

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
MESTRADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

AGNES MANTESE DE CARVALHO

**PRÁTICAS EXTREMAS PARA CONTROLE DE PESO EM ADOLESCENTES E  
ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS**

Porto Alegre  
2022

AGNES MANTESE DE CARVALHO

**PRÁTICAS EXTREMAS PARA CONTROLE DE PESO EM ADOLESCENTES E  
ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS**

A apresentação desta dissertação é requisito parcial para título de mestre do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Professora Elza Daniel de Mello

Porto Alegre

2022

## FICHA CATALOGRÁFICA

### CIP - Catalogação na Publicação

Mantese de Carvalho, Agnes  
Práticas extremas para controle de peso em  
adolescentes e aspectos biopsicossociais / Agnes  
Mantese de Carvalho. -- 2022.  
96 f.  
Orientadora: Elza Daniel de Mello.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente,  
Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Adolescente. 2. Nutrição. I. Daniel de Mello,  
Elza, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**AGNES MANTESE DE CARVALHO**

**PRÁTICAS EXTREMAS PARA CONTROLE DE PESO EM ADOLESCENTES E  
ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS**

A apresentação desta dissertação é requisito parcial para título de mestre do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Professora Elza Daniel de Mello

Porto Alegre, 09 de fevereiro de 2022.

BANCA EXAMINADORA:

---

Professora Dra Juliana Rombaldi Bernardi  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Professora Dra Zilda Elisabeth de Albuquerque Santos  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Juliana Paludo Vallandro  
Ânima Educação

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer à professora Elza pela oportunidade de ser sua orientanda. Obrigada pelo acolhimento, apoio, auxílio e por dividir seu conhecimento comigo.

Também sou grata a minha amiga Helen, pelo seu incentivo, disponibilidade e por ter despertado em mim o interesse pela vida acadêmica.

À minha família pelo suporte e por dividir comigo as alegrias e os desafios de cada etapa da vida. Em especial minha mãe Célia, irmã Ágata, companheiro Diogo e prima Marcela.

Agradeço aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente pelo conhecimento compartilhado, pela disponibilidade e interesse, e pela disposição em auxiliar sempre que necessário.

Estendo meu agradecimento à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e à Faculdade de Medicina da UFRGS.

Obrigada ao CNPQ pelo apoio financeiro através da bolsa de mestrado, por ser essa rede de suporte que faz com que pesquisadores tenham a oportunidade de se dedicar à ciência.

## RESUMO

**Introdução:** A prática de vômitos, uso de laxantes, fórmulas e/ou remédios são práticas extremas para controle de peso (PECP) adotadas pelos jovens e são fator de risco para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares (TA) nesta população.

**Objetivo:** Verificar a prevalência de PECP em uma amostra de adolescentes estudantes de escolas privadas e analisar aspectos biopsicossociais associados. A hipótese inicial é de que as PECP apresentem prevalência próxima a 7% na amostra do estudo e que exista diferença nas médias das variáveis estudadas entre adolescentes que aderem e não aderem às PECP.

**Métodos:** Estudo descritivo analítico transversal de dados secundários. A amostra de conveniência foi composta de 380 adolescentes estudantes do ensino médio de escolas privadas. A coleta de dados reuniu aspectos biopsicossociais (peso, altura, idade, sexo, circunferência da cintura, desenvolvimento puberal, qualidade de vida relacionada à saúde, frequência do uso de redes sociais, atitudes socioculturais em relação à aparência e classificação socioeconômica). A análise estatística incluiu a prevalência de PECP e sua associação com aspectos biopsicossociais. Os preceitos éticos foram respeitados.

**Resultados:** As PECP foram identificadas em 9,7% (n=37) dos adolescentes. Meninas aderem às PECP com a finalidade de perder peso e meninos para ganhar peso. A maioria dos adolescentes que relataram uso de PECP estava eutrófica e o estado nutricional não se associou de forma significativa com as PECP. A presença de PECP esteve associada significativamente com maior presença de atitudes socioculturais em relação à aparência e essa associação manteve-se significativa após ajuste no modelo de análise multivariável. Na presença das PECP as pontuações nos escores da qualidade de vida relacionada à saúde foram menores.

**Conclusão:** Adolescentes que aderem às PECP apresentam maior internalização dos padrões de beleza e menor qualidade de vida relacionada à saúde no domínio escolar.

