos testes t de Student para amostras independentes para averiguar se havia diferenças nas dimensões do TAA-25 e no IMC por sexo. Verificámos, em ambas as análises, não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Tabela 16. Médias e desvios-padrão das dimensões de TAA-25 e do IMC e respetivos testes t de Student

TAA-25 Dimensões	Masculino		Feminino		t	p
	M	DP	M	DP		
F1Motivação para a magreza	4,8	5,15	4,6	6,06	0,311	0,756
F2Comportamentos bulímicos	0,3	0,83	0,4	1,13	-0,915	0,361
F3Pressão social para comer	0,5	0,10	0,5	1,25	-0,254	0,799
TAA-25 Total	5,5	5,56	5,5	6,92	0,084	0,933
IMC	21,4	3,68	20,7	2,93	1,652	,100

TAA-25 (categorizado pelo ponto de corte de 19) e sexo

Através de um qui quadrado para a independência fomos verificar se existiam associações entre o sexo e a variável TAA-25 total categorizado pelo ponto de corte de 19. Não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis.

Itens que avaliam hábitos/comportamentos alimentares e sexo

Testes do qui quadrado para a independência mostraram que não existem associações estatisticamente significativas entre os itens relativos à frequência com que os jovens ingerem determinados tipos de alimentos e tomam o pequeno-almoço e o sexo.

Itens do TAA-25 e sexo

Testes do qui quadrado para a independência revelaram uma associação significativa entre alguns itens do TAA-25 e o sexo (itens 2, 3, 10, 11, 14 e 22). No que diz respeito ao item 2 (“ter peso a mais aterroriza-me”) verificou-se um $\chi^2 (1, n = 308) = 4,216, p \leq 0,040$, Cramer’s V = ,117. O tamanho do efeito (Cramer’s V) revelou ser pequeno (Pallant, 2007) (quando o número de colunas -1 ou número de linhas -1 é igual 1, um valor de Cramer de ,01 é pequeno, de ,30 é médio e de ,50 é grande; quando o número de colunas -1 ou número de linhas -1 é igual 2, um valor de Cramer de ,07 é pequeno, de ,21 é médio e de ,35 é grande e quando o número de colunas -1 ou número de linhas -1 é igual 3, um valor de Cramer de ,06 é pequeno, de ,17 é médio e de ,19 é grande)] (tabela 17). No caso do item 3 (“preocupo-me com a comida”) verificou-se um $\chi^2 (2, n = 308) = 7,471, p \leq 0,024$, Cramer’s V = ,156. O tamanho do efeito (Cramer’s V) revelou ser pequeno (Pallant, 2007) (tabela 18). Quanto ao item 10 (“preocupada com o desejo de ser magro/a”) encontrou-se um $\chi^2 (2, n = 308) = 15,497, p \leq 0,001$, Cramer’s V = ,224. O tamanho do efeito (Cramer’s V) revelou ser médio (Pallant, 2007) (tabela 19). No que diz respeito ao item 11 (“faço exercício energeticamente”) verificou-se um $\chi^2 (2, n = 308) = 6,012, p = 0,049$, Cramer’s V = ,140. O tamanho do efeito (Cramer’s V) revelou ser pequeno (Pallant, 2007) (tabela 20). Quanto ao item 14 (“preocupo-me com a gordura no corpo”) encontrou-se um $\chi^2 (2, n = 308) = 7,361, p = 0,025$, Cramer’s V = ,155. O tamanho do efeito (Cramer’s V) revelou ser pequeno (Pallant, 2007) (tabela 21). Finalmente, quanto ao item 22 (“desconfortável depois de comer doces”) verificou-se um $\chi^2 (2, n = 308) = 9,252, p = 0,010$, Cramer’s V = ,173. O tamanho do efeito (Cramer’s V) revelou ser pequeno (Pallant, 2007) (tabela 22).

Tabela 17.
Teste do Qui-Quadrado para a Independência (TAA-25 item 2)

	TAA-25_Item 2		
	Ter peso a mais aterroriza-me		
	Nunca+Raras vezes	Algumas vezes+Muitas vezes+Muitíssimas vezes+Sempre	n
Sexo			
Rapazes	41,8%	19,0%	124
Raparigas	58,2%	81,0%	184
<i>n</i>	287	21	308

Tabela 18.
Teste do Qui-Quadrado para a Independência (TAA-25 item 3)

TAA-25 Item 3				
Preocupo-me com comida				
	Nunca+Raras vezes	Algumas vezes	Muitas vezes+Muitíssimas vezes+Sempre	<i>n</i>
Sexo				
Rapazes	44,9%	26,1%	43,6%	124
Raparigas	55,1%	73,9%	56,4%	184
<i>n</i>	138	69	101	308

Tabela 19.
Teste do Qui-Quadrado para a Independência (TAA-25 item 10)

TAA-25 Item 10				
Ando preocupada/o com o desejo de ser mais magra/o				
	Nunca+Raras vezes	Algumas vezes	Muitas vezes+Muitíssimas vezes+Sempre	<i>N</i>
Sexo				
Rapazes	46,6%	14,7%	29,4%	124
Raparigas	53,4%	85,3%	70,6%	184
<i>n</i>	223	34	51	308

Tabela 20.
Teste do Qui-Quadrado para a Independência (TAA-25 item 11)

TAA-25 Item 11				
Faço exercício energeticamente para queimar calorias				
	Nunca+Raras vezes	Algumas vezes	Muitas vezes+Muitíssimas vezes+Sempre	<i>n</i>
Sexo				
Rapazes	36,3%	37,8%	52,5%	124
Raparigas	63,7%	62,2%	47,1%	184
<i>n</i>	193	45	70	308

Tabela 21.
Teste do Qui-Quadrado para a Independência (TAA-25 item 14)