**Palavras-chave:** Comportamento Alimentar. Adolescente. Transtornos da Alimentação. Qualidade de Vida. Comportamentos de Risco à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Vomiting, use of laxatives, formulas and/or drugs are extreme weight-control behaviors (EWCB) adopted by adolescents and are a risk factor for the development of Eating Disorders (ED). **Purpose:** To verify the prevalence of extreme weight-control behaviors (EWCB) in a sample of adolescent students from private schools and to analyze associated biopsychosocial aspects. The initial hypothesis is that EWCBs present a prevalence close to 7% in the study sample and that there is a difference in the means of the studied variables between adolescents who practice and those do not practice to EWCBs. **Methods:** A descriptive cross-sectional study of secondary data. The convenience sample consisted of 380 students from private secondary schools. Data collection gathered biopsychosocial aspects (weight, height, age, sex, waist circumference, pubertal development, health-related quality of life, frequency of use of social media, sociocultural attitudes towards appearance, and socioeconomic classification). Statistical analysis included the prevalence of EWCBs and their association with biopsychosocial aspects. Ethical precepts were respected. **Results:** EWCBs were identified in 9.7% of adolescents. Girls practice to EWCBs for the purpose of losing weight, while boys do so to gain weight. Most adolescents who reported using EWCBs were eutrophic, and nutritional status was not significantly associated with the EWCB. The presence of EWCBs was significantly associated with greater presence of sociocultural attitudes towards appearance and this association remained significant after adjustment in the multivariate analysis model. In the presence of EWCB, the scores in the Health-Related Quality of Life scores were lower. **Conclusion:** Adolescents who adhere to EWCB have greater internalization of beauty standards and lower quality of life related to health in the school domain.

**Keywords:** Eating Behavior. Adolescent. Eating Disorders. Quality of Life. Health Risk Behaviors.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios para diagnóstico de transtornos alimentares.....	14
Quadro 2 – Classificação do estado nutricional segundo índice de massa corporal para idade de adolescentes de 10 a 19 anos de idade .....	46
Quadro 3 – Percentis de circunferência da cintura, de acordo com raça, gênero e idade .....	47



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Questionário da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar utilizada para avaliar as práticas extremas para controle de peso em adolescentes .....	26
Figura 2 – Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™) .....	38
Figura 3 – Organograma da coleta de dados .....	44

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Conduas em relação ao peso de adolescentes no Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Porto Alegre na PeNSE 2015 e 2019.....	70
Table 1 – Characteristics of extreme weight control behaviors stratified by sex and distributed in terms of frequency and percentage.....	69
Table 2 – Sociocultural attitudes towards appearance in adolescents who practiced and did not practice extreme weight control behaviors.....	70
Table 3 – Poisson regression analysis for the assessment of factors independently associated with extreme weight control behaviors .....	71
Table 4 – Health-related quality of life of adolescents who practice and do not practice extreme weight control behaviors.....	72
Table 5 – Multivariate linear regression analysis to assess the interference of extreme weight control behavior on quality-of-life scores.....	72

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABEP</b>	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
<b>AN</b>	Anorexia nervosa
<b>BN</b>	Bulimia nervosa
<b>CAAE</b>	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
<b>CC</b>	Circunferência da cintura
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>DSM-5®</b>	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais®
<b>EAT</b>	<i>Eating Among Teen</i>
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PECP</b>	Práticas Extremas para Controle de Peso
<b>PedsQL™</b>	Pediatric Quality of Life Inventory™
<b>PeNSE</b>	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
<b>QV</b>	Qualidade de vida
<b>QVRS</b>	Qualidade de vida relacionada à saúde
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>SATAQ-3</b>	Atitudes socioculturais em relação à aparência
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>TA</b>	Transtornos Alimentares
<b>TCA</b>	Transtorno da compulsão alimentar
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFRGS</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
2.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	14
2.1.1 Mortalidade e morbidade relacionadas aos transtornos alimentares .....	17
2.1.2 Adolescência e transtorno alimentar.....	17
2.2 ADOLESCÊNCIA E O CONTROLE DE PESO .....	18
2.3 PRÁTICAS EXTREMAS PARA CONTROLE DE PESO .....	19
2.3.1 Fatores de risco das práticas extremas para controle de peso .....	21
2.3.2 Prejuízos das práticas extremas para controle de peso.....	23
2.3.3 Prevenção de práticas extremas para controle de peso.....	23
2.4 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR .....	24
2.4.1 Avaliação das práticas extremas para controle de peso em adolescentes .....	26
2.4.2 Condutas em relação ao peso corporal .....	26
2.4.3 Prática de vômito autoinduzido e uso de laxantes com a intenção de perder peso ou evitar ganhar peso.....	27
2.4.4 Uso de remédio, fórmula e/ou outro produto para perder peso .....	28
2.4.5 Uso de remédio, fórmula e/ou outro produto para ganhar peso ou massa muscular .....	28
2.5 INTERSEÇÕES ENTRE ESTADO NUTRICIONAL, PERCEPÇÃO CORPORAL E PRÁTICAS EXTREMAS PARA CONTROLE DE PESO .....	29
2.5.1 Puberdade e mudanças corporais em adolescentes .....	29
2.5.2 Insatisfação corporal, percepção da imagem corporal e estado nutricional em adolescentes e sua relação com as práticas extremas para controle de peso .....	30
2.6 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE .....	32
2.6.1 Aspectos relacionados com a qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes.....	33
2.6.2 Práticas extremas para controle de peso e qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes .....	35
2.6.3 Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes.....	37
<b>3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>40</b>

<b>4 HIPÓTESES.....</b>	<b>41</b>
<b>5 OBJETIVOS.....</b>	<b>42</b>
5.1 OBJETIVO GERAL .....	42
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	42
<b>6 METODOLOGIA .....</b>	<b>43</b>
6.1 DELINEAMENTO .....	43
6.2 LOCAL.....	43
6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	43
6.3.1 Critérios de inclusão .....	43
6.3.2 Critérios de exclusão .....	43
6.3.3 Desenho amostral .....	43
6.3.4 Cálculo do tamanho da amostra .....	44
6.4 COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS .....	44
6.4.1 Estado nutricional .....	45
6.4.2 Frequência de uso de redes sociais .....	47
6.4.3 Questionário de atitudes socioculturais em relação à aparência .....	48
6.4.4 Qualidade de vida relacionada à saúde.....	48
6.4.5 Classificação socioeconômica .....	48
6.4.6 Práticas extremas para controle de peso.....	49
6.5 VARIÁVEIS UTILIZADAS.....	49
6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	50
6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	50
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>
<b>7 RESULTADOS.....</b>	<b>62</b>
<b>8 CONCLUSÕES .....</b>	<b>63</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO.....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO.....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO B - ESTÁGIOS DO DESENVOLVIMENTO PUBERAL.....</b>	<b>77</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é o período de transição entre a infância e a idade adulta, que inclui indivíduos com idades entre 10 e 19 anos e que se caracteriza por mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais importantes (WHO, 2005). As diversas transformações corporais fazem com que o adolescente, muitas vezes, considere a preocupação com o peso um problema importante (PEREIRA, 2016).

Os adolescentes são considerados parte de um grupo de risco para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares (TA), justamente pelo desenvolvimento físico e mental que pode causar insatisfações corporais nessa fase. A ocorrência dos TA pode ser influenciada pelos padrões de beleza socialmente aceitos, pelas mensagens e valores transmitidos pelas mídias, pela influência dos parceiros, e por emoções, quando não administradas adequadamente (UZUNIAN; VITALLE, 2015).

Os critérios para diagnóstico de TA estão descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). No entanto, existem comportamentos que são considerados de risco para o desenvolvimento de TA como: restrição alimentar, compulsão ou purgação, entre outras práticas menos graves para controle de peso (LEAL *et al.*, 2013). Os adolescentes têm adotado algumas Práticas Extremas para Controle de Peso (PECP), buscando atingir um padrão de beleza socialmente aceito, utilizando laxantes e/ou induzindo vômitos, por exemplo (LEAL *et al.*, 2013).

As atitudes em relação à perda ou ganho de peso, como a prática de vômitos, uso de laxantes, fórmulas ou remédios foram tema de quatro questões da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), que tem como objetivo conhecer e dimensionar os diversos fatores de risco e de proteção à saúde dos adolescentes (IBGE, 2016). Nesse sentido, é enfatizada a necessidade de elucidar os aspectos relacionados a esse tipo de conduta (SILVA *et al.*, 2018).