TAA-25 Item 14				
Preocupo-me com a ideia de ter gordura no meu corpo				
	Nunca+Raras vezes	Algumas vezes	Muitas vezes+Muitíssimas vezes+Sempre	<i>n</i>
Sexo				
Rapazes	46,3%	32,6%	29,7%	124
Raparigas	53,7%	67,4%	70,3%	184
<i>n</i>	188	46	74	308

Tabela 22.
 Teste do Qui-Quadrado para a Independência (TAA-25 item 22)

	TAA-25 Item 22			
	Sinto-me desconfortável depois de comer doces			
	Nunca+Raras vezes	Algumas vezes	Muitas vezes+Muitíssimas vezes+Sempre	<i>n</i>
Sexo				
Rapazes	44,1%	18,8%	27,3%	124
Raparigas	55,9%	81,3%	72,7%	184
<i>n</i>	254	32	22	308

Itens que avaliam hábitos/comportamentos alimentares e variáveis sociodemográficas, familiares e de saúde

Testes do qui quadrado para a independência foram realizados para testar a associação entre os itens que avaliam hábitos/comportamentos alimentares e as diferentes variáveis sociodemográficas e familiares. Apresentamos aqui apenas os resultados significativos. Encontrou-se uma associação significativa entre a frequência com que os jovens bebem refrigerantes e a escolaridade do pai, $\chi^2 (2, n = 296) = 6,971, p \leq 0,031$, Cramer's V = 0,153. O tamanho do efeito (Cramer's V) revelou ser pequeno (Pallant, 2007) (quando o número de colunas -1 ou número de linhas -1 é igual 1, um valor de Cramer de 0,01 é pequeno, de 0,30 é médio e de 0,50 é grande; quando o número de colunas -1 ou número de linhas -1 é igual 2, um valor de Cramer de 0,07 é pequeno, de 0,21 é médio e de 0,35 é grande e quando o número de colunas -1 ou número de linhas -1 é igual 3, um valor de Cramer de 0,06 é pequeno, de 0,17 é médio e de 0,19 é grande) (tabela 23). Também se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre a frequência com que os jovens comem vegetais e a zona da escola que frequentam, $\chi^2 (2, n = 308) = 7,419, p \leq 0,006$, Fi = -0,155. O tamanho do efeito revelou ser pequeno (Pallant, 2007) (tabela 24). Da mesma forma, encontrou-se uma associação significativa entre a frequência com que ingerem vegetais e a escolaridade do pai, $\chi^2 (2, n = 296) = 6,627, p = 0,036$, Cramer's V = 0,150. O tamanho do efeito (Cramer's V) revelou ser pequeno (Pallant, 2007)] (tabela 25). Finalmente, encontrou-se uma associação significativa entre a frequência com que os jovens ingerem *fast food* e a zona da escola que frequentam, $\chi^2 (1, n = 308) = 10,198, p = 0,001$, Fi = 0,173. O tamanho do efeito revelou ser pequeno (Pallant, 2007) (tabela 26).

Tabela 23. Teste do Qui-Quadrado para a Independência (associação entre o consumo de refrigerantes e escolaridade do pai)

Escolaridade do pai				
	Sabe ler e escrever	Ensino secundário	Ensino superior	<i>n</i>
Refrigerantes				
Raramente+ Mensalmente	52,7%	27,3%	20,0%	150
Diariamente+ Semanalmente	61,1%	21,2%	11,6%	146
<i>n</i>	177	72	47	296

Tabela 24. Teste do Qui-quadrado para a independência (associação entre o consumo de vegetais e zona de residência/escola)

Escola			
	Rural	Urbano	<i>n</i>
Vegetais			
Raramente+ Mensalmente	41,7%	58,3%	36
Diariamente+ Semanalmente	65,1%	34,9%	272
<i>n</i>	192	116	308

Tabela 25. Teste do Qui-quadrado para a independência (associação entre o consumo de vegetais e zona de residência/escola)

Escolaridade do pai				
	Sabe ler e escrever	Ensino secundário	Ensino superior	<i>n</i>
Vegetais				
Raramente+ Mensalmente	72,8%	8,3%	13,9%	36
Diariamente+ Semanalmente	57,3%	26,5%	16,2%	260
<i>n</i>	177	72	47	296

Tabela 26. Teste do Qui-quadrado para a independência (associação entre o consumo de *fast food* e zona de residência/escola)

Escola			
	Rural	Urbano	<i>n</i>
Fast food			
Raramente+ Mensalmente	66,9%	33,1%	242
Diariamente+ Semanalmente	45,5%	54,5%	66
<i>n</i>	192	116	308

4. CONCLUSÃO/DISCUSSÃO

Neste trabalho propusemo-nos estudar numa amostra de adolescentes portugueses eventuais diferenças em termos de hábitos/comportamentos alimentares e sintomas de perturbação do comportamento alimentar, entre os jovens do sexo masculino e feminino, particularmente por serem poucos os estudos dedicados a esta temática no nosso país.