A proporção de jovens aderindo às práticas de PECP se mostrou similar entre os sexos em alguns estudos, com prevalência de 7 e 13% (HOULE-JOHNSON; KAKINAMI, 2018; SILVA *et al.*, 2018). Porém, há evidências de que mais meninas do que meninos apresentam PECP (HALEY; HEDBERG; LEMAN, 2010). Identificar precocemente os PECP entre adolescentes pode prevenir o desenvolvimento de TA (HALEY; HEDBERG; LEMAN, 2010).

As tendências comportamentais de controle de peso variam nos adolescentes de acordo com o estado nutricional em ambos os sexos, e é possível observar um

aumento no número de meninas com baixo peso e meninos eutróficos que buscam perder peso (UTTER *et al.*, 2019). A percepção de que o peso corporal está acima ou abaixo daquele considerado normal se associa com a presença de PECP em adolescentes (HALEY; HEDBERG; LEMAN, 2010).

Outro componente importante associado às PECP é o uso de redes sociais, através da comparação com outros usuários, sendo que as mulheres que usam redes sociais por mais tempo ao dia relatam uma maior prevalência de tentativas de perder peso (SAMPASA-KANYINGA; CHAPUT; HAMILTON, 2016). Por isso, é necessário verificar a frequência de uso de redes sociais pelos adolescentes com PECP.

Por fim, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) mostrou-se significativamente reduzida em crianças e adolescente portadores de distúrbios, como TA, quando comparadas com controles considerados saudáveis ou típicos em diversas dimensões (JONSSON *et al.*, 2017). A QVRS, que é uma terminologia definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), funciona como um indicador geral de saúde que avalia a qualidade de vida (QV) dos indivíduos, utilizando critérios multidimensionais, como os aspectos físico, psicológico e social (WHO, 1993). Assim, é importante avaliar aspectos subjetivos da saúde como a QVRS de jovens que apresentam PECP.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Transtornos Alimentares (TA) são doenças psiquiátricas graves, que apresentam elevado risco de mortalidade e morbidade, e que independem do peso corporal do indivíduo (ACADEMY FOR EATING DISORDERS, 2012).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5®), os TA prejudicam de forma significativa a saúde física e psicossocial dos indivíduos, sendo caracterizados por uma perturbação persistente da alimentação ou do comportamento relacionado à alimentação, que resulta na alteração do consumo ou absorção dos alimentos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o transtorno de compulsão alimentar (TCA) são os três principais TA. A dificuldade para ter uma alimentação adequada, problemas relacionados ao peso ou à forma corporal, e complicações clínicas sérias são algumas características compartilhadas entre os TA, porém, possuem especificidades em seus respectivos diagnósticos (ARATANGY; BUONFIGLIO, 2017).

Uma revisão sistemática de estudos de prevalência, publicados entre 1994 e 2013, encontrou ampla variedade na prevalência de TA ao longo da vida, com variação de 1 a 22,7% para mulheres, e 0,3 a 0,6% para homens (DAHLGREN; WISTING, 2016).

Quadro 1 - Critérios para diagnóstico de transtornos alimentares

<b>Transtorno alimentar</b>	<b>Características</b>
<b>Anorexia nervosa</b>	<p>A. Ingestão calórica restrita quanto às necessidades, conduzindo a um significativo baixo peso corporal para idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é aquele menor do que o minimamente esperado.</p> <p>B. Medo profundo de engordar ou ganhar peso, ou modo de se comportar que persiste e interfere no ganho de peso, mesmo que o peso se apresente significativamente baixo.</p> <p>C. Perturbação na forma como o peso ou a forma corporal são experienciados, o peso ou da forma corporal influenciam de maneira indevida na autoavaliação, ou não há reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.</p>



	<p>Subtipos: <b>tipo restritivo</b> (nos últimos 3 meses não houve episódios recorrentes de compulsão alimentar ou purgação, e a perda de peso é obtida principalmente por meio de dieta, jejum e/ou exercícios excessivos.); <b>tipo purgativo</b> (nos últimos 3 meses houve episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa, ou seja, vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos e/ou enemas).</p>
<b>Bulimia nervosa</b>	<p>A. Episódios de compulsão alimentar são recorrentes. A compulsão alimentar é caracterizada por: em um período de tempo determinado (por exemplo, 2 horas), há ingestão de uma quantidade de alimento maior do que a maior parte das pessoas consumiria no mesmo período de tempo em circunstâncias semelhantes e sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (não conseguir parar de comer ou controlar o que e quanto está comendo).</p> <p>B. Comportamentos compensatórios inadequados recorrentes com o objetivo de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, fazer jejum ou praticar exercício físico de forma excessiva.</p> <p>C. Em média, a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios ocorrem pelo menos uma vez por semana durante 3 meses.</p> <p>D. A forma e o peso corporal interferem indevidamente na autoavaliação.</p> <p>E. A perturbação não acontece de forma exclusiva durante os episódios de AN.</p>
<b>Transtorno de compulsão alimentar</b>	<p>A. Recorrentes episódios de compulsão alimentar. A compulsão alimentar é caracterizada por: em um período de tempo determinado (por exemplo, 2 horas), há ingestão de uma quantidade de alimento maior do que a maior parte das pessoas consumiria no mesmo período de tempo em circunstâncias semelhantes e sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (não conseguir parar de comer ou controlar o que e quanto está comendo).</p> <p>B. Episódios de compulsão alimentar envolvem 3 ou mais dos seguintes aspectos: comer muito mais rápido do que o normal, comer até se sentir desconfortavelmente cheio, comer grandes quantidades de comida quando não está com fome física, comer sozinho por causa do constrangimento com a quantidade de comida e sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado na sequência.</p> <p>C. Sofrimento marcante decorrente da compulsão alimentar.</p> <p>D. Em média, a compulsão alimentar ocorre pelo menos uma vez por semana durante 3 meses.</p> <p>E. A compulsão alimentar não está associada ao uso de comportamento compensatório inadequado como ocorre na BN e não acontece apenas no contexto da BN ou AN.</p>

<p><b>Transtorno alimentar restritivo/evitativo</b></p>	<p>A. Perturbação alimentar (como falta de interesse aparente na alimentação ou em alimentos, esquivamento com base em características sensoriais do alimento; preocupação com as consequências aversivas da alimentação) que se manifesta por fracasso persistente em atender às necessidades nutricionais e/ou energéticas adequadas associada a 1 ou mais dos aspectos: perda de peso significativa ou, em crianças, atraso no crescimento esperado ou dificuldade em obter o ganho de peso esperado, deficiência nutricional significativa, dependência de alimentação enteral ou utilização de suplementos nutricionais orais, interferência significativa no funcionamento psicossocial.</p> <p>B. A perturbação não pode ser melhor explicada pela indisponibilidade de alimentos ou por uma prática aceita culturalmente.</p> <p>C. A perturbação alimentar não acontece de forma exclusiva durante o curso de AN ou BN e não há evidência de perturbação na maneira como o peso e a forma corporal são experienciados.</p> <p>D. A perturbação não compete a uma condição médica coexistente, nem é melhor explicada por outro transtorno mental. Se perturbação alimentar ocorre no contexto de outra condição ou transtorno, a gravidade excede àquela associada a uma condição ou ao transtorno.</p>
<p><b>Outro transtorno alimentar especificado</b></p>	<p><b>AN atípico:</b> todos os critérios para AN são atendidos, exceto que, apesar da significativa perda de peso, o peso do indivíduo se encontra dentro ou acima da faixa normal.</p> <p><b>BN (de baixa frequência e/ou duração limitada):</b> todos os critérios para BN são atendidos, mas, em média, a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios ocorrem menos de uma vez por semana e/ou por menos de 3 meses.</p> <p><b>TCA (de baixa frequência e/ou duração limitada):</b> todos os critérios para TCA são atendidos, mas, em média, a compulsão alimentar ocorre menos de uma vez por semana e/ou por menos de 3 meses.</p> <p><b>Transtorno de purgação:</b> comportamento de purgação recorrente (por exemplo, vômito autoinduzido, uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos) na ausência de compulsão alimentar, com a intenção de influenciar o peso ou a forma corporal.</p> <p><b>Síndrome do comer noturno:</b> episódios recorrentes de ingestão noturna (ao despertar do sono noturno ou pelo consumo excessivo após uma refeição noturna). Há consciência e recordação da ingestão. Causa sofrimento significativo e/ou prejuízo no funcionamento. A ingestão noturna não é mais bem explicada por influências externas, nem o padrão desordenado de ingestão pelo TCA ou outro</p>

	transtorno mental, incluindo uso de substâncias, nem a outro distúrbio médico ou efeito de medicação.
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: DSM-V® (2014).