Antes mesmo de focar eventuais diferenças de sexo, foi positivo verificar que de uma forma geral os hábitos/comportamentos alimentares da nossa amostra não parecem aproximar-se dos indicados na literatura, menos positivos, como o “saltar” do pequeno almoço. A verdade é que, relativamente a este comportamento específico, em ambas as subamostras (masculina e feminina) deste estudo a maioria dos jovens toma todos os dias o pequeno almoço (respetivamente, 90,3% e 90,2%), o que contraria estudos como o de Maddah e colaboradores (2009) que apresentou este comportamento como sendo frequente em adolescentes do sexo feminino, particularmente com excesso de peso/obesas, por comparação com raparigas com peso “normal”. Também no estudo de Mikki e colaboradores e Shaw (1998) este comportamento se mostrou mais frequente em adolescentes do sexo feminino. No que diz respeito à ingestão de leite os resultados do presente estudo também parecem ser favoráveis mostrando que a maioria dos jovens de ambas as subamostras (masculina e feminina) bebe leite diariamente (respetivamente, 87,1%; 84,2%). Mais uma vez, o resultado contraria os achados de Mikki e colaboradores (2010) que verificaram, na sua amostra que apenas um quarto dos adolescentes bebia leite diariamente, verificando-se inclusivamente uma diferença significativa entre os dois sexos (rapazes e raparigas, respetivamente, 32,9% e 18,3%), o que numa análise posterior do nosso estudo não se veio a verificar, tal como discutiremos mais à frente. É positivo, mais uma vez, verificar que a grande maioria dos jovens da nossa amostra ingere fruta diariamente ou semanalmente (rapazes, 90,3%; raparigas, 87,0%) o que contrasta com o estudo de Maddah e colaboradores (2009) no qual se verificou, pelo menos na amostra feminina, um consumo limitado de fruta durante o dia. O estudo de Mikki e colaboradores (2010) não verificou diferenças de sexo na ingestão de vegetais e mostrou que a proporção de raparigas que ingeriam vegetais pelo menos uma vez por dia era elevada, o que se aproxima dos nossos resultados, dado que no presente estudo os estudantes de ambos os sexos relataram ingerir vegetais diariamente ou semanalmente (rapazes e raparigas: 90,3% e 87,0%, respetivamente). Como resultados menos positivos no nosso estudo verificou-se que a maioria dos jovens, de ambos os sexos, ingere *fast food* diariamente ou semanalmente (rapazes e raparigas 90,3% e 87,0%, respetivamente) e que também a maioria come doces diariamente ou semanalmente (rapazes e raparigas, 59,7% e 66,8, respetivamente). Estes dados aproximam-se, no entanto, dos apresentados noutros estudos (ainda que não totalmente comparáveis) que referem a ingestão diária de snacks (lanches) salgados e doces diariamente quer por adolescentes do sexo masculino, quer do sexo feminino (Maddah et al., 2009; Olumakaiye et al., 2010; Vereecken et al., 2005).

Quando consideramos individualmente os itens do TAA-25 a que recorremos para avaliar a presença e frequência de sintomas de perturbação do comportamento alimentar (PCA) foi muito positivo constatar que a grande maioria das jovens respondeu *nunca+raras vezes* à maioria dos seus itens. Adicionalmente, por comparação com a amostra de Pereira e colaboradores (2011), composta por estudantes universitárias (da cidade de Coimbra) a percentagem de adolescentes que na nossa amostra (só podemos comparar os resultados relativos à subamostra feminina) responde *muitas+muitíssimas+sempre* aos diversos itens é menor do que a percentagem das jovens adultas que responde dessa forma aos mesmos itens, o que parece indicar que a sintomatologia de perturbação de PCA (anorética e bulímica) ocorre com reduzida frequência na presente amostra, pelo menos em menor frequência do que na amostra de jovens adultas. Porém, em alguns sintomas particulares, a presente amostra revela valores percentuais (nas respostas *muitas+muitíssimas+sempre*) superiores à da amostra de jovens adultas. Assim, 19,6% das raparigas da nossa amostra afirma preocupar-se *muitas vezes+muitíssimas vezes+sempre* com o desejo de ser magra, por oposição com 17,8% da amostra de jovens adultas. Igualmente, 28,3% dos jovens da nossa amostra refere preocupar-se com a gordura no corpo (*muitas+muitíssimas+sempre*) por oposição com 21,9% da amostra de jovens adultas. Também, 31,5% dos jovens da nossa amostra refere controlar-se em relação à comida (*muitas+muitíssimas+sempre*) por oposição com 25,5% da amostra de jovens adultas.

Quanto ao IMC categorizado de acordo com as *2000 CDC Growth Charts* (2002), a prevalência das categorias permite concluir que a maioria dos jovens de ambas as subamostras (masculina e feminina) possui peso dentro dos valores normais (rapazes: 78,2%; raparigas: 85,9%), dado muito positivo visto que a obesidade é já considerada uma epidemia (WHO, 2000). Da mesma forma as prevalências encontradas para cada uma das categorias aproximam-se das relatadas por Teixeira (2008) (numa amostra de adolescentes entre o 8º e o 12º ano) (magreza = 2,5%; peso normal = 86,6%; excesso de peso = 8,8% e obesidade = 2,1%).

Igualmente, é bom verificar que em ambos os sexos, a grande maioria dos jovens apresenta uma pontuação total no TAA-25 inferior a 19 (ponto de corte indicado por Pereira e colaboradores de 2011, ajustado à prevalência) (rapazes: 96,0%; raparigas: 92,9%). No caso do sexo masculino a percentagem de jovens que apresenta uma pontuação igual ou superior a 19 (4%) é mesmo igual à relatada por Bento e colaboradores (2011) (4% da amostra total do estudo da autora). Esta autora refere uma prevalência de 5,6% no género feminino (vs. 1,6% sexo masculino), sendo a mesma uma diferença estatisticamente significativa. Tal resultado indica que

mais raparigas do que rapazes parecem apresentar uma aparente PCA. No nosso estudo, apesar da respetiva percentagem ser mais elevada no sexo feminino do que no sexo masculino (e superior à relatada por Bento e colaboradores, 7,1%), a diferença encontrada não é estatisticamente significativa.

Segundo Bilali e colaboradores (2010, cit. por Bento, 2011) em países ocidentais a prevalência de atitudes alimentares disfuncionais situa-se entre os 7,5% e os 30%, pelo que o nosso resultado pode indicar elevado risco de desenvolvimento de uma perturbação alimentar. Talvez o recurso ao ponto de corte de 25 apresentado como Pereira e colaboradores (2011) com sendo o que implica melhor combinação de especificidade e sensibilidade tivesse revelado valores inferiores. Num estudo futuro importará verificar esta hipótese.

Relativamente às dimensões do TAA-25, pontuação total do instrumento e IMC, verificámos não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos. Teixeira (2008) relata valores médios superiores em todas as dimensões e pontuação total do TAA-25 no sexo feminino (o que também sucede no presente estudo) mas, contrariamente ao nosso estudo, refere diferenças de sexo estatisticamente significativas no que diz respeito às dimensões Motivação para a Magreza e Comportamentos Bulímicos e na pontuação total do TAA-25. No estudo de 2011, Bento refere apenas diferenças estatisticamente significativas de sexo na pontuação total e na dimensão Motivação para a Magreza, referindo a ausência de diferenças estatisticamente significativas quanto à pontuação total do TAA-25 e IMC.

Quando explorámos a associação entre os itens do TAA-25 e o sexo, os itens o conteúdo e a direção das diferenças encontradas parecem ser congruentes com o que se sabe acerca das particularidades de sintomatologia de PCA nos dois sexos. Assim, relativamente aos itens “ter peso a mais aterroriza-me”, “preocupo-me com a comida”, “preocupado/a com o desejo de ser magro/a”, “preocupo-me com a gordura no corpo” e “sinto-me desconfortável depois de comer doces” são as raparigas que apresentam percentagens mais elevadas de respostas *algumas vezes+muitas vezes+muitíssimas vezes+sempre* ou *muitas vezes+muitíssimas vezes+sempre* do que os rapazes. Já quanto ao item “faço exercício energeticamente” são os rapazes que apresentam uma percentagem mais elevada de respostas *muitas vezes+muitíssimas vezes+sempre*. Um estudo realizado em escolas secundárias com mais de mil alunos revelou grandes diferenças a este nível: as raparigas (63%) encontravam-se quatro vezes mais direcionadas do que os rapazes (16%) para perderem peso, através de exercício ou reduzindo a ingestão de calorias; os rapazes estavam três vezes mais empenhados na tentativa de ganhar peso

do que as raparigas (28% vs. 9%) (Rosen & Cross, 1987). Porém, mesmo que as raparigas estejam mais motivadas para perder peso (através de restrição alimentar ou de exercício), no entanto, tal como aponta a literatura, são os rapazes que recorrem mais, como estratégias para perder peso, à prática de exercício físico em excesso.

Quanto às associações encontradas entre os itens que avaliam hábitos/comportamentos alimentares e diferentes variáveis sociodemográficas, é interessante verificar que os jovens que frequentam uma escola rural ingerem mais vegetais e menos *fast food* do que jovens que frequentam uma escola urbana. No estudo realizado por Cunha e colaboradores (2006), verificou-se também um consumo mais elevado de produtos hortícolas pelos jovens do meio rural. Quanto às associações encontradas entre o menor consumo de vegetais e uma menor escolaridade do pai, assim como entre um maior consumo de refrigerantes e menor escolaridade do pai alguns estudos apontam para a associação entre o nível educacional/de escolaridade dos pais e os hábitos/comportamentos alimentares dos adolescentes (e.g. consumo de fruta), mas não especificamente quanto ao consumo de vegetais e refrigerantes, segundo temos conhecimento.

Como aspeto fundamental do nosso estudo, para além das investigações de Teixeira e Bento (2008; 2011), e segundo sabemos, este é um dos poucos estudos realizados sobre o tema no nosso país. A amostra utilizada revela uma dimensão assinalável e os resultados contribuem para o aumento do conhecimento quanto às diferenças de sexo recorrendo ao Teste de Atitudes Alimentares (TAA-25), mas também quanto aos hábitos/comportamentos alimentares em adolescentes. No entanto, como limitação fundamental devemos referir que o Índice de Massa Corporal (IMC) calculado, baseou-se nas informações de peso e altura autorelatadas pelos jovens o que pode ter enviesado os valores reais quanto ao IMC.

Como implicações centrais do estudo, ao verificarmos uma elevada prevalência de eventual PCA quer nas raparigas e rapazes importa refletir sobre a necessidade e urgência de uma eventual avaliação junto das escolas/alunos mais detalhada para rastreio e eventual seguimento terapêutico. Adicionalmente, seria importante promover programas de psicoeducação junto das famílias/pais, colegas/amigos para reduzir consumo de doces e de *fast food*, refrigerantes e bebidas açucaradas. Também seria benéfico e interessante realizar programas de sensibilização junto dos auxiliares de cozinha nas cantinas das escolas e auxiliares de educação, no que toca às ementas diárias. Este programa teria como objetivo, reeducar os cozinheiros para refeições equilibradas, saciantes e com os nutrientes e proteínas necessárias para os jovens. Estes últimos, a partir de uma certa idade ficam indecisos sobre a sua escolha

alimentar. Nesta fase de desenvolvimento o adolescente já é responsável pela sua ingestão alimentar, mas muitas das refeições são feitas fora de casa, com o grupo de amigos. É necessário estarmos atentos nesta fase de vida pois as necessidades nutricionais são elevadas atendendo a todas as transformações físicas e psicológicas, podendo não ser fácil fazer as escolhas mais acertadas. Os professores teriam então um papel importante também na educação para a escolha de alimentos através da roda de alimentos, podendo realizar vários jogos em que os alunos ficticiamente escolham e retirem alimentos à sua refeição.

É importante refletir que, nesta amostra de adolescentes, considerando alguns itens do TAA-25, verificou-se uma percentagem superior de respostas *muitas vezes+muitíssimas vezes+sempre* do que na amostra de Pereira e colaboradores (2011) com jovens adultas. Sendo esta uma fase da adolescência crítica para o desenvolvimento de PCA, é necessário maior atenção nas escolas e por parte dos elementos do agregado familiar do adolescente.