### **2.1.1 Mortalidade e morbidade relacionadas aos transtornos alimentares**

Os TA ganharam mais atenção dos profissionais de saúde devido às altas taxas de mortalidade e morbidade (PINZON; NOGUEIRA, 2004).

A taxa de mortalidade estimada de pacientes com AN é de 5 a 20%, sendo que as causas são associadas às alterações clínicas decorrentes da desnutrição e também ao alto número de suicídios nesse grupo, sendo considerada a doença mental mais mortal (ARATANGY; BUONFIGLIO, 2017).

A AN acomete em torno de 0,5% da população geral, é mais frequente em adolescentes (80% dos casos se manifesta entre os 12 e 20 anos de idade) e, na maior parte dos casos, ocorre em mulheres (90 a 95%). O TCA, por sua vez, é o TA mais comum, chegando a 3% da população geral, especialmente entre obesos, com proporção estimada de 3 mulheres para cada 2 homens (ARATANGY; BUONFIGLIO, 2017).

Um estudo que buscou identificar fatores de risco e potenciais consequências dos TA em mulheres adultas encontrou os seguintes fatores preditivos: ser branca não hispânica, possuir maior nível socioeconômico na infância, ter ensino superior, ser mais jovem, ter vivenciado insegurança alimentar ou evento traumático na infância, ter uma irmã com TA, e praticar mais atividade física. Entre as consequências dos TA, salientaram ter hábito de fumar, estar abaixo do peso e da estatura na vida adulta, e apresentar depressão. O histórico de TA em mulheres foi associado a diversos desfechos adversos relacionados à gravidez, como aborto induzido e parto prematuro (O'BRIEN *et al.*, 2017).

### **2.1.2 Adolescência e transtorno alimentar**

A adolescência é o ponto de partida dos transtornos alimentares (LEAL; PHILIPPI; ALVARENGA, 2020). O desenvolvimento de crianças e adolescentes é fortemente impactado pelos TA e, esses indivíduos serão afetados por essas doenças graves e potencialmente fatais ao longo de suas vidas (HORNBERGER; LANE, 2021). A baixa estatura na idade adulta é apontada como uma das consequências dos TA

que começam na adolescência, devido à má nutrição, que compromete peso corporal e crescimento (O'BRIEN *et al.*, 2017).

Os TA são prevalentes na população de adolescentes. Em uma pesquisa com amostra de 10000 jovens americanos, com idades entre 13 e 18 anos, a prevalência de AN, BN e TCA foi de 0,3%, 0,9% e 1,6%, respectivamente (SWANSON *et al.*, 2011). A prevalência de TCA, no entanto, pode ser maior, entre 2 e 4%, com distribuição igual entre os sexos, mostrando-se como o TA mais comum neste grupo populacional (MARZILLI; CERNIGLIA; CIMINO, 2018).

O impacto dos TA é demonstrado pelas associações com aspectos de saúde mental dos adolescentes. No estudo de Swanson e colaboradores, a maioria dos adolescentes com TA foi diagnosticado com outro transtorno mental. Além disso, jovens com TA (ou sintomas de TA) relataram prejuízos nas relações sociais e familiares, levando a perda completa da capacidade de realizar suas atividades em pelo menos um dia do ano. A ideação suicida esteve mais prevalente nos adolescentes com AN e sintomas de TA, enquanto que aqueles com BN relataram mais planos de suicídio, e com BN e TCA mais tentativas de suicídio. Nesse estudo, o suicídio foi associado principalmente à BN, com metade dos jovens relatando ideação suicida e em torno de 30%, tentativas de suicídio (SWANSON *et al.*, 2011).

## 2.2 ADOLESCÊNCIA E O CONTROLE DE PESO

A normatização referente ao controle do corpo determina que este deva manter-se dentro de alguns padrões, sendo o corpo magro o referencial enfatizado pela mídia, também considerado erroneamente como saudável (JUSTO; CAMARGO; BOUSFIELD, 2018a). A intenção de controlar o peso corporal é determinada por um conjunto de características psicossociais. O indivíduo é motivado pelas influências provenientes de contextos que lhe são importantes, sendo que, quanto maior a insatisfação corporal, maior é o desejo de mudar a forma do seu corpo (JUSTO; CAMARGO; BOUSFIELD, 2018b).