Finalmente, dada as diferenças de sexo, ao nível de alguns sintomas alimentares, referida na literatura e encontrada no nosso estudo, seria interessante futuramente testar a adequação, eventualmente recorrendo a um estudo qualitativo, dos itens do TAA-25 quando aplicados junto do sexo masculino.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - Texto Revisto (DSM-IV-TR)* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Azevedo, M.H.P. (2006). A versão Portuguesa reduzida do Teste de Atitudes Alimentares-40. *Psiquiatria Clinica*, 27, (1), 51-61.
- Batista, F., Sampaio, D., Carmo, I., Reis D., & Galvão-Teles, A. (1996). The prevalence of eating behavior in a portuguese female in university population. *European Eating Disorders Review*, 4, 144, 1-11.
- Becker, A.E., Grinspoon S.K., Klibanski A., & Herzog D. (1999). Eating Disorders. *New England Journal of Medicine*, 24, 1092-1098
- Bento C., Saraiva J., Pereira A., Azevedo M.H.P., & Santos A. (2011). Atitudes e comportamentos alimentares em uma população adolescente portuguesa. *Pediatria* (São Paulo), 33, 21-8.
- Bosma, H. A., & Kunnen, E. S. (2001). Determinants and mechanisms in ego identity development: a review and synthesis. *Developmental Review*, 21, 39-66.
- Braet, C., Mervielde, I., & Vandereycken, W. (1997). Psychological aspects of childhood obesity. A controlled study in a clinical and non-clinical sample. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 59-71.

Braun D.V., Sunday S.R., Huang A., & Halmi K.A. (1999). Sexual Orientation and Eating Psychopathology: The role of Masculinity and Femininity. *International Journal of Eating Disorders*, 25 (4), 415-424.

Batista, F., Sampaio, D., Carmo, I., Reis, D., & Galvão-Teles, A. (1996). The prevalence of disturbances of eating behaviour in a Portuguese female university population. *European Eating Disorders Review*, 4, 260-270.

Callat D.J. & Camargo C.A. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry*, 148 (7), 831-843.

Cunha, S. Sinde, S. & Bento, A. (2006). Hábitos Alimentares de Adolescentes. Meio Rural/Urbano - Que contrastes? *Nutricias*, 6, 29-34.

Carmo I., Reis D., Varandas P., Bouça D., Padre-Santo D., & Neves A. (2003). Prevalence of anorexia nervosa: a Portuguese population study. *European eating disorders review*, 4, 157-170.

Cash, T.F., Winstead, B.A., & Janda, L.H. (1986). The great American shape-up. *Psychology Today*, April, 30-37.

Chatzi L., Apostolaki G., Bibakis I., Skypala I., Bibaki-Liakou V., Tzanakis N...Cullinan P. (2007). Protective effect of fruits, vegetables and the Mediterranean diet on asthma and allergies among children in Crete. *Thorax*, 62(8), 677-683.

Classificação Portuguesa das Profissões 2010 (2011). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, INE, IP.

Drewnowski A. , & Yee D.K. (1987). Men and body image: are male satisfied with their weight? *Psychosomatic Medicine*, 49 (6), 626-634.

Dunker, K.L.L., & Philippi, S6386.T. (2003). Food habits and feeding behavior in adolescents with symptoms of anorexia nervosa. *Revista de Nutrição*, 16 (1), 51-60.

Fairburn, C.G., Doll, H.A., Welch, S.L., Hay, P.J., Davies, B.A. & O'Connor, M.E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432.

Fairburn, C.G. e Harrison, P.J. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.

Fallon P., Rozin E., & Paul D. (1985). Sex differences in perception of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 94 (1), 102-105.

Fleitlich, B.W. (1997). O papel da imagem corporal e o risco de transtornos alimentares. *Pediatria moderna*, 23(1/2), 56-62.

Grover V.P, Keel P.K., & Mitchell J.P. (2002). Gender differences in implicit weight identity. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 125-135.

Haug, E., Rasmussen, M., Samdal, O., Iannotti, R., Kelly, C., Borraccino, & the HBSC Obesity Writing Group (2008). Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and

lifestyle factors: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study. *International Journal of Public Health*, 54, S167–S179

Hoek, H.W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 61-74.

Hoek, H.W., & Hoeken, D. (2003). Review of prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*, 34, 383-396.

Hsu L.K.G. (1989). The gender gap in eating disorders: Why are eating disorders more common among women? *Clinical Psychology Review*, 9 (3), 393-407

Hsu L.K.G. (1990). *Eating Disorders*. New York: The Guildford Press.

Hsu, L.K.G. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatry Clinic North American*, 19, 681-700.

Kearney-Cooke, A., & Stelchen-Asch, P. (1990). Men, Body Image, and Eating Disorders. In A. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders* (p.47). New York: Brunner/Mazel).

Kinzl J.F., Traweger C., Treafalt E., Mangwerh B., & Bielbl W. (1999). Binge eating disorder in males: a population- based investigation. *Eating Weight Disorders*, 4 (4), 169-174.

Kjelsas E., Bjornstrom C., & Gotestam K.G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eating Behaviours*, 5, 13-25.

Klein, DA., & Walsh, T. (2004). Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiology & Behavior*, 81(2), 359-74.

Labre M.P. (2002). Adolescent boys and the muscular male body ideal. *Journal of Adolescent Health*, 30, 223-242

Lambruschini, N., & Leis, R, (2002). Transtornos de la conducta alimentária. In: *Protocolos diagnósticos e terapéuticos en Pediatría*, AEP; Tomo 5, 361-374.

Leit R.A., Gray J.J., & Pope H.G. (2002). The media's representation of the ideal male body: a cause for muscle dysmorphia. *International Journal of Eating Disorders*, 31: 334-338

Lytle, L., & Kubik, M. (2003). Nutritional issues for adolescents. *Best Practice & Research: Clinical Endocrinology and Metabolism*, 17(2), 177-189.

Maddah, M. (2009). Risk factors for overweight in urban and rural school girls in Iran: Skipping breakfast and early menarche. *International Journal of Cardiology*, 136, 235-238.

McCabe M. & Ricciardelli L.A. (2001). Body image and body change techniques among young adolescent boys. *European Eating Disorders Review*, 9, 335-347

Mickalide A.D., (1990). Sociocultural factors influencing weight among males. In A.E. Andersen (Ed). *Males with eating disorders* (pp.30-39). New York: Brunner/ Mazel.

- Mikki, N., Addul-Rahim, H., Shi, Z., & Holmboe-Ottesen, G. (2010). Dietary habits of Palestinian adolescents and associated sociodemographic characteristics in Ramallah, Nablus and Hebron governorates. *Public Health Nutrition*, 13 (9), 1419-1429
- Nelson, W., Hughes, H., Katz, B., & Searight, R. (1999). Anorexic eating and behaviours of male and female college students. *Adolescence*, 34, 135, 621-633.
- Olivardia R., Pope H.G., Mangweth B., & Hudson J.L. (1995). Eating Disorders in college men. *American Journal of Psychiatry*, 159 (9), 1279-85
- Olumakaiye, M.F., Atinmo, T., & Olubayo-Fatiregun, M.A. (2010). Food consumption patterns of Nigerian adolescents and effect on body weight. *Journal Nutrition Education and Behavior*, 42(3), 144-151.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for windows* (version 15). London: Open University Press.
- Pereira A.T., Maia, B.R. Cabral, A., Soares, M.J., Bos, S., Macedo, A. & Azevedo, M.H. (2005). Distúrbios do Comportamento Alimentar no Sexo Masculino. *Psiquiatria Clínica*, 26(2),83-96.
- Pereira, A.T., Soares, M.J., Maia, B.R., Bos, S., Cabral, A., Macedo, A., Ferreira, P., & Azevedo, MHP. (2006). A versão portuguesa reduzida do Teste de Atitudes Alimentares-40. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 51-63.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5a Ed). Lisboa: Edições Silabo.
- Pocinho, M. (1999). *Peso, insatisfação corporal, dietas e patologia alimentar*. Tese de Mestrado não publicada. Instituto Miguel Torga.
- Pope H. G., Philips K.A., & Olivardia R. (2000). *The Adonis Complex. The secret crisis of male obsession*. New York: The Free Press.
- Rauste-von Wright M. (1988). Body image satisfaction in adolescent girls and boys: a longitudinal study. *Sex Roles*, 30 (1), 71-82
- Rodrigues, M. R. S., (2010). As Tecnologias de Informação e Comunicação e a Escola em Meio Rural. *Mediações*, Vol. 1 (2), 89-97.
- Rosen, J.C., & Gross, J. (1987). Prevalence of weight reducing and weight gaining in adolescent girls and boys. *Health Psychology*, 6, 131-147
- Schulenberg, J., Maggs, J.L., & Hurrelmann, K. Negotiating developmental transitions during adolescence and young adulthood: Health risks and opportunities (1997). In J. Schulenberg, J.L. Maggs, and K. Hurrelmann (Eds.) *Health Risks and Developmental Transitions during Adolescence* (pp. 1-19). New York: Cambridge University Press.

Serdula M.K., Mokdad A.H., Williams D.F., Galuska D.A., Mendlein J.M., & Health G.W. (1999). *Prevalence of attempting weight loss and strategies for controlling weight*. JAMA, 282 (4), 1353-1358.

Simões, M. R. (1995). Política e moral da avaliação psicológica: Considerações em torno dos problemas éticos e deontológicos. In L. S. Almeida & I. O. Ribeiro (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. III, pp. 155-162). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses

Shaw, M.E., (1998). Adolescents breakfast skipping: An Australian Study, *Adolescence*, 33, 851-871.

Silbereisen, R.K., & Kracke, B. (1997). *Self-reported maturational timing and adaptation in adolescence*. In J. Schulenberg, J.L. Maggs, & K. Hurrelmann (Eds.), *Health risks and development transition during adolescence* (p.p. 85-109). Cambridge: Cambridge University Press. sppl.

Teixeira, M.C.B. (2008). *Estudo de Atitudes e Comportamentos Alimentares numa População Adolescente*. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Medicina de Coimbra.

Vereecken, C. A., Bobelijn, K., & Maes, L. (2005). School food policy at primary and secondary schools in Belgium-Flanders: does it influence young people's food habits? *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(2), 271-277.

World Health Organization (2008). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2000) *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation, Geneva.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Geneva.

Yager J., Andersen A., Devlin, M., Egger H., Herzog, D., Mitchell, J., (2000). Practice guidelines for treatment of patients with eating disorders. 2nd Ed. In: *American Psychiatric Association practice guidelines for treatment of psychiatric disorders: compendium 2000*. 1st Ed. Washington (DC): American Psychiatric Association.

Zellner D.A., Harner D.E., & Adler R.L. (1989). Effects of eating abnormalities and gender perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 98 (1), 93-96

Diferenças de sexo nos hábitos/comportamentos alimentares e sintomas de perturbações do comportamento alimentar, numa amostra de adolescentes

Anexo 1 - TAA-25 (Garner & Garfinkel, 1979; versão reduzida de Pereira et al., 2005; Instituto de Psicologia Médica, FMUC; e-mail: psicomed@fmed.uc.pt)

Por favor, para cada uma das afirmações seguintes faça um círculo à volta da resposta que melhor se aplica a si, considerando:

	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
Todos os resultados serão rigorosamente confidenciais. A maior parte das questões estão diretamente relacionadas com a comida ou o comer, embora outro tipo de questões tenham sido incluídas. Por favor, responda cuidadosamente a cada pergunta. Obrigado						
1. Fico nervosa/o antes de comer.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
2. Ter peso a mais, aterroriza-me	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
3. Preocupe-me com comida.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
4. Tenho tido episódios de comer de mais, em que me sinto incapaz de parar.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
5. Conheço o valor calórico das comidas que como.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
6. Evito especialmente comidas ricas em hidratos de carbono (ex.: pão, batatas, arroz, etc.).	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
7. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
8. Vômito depois de comer.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
9. Sinto-me muitíssimo culpada/o depois de comer.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
10. Ando preocupada/o com o desejo de ser mais magra/o.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
11. Faço exercício energicamente para queimar calorias.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
12. Penso em queimar calorias quando faço exercício.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
13. As outras pessoas acham que estou demasiado magra/o.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
14. Preocupo-me com a ideia de ter gordura no meu corpo.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
15. Tomo laxantes.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
16. Evito comidas que tenham açúcar.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
17. Como comida de dieta.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
18. Sinto que a comida controla a minha vida.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
19. Controlo-me em relação à comida.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
21. Dedico tempo e preocupação demais à comida.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
22. Sinto-me desconfortável depois de comer doces.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
23. Ocupo-me em coisas para fazer dieta.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
24. Gosto de sentir o estômago vazio.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
25. Tenho vontade de vomitar depois das refeições.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca

Obrigado/a pela colaboração

Anexo 2 - Critérios de Diagnósticos de Anorexia Nervosa (A.N.), Bulimia Nervosa (B.N.), Perturbação do Comportamento Alimentar sem Outra Especificação (PCASOE) e Perturbação de Ingestão Compulsiva (PIC) segundo a ICD-10 e o DSM-IV

ICD-10

F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos

F50 Transtornos da alimentação

F50.0 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa é um transtorno caracterizado por perda de peso intencional, induzida e mantida pelo paciente. O transtorno ocorre comumente numa mulher adolescente ou jovem, mas pode igualmente ocorrer num homem adolescente ou jovem, como numa criança próxima à puberdade ou numa mulher de mais idade até na menopausa. A doença está associada a uma psicopatologia específica, compreendendo um medo de engordar e de ter uma silhueta arredondada, intrusão persistente de uma ideia supervalorizada. Os pacientes se impõem a si mesmos um baixo peso. Existe comumente desnutrição de grau variável que se acompanha de modificações endócrinas e metabólicas secundárias e de perturbações das funções fisiológicas. Os sintomas compreendem uma restrição das escolhas alimentares, a prática excessiva de exercícios físicos, vômitos provocados e a utilização de laxantes, anorexígenos e de diuréticos.

Exclui: perda de apetite (R63.0); psicogénica (F50.8)

F50.2 Bulimia nervosa

A bulimia é uma síndrome caracterizada por acessos repetidos de hiperfagia e uma preocupação excessiva com relação ao controle do peso corporal conduzindo a uma alternância de hiperfagia e vômitos ou uso de purgativos. Este transtorno partilha diversas características psicológicas com a anorexia nervosa, dentre as quais uma preocupação exagerada com a forma e peso corporais. Os vômitos repetidos podem provocar perturbações eletrolíticas e complicações somáticas. Nos antecedentes encontra-se frequentemente, mas nem sempre, um episódio de anorexia nervosa ocorrido de alguns meses a vários anos antes.

Exclui: Bulimia SOE; Hiperorexia nervosa

F50.3 Bulimia nervosa atípica

Transtornos que apresentam algumas características da bulimia nervosa mas cujo quadro clínico global não justifica tal diagnóstico. Por exemplo, pode haver acessos repetidos de hiperfagia e de uso exagerado de laxativos sem uma alteração significativa de peso ou então a preocupação típica e exagerada com a forma e peso corporais pode estar ausente.

F50.4 Hiperfagia associada a outros distúrbios psicológicos

Hiperfagia devida a eventos estressantes, tais como lutos, acidentes, partos etc.

Hiperfagia psicogénica

Exclui: obesidade (E66.-)

F50.5 Vômitos associados a outros distúrbios psicológicos

Vômitos repetidos que podem ocorrer nos transtornos dissociativos (F44.-) e hipocondríacos (F45.2) e que não são exclusivamente imputáveis a uma das afeições classificadas fora do Capítulo V. Pode-se também empregar este código em suplemento a O21.- (hiperemese na gravidez) quando fatores emocionais predominam entre as causas das náuseas e vômitos recorrentes no curso da gravidez.

Vômitos psicogénicos

Exclui: náuseas (R11); vômitos SOE (R11)

F50.8 Outros transtornos da alimentação

Perda do apetite psicogénica

Pica do adulto

Exclui: pica do lactente e da criança (F98.3)

F50.9 Transtorno de alimentação não especificado

DSM-IV

Crítérios Diagnósticos para F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa

A. Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).

B. Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.

C. Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.

D. Nas mulheres pós-menarca, amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (Considera-se que uma mulher tem amenorreia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormonas, por ex., estrogénio.)

Especificar tipo:

Tipo Restritivo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, autoindução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, autoindução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS para F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa

A. Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes aspetos:

- (1) Ingestão, em um período limitado de tempo (por ex., dentro de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares
- (2) Um sentimento de falta de controlo sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está comendo)

B. Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como autoindução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.

C. A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses.

D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.

E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

Especificar tipo:

Tipo Purgativo: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na autoindução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

Tipo Sem Purgação: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na autoindução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

F50.9 - 307.50 Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação

A categoria Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação serve para transtornos da alimentação que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno Alimentar específico.

Exemplos:

1. Mulheres para as quais são satisfeitos todos os critérios para Anorexia Nervosa, exceto que as menstruações são regulares.

2. São satisfeitos todos os critérios para Anorexia Nervosa, exceto que, apesar de uma perda de peso significativa, o peso atual do indivíduo está na faixa normal.

3. São satisfeitos todos os critérios para Bulimia Nervosa, exceto que a compulsão periódica e os mecanismos compensatórios inadequados ocorrem menos de duas vezes por semana ou por menos de 3 meses.

4. Uso regular de um comportamento compensatório inadequado por um indivíduo de peso corporal normal, após consumir pequenas quantidades de alimento (por ex., vômito autoinduzido após o consumo de dois biscoitos).

5. Mastigar e cuspir repetidamente, sem engolir, grandes quantidades de alimentos.

6. Transtorno de compulsão periódica: episódios recorrentes de compulsão periódica na ausência do uso regular de comportamentos compensatórios inadequados, característico de Bulimia Nervosa.