Os adolescentes estão expostos a uma sociedade que valoriza a magreza e estigmatiza o excesso de peso (RODGERS *et al.*, 2017). É possível que a necessidade de ser aceito, através da modificação da aparência, esteja relacionada ao risco aumentado dos jovens se envolverem em comportamentos não saudáveis de controle de peso (LEME *et al.*, 2019).

O ideal de beleza referente ao corpo pode ser diferente para meninos e meninas, bem como os comportamentos adotados para o controle de peso corporal. Enquanto adolescentes do sexo feminino buscam atingir um ideal de magreza, no sexo masculino a busca é por um ideal de corpo musculoso (LAVENDER; BROWN; MURRAY, 2017). Em uma amostra representativa de adolescentes do sexo masculino nos Estados Unidos da América, um terço relatou que tenta ganhar peso e músculos. Essa alta prevalência talvez esteja relacionada ao ideal de corpo masculino retratado na mídia, que cada vez é maior e mais musculoso (NAGATA *et al.*, 2020).

As tendências comportamentais de controle de peso variam nos adolescentes de acordo com o estado nutricional em ambos os sexos, e é possível observar um aumento no número de meninas com baixo peso e meninos eutróficos que buscam perder peso (UTTER *et al.*, 2019).

Sabe-se que a mídia é uma fonte de influência sociocultural considerada fator de risco para o desenvolvimento de padrões de comportamentos de controle de peso por meninas adolescentes (AMARAL *et al.*, 2019) e que padrões de beleza, mensagens e valores transmitidos pelas mídias podem influenciar a ocorrência de TA (UZUNIAN; VITALLE, 2015). Além disso, devido ao rápido desenvolvimento, adolescentes são indivíduos vulneráveis a mensagens relacionadas ao peso, que muitas vezes causam preocupação com o tamanho e a forma do corpo (LARSON *et al.*, 2017).

Em 30 anos, o número de adolescentes que tentam perder peso aos 14 anos de idade aumentou em ambos os sexos, bem como os sintomas depressivos em meninas. É possível que as crescentes pressões sociais para perder peso estejam se tornando prejudiciais à saúde mental dos jovens, contribuindo para o aumento da prevalência de transtornos psiquiátricos nessa fase da vida (SOLMI *et al.*, 2021).

O foco excessivo na prevenção do excesso de peso pode ter resultados indesejados, como comportamentos de controle de peso inadequados e problemas de saúde mental, ainda assim é preciso reconhecer os prejuízos à saúde provenientes da obesidade. Além disso, deve-se evitar utilizar a perda de peso como incentivo para promover a saúde, devendo-se engajar os adolescentes em hábitos saudáveis (SOLMI *et al.*, 2021).

## 2.3 PRÁTICAS EXTREMAS PARA CONTROLE DE PESO

Existem comportamentos que são considerados de risco para o desenvolvimento de TA, que não atendem aos critérios para diagnóstico descritos no DSM-5®, como restrição alimentar, compulsão ou purgação, entre outras práticas menos graves para controle de peso. Os adolescentes têm adotado o uso não controlado de laxantes e outros medicamentos e a indução de vômitos, para tentar atingir o padrão de beleza socialmente aceito (LEAL *et al.*, 2013).

Esses comportamentos utilizados pelos adolescentes para controlar o peso corporal foram estudados em 2002 pelo Projeto EAT (*Eating Among Teens Project*), que classificou o uso de pílulas dietéticas, laxantes e diuréticos e o vômito autoinduzido como sendo “extremos”, afim de diferenciar esse grupo de outros hábitos considerados saudáveis e não saudáveis (NEUMARK-SZTAINER *et al.*, 2002).

O controle de peso por meio de hábitos saudáveis e não saudáveis ocorre simultaneamente em adolescentes, mostrando que talvez os jovens não saibam diferenciar esses comportamentos, ou ainda que não possuem conhecimento dos prejuízos que as PECP acarretam para a saúde (DUNKER; CLAUDINO, 2017).

Porém, para que o controle de peso entre os adolescentes seja considerado saudável é necessária a ausência de PECP, pois, independente da frequência com que são praticadas, demonstram que o jovem está disposto a comprometer sua saúde e seu bem estar devido à crença percebida de controle de peso a curto prazo (LAMPARD *et al.*, 2016).