Perturbação de Ingestão Compulsiva (PIC)

A- Episódios recorrentes de ingestão compulsiva. Um episódio de ingestão compulsiva caracteriza-se pelas seguintes condições:

1) Ingestão num período curto de tempo (por exemplo num período até 2 horas) de uma grande quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria das pessoas poderia consumir no mesmo tempo e sob circunstâncias similares.

2) Sensação de perda de controlo sobre o ato de comer durante o episódio (por exemplo, sensação de que não pode parar de comer ou controlar o quê ou quanto se está a comer).

B- Os episódios de ingestão compulsiva associam-se a três ou mais dos seguintes sintomas:

1) Ingestão muito mais rápida que o habitual

2) Comer até se sentir desagradavelmente cheio

3) Ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome

4) Comer sozinho para esconder a sua voracidade

5) Sentir-se desgostoso consigo próprio, depressão ou grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva

C- Profundo mal-estar ao recordar as ingestões compulsivas.

D- As ingestões compulsivas têm lugar, em média pelo menos dois dias na mesma semana durante seis meses.

E- A ingestão compulsiva não se associa a estratégias compensatórias inadequadas (por exemplo, purgantes, jejum, exercício físico) e não aparecem exclusivamente no decurso de uma AN ou uma BN.

Nota: o método para determinar a frequência difere do utilizador no diagnóstico de Bulimia Nervosa; futuros trabalhos de investigação esclarecerão se o melhor método para estabelecer um limiar de frequência se deve basear na quantificação dos dias em que há ingestão compulsiva ou na quantificação do seu número

Apêndice A - Documento formal solicitando autorização para administrar o protocolo.

**Investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica
(Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica)**



Código:	<input type="text"/>
Escola:	<input type="text"/>
Turma:	<input type="text"/>
Nº Aluno:	<input type="text"/>

Consentimento Informado para menores de 18 anos:

Vamos pedir-lhe que leia este pequeno texto. Antes de autorizar o seu filho a participar neste estudo coloque as questões que entender.

Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica) do Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra) e tem como objetivo estudar a associação entre os estilos educativos parentais e algumas variáveis clínicas e a autoestima numa amostra de adolescentes. Para concretizarmos este objetivo, necessitamos que o seu filho responda a algumas perguntas de resposta breve e preencha três questionários, também de resposta rápida.

A participação do seu filho é muito importante. No entanto, ela é voluntária. Todos os dados recolhidos têm garantia de confidencialidade e servem somente para investigação científica. O investigador está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo.

Eu, _____ li a informação acima apresentada e aceito que o meu/minha filho/a participe neste estudo.

Consentimento Informado para maiores de idade (18 anos ou mais):

Vamos pedir-te que leias este pequeno texto. Antes de autorizares a tua participação neste estudo coloca as questões que entenderes.

Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica) do Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra) e tem como objetivo estudar a associação entre os estilos educativos parentais e algumas variáveis clínicas e a autoestima numa amostra de adolescentes. Para concretizarmos este objetivo, necessitamos que respondas a algumas perguntas de resposta breve e preenchas três questionários, também de resposta rápida.

A tua participação é muito importante. No entanto, ela é voluntária. Todos os dados recolhidos têm garantia de confidencialidade e servem somente para investigação científica. O investigador está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo.

Eu, _____ li a informação acima e aceito participar neste estudo.

Coimbra, _____ de _____ de 20____

Apêndice B - Questionário sociodemográfico

Questionário sociodemográfico

Código:	<input type="text"/>
Escola:	<input type="text"/>
Turma:	<input type="text"/>
Nº Aluno:	<input type="text"/>

Secção I

1. **Género** Masculino Feminino

2. **Qual o teu ano de escolaridade?**

7º ano 8º ano 9º ano 10º ano 11º ano 12º ano

3. **Qual é a tua idade?** _____

Secção II

1. **Com quem vives**

- Família nuclear (só os pais)
- Família nuclear e alargada (com os pais e com tios, avós...)
- Família alargada (só com avós/tios...)

Com quantas pessoas vives no total _____

2. **Estado civil dos teus pais**

- Casados/vivem juntos
- Separados/divorciados/viúvos
- Nunca viveram juntos

3. **Escolaridade e Profissão do teu pai e da tua mãe**

Pai Sem escolaridade; Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade

1.º ciclo do ensino básico (4.ª classe); 2.º ciclo do ensino básico (5º/6º ano)

3.º ciclo do ensino básico (7º ao 9.º ano); Ensino secundário (10º ao 12.º ano)

Curso superior (bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento)

Qual a profissão do teu pai? _____

Mãe Sem escolaridade; Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade

1.º ciclo do ensino básico (4.ª classe); 2.º ciclo do ensino básico (5º/6º ano)

3.º ciclo do ensino básico (7º ao 9.º ano); Ensino secundário (10º ao 12.º ano)

Curso superior (bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento)

Qual a profissão da tua mãe? _____

4. **Tens irmãos?** Não

Sim quantos? _____

Secção III

1. Qual é o teu peso atual? _____
2. Qual é a tua altura? _____
3. Praticas desporto, fora do contexto escolar? Sim Não

Secção IV

1. **Com que frequência tomas o pequeno-almoço durante a semana?**
 Nunca Às vezes Todos os dias
2. **Com que frequência bebes leite?**
 Raramente Diariamente Semanalmente Mensalmente
3. **Com que frequência bebes coca-cola/refrigerantes?**
 Raramente Diariamente Semanalmente Mensalmente
4. **Com que frequência comes vegetais?**
 Raramente Diariamente Semanalmente Mensalmente
5. **Com que frequência comes fruta?**
 Raramente Diariamente Semanalmente Mensalmente
6. **Com que frequência comes hambúrguer, cachorro quente ou pizza?**
 Raramente Diariamente Semanalmente Mensalmente
7. **Com que frequência comes doces (chocolates, bolos)?**
 Raramente Diariamente Semanalmente Mensalmente