A proporção de jovens aderindo às PECP se mostrou similar entre os sexos em estudos recentes, com prevalência de 7 e 13% (HOULE-JOHNSON; KAKINAMI, 2018; SILVA *et al.*, 2018). No entanto, há evidência de que mais meninas do que meninos apresentam PECP (HALEY; HEDBERG; LEMAN, 2010). No estudo de Souza e colaboradores, do total de adolescentes da amostra 7.041 (6,9%) relataram ter usado algum comportamento compensatório para perder peso (6,4% para meninos e 7,5% para meninas) (SOUZA *et al.*, 2021).

No estudo de Silva e colaboradores, com uma amostra de 10.926 adolescentes estudantes de escolas públicas, a indução de vômitos e uso de laxante para controle de peso não diferiu entre os sexos. Neste mesmo estudo, o uso de remédios, fórmulas ou produto foi maior entre os jovens do sexo masculino, porém os autores não especificam a finalidade das PECP (perda ou ganho de peso) (SILVA *et al.*, 2018).

Uma pesquisa realizada com uma amostra de adolescentes de São Paulo demonstrou que hábitos não saudáveis para controle de peso e insatisfação corporal são altamente prevalentes, principalmente entre as meninas (LEAL; PHILIPPI; ALVARENGA, 2020).

Além disso, segundo Elran-Barak e colaboradores, o uso indevido de laxante foi relatado por 25% dos adultos que buscaram tratamento para TA. A frequência de uso indevido de laxantes é mais alta na presença de TA como AN e BN (ELRAN-BARAK *et al.*, 2017).

### **2.3.1 Fatores de risco das práticas extremas para controle de peso**

A insatisfação corporal é um fator de risco conhecido para as PECP (BHURTUN; JEEWON, 2013; FORTES; CIPRIANI; FERREIRA, 2013; LEE; LEE, 2016; SANTANA *et al.*, 2013; SANTANA *et al.*, 2016; SHARPE *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2018). A insatisfação diz respeito às avaliações negativas referentes ao corpo e é um dos três aspectos da imagem corporal, juntamente com a preocupação e a supervalorização do corpo e da forma. Todos os constructos da imagem corporal foram associadas com as PECP em adolescentes (SHARPE *et al.*, 2016).

O estado nutricional é outro fator de risco para PECP. Wang e colaboradores relatam que meninas com baixo peso ou obesas apresentam duas vezes mais chances de se envolver em PECP do que suas colegas na faixa de peso saudável (WANG *et al.*, 2012). O excesso de peso foi apontado como preditor de PECP em adolescentes (SANTANA *et al.*, 2016; RODGERS *et al.*, 2017). Porém, adolescentes com o peso atual dentro dos parâmetros de normalidade podem apresentar um histórico de sobrepeso e obesidade, uma vez que essa realidade representam uma parte substancial dos jovens que buscam tratamento para TA (LEBOW; SIM; KRANSDORF, 2015).

Meninos e meninas podem manifestar fatores de risco diferentes para PECP. Nas meninas as PECP se mostraram mais prevalentes nas classes econômicas A e B e estavam associadas com o grau de comprometimento psicológico com o exercício físico. Entre os meninos, no entanto, o baixo percentual de gordura corporal e o baixo peso estiveram mais associados a essas práticas (FORTES; CIPRIANI; FERREIRA, 2013).

Essas diferenças podem ocorrer porque o ideal de beleza referente ao corpo pode ser distinto entre os sexos, assim como os comportamentos que são adotados para o controle de peso corporal. Enquanto adolescentes do sexo feminino buscam atingir um ideal de magreza, utilizando práticas como a indução de vômitos, no sexo masculino a busca é por um ideal de corpo musculoso, com uso de esteróides anabolizantes (LAVENDER; BROWN; MURRAY, 2017).

O controle de peso praticado por meninas adolescentes que aderem a PECP foi associado à mãe se referir de forma pejorativa ao peso, bem como aos amigos fazendo dieta, e à sensibilidade à mídia. Os efeitos da exposição a um padrão corporal de magreza divulgado pela mídia são maiores quanto maior o grau de insatisfação corporal (BALANTEKIN; BIRCH; SAVAGE, 2018).

Sabe-se que o sofrimento emocional pode ter como consequência a somatização de sintomas e a ansiedade, levando ao engajamento de adolescentes do sexo feminino em PECP, podendo variar de acordo com o estado nutricional (CRUZ-SÁEZ *et al.*, 2015). Além disso, o afeto negativo e o funcionamento interpessoal prejudicado também são fatores de risco para PECP e TA (STICE *et al.*, 2017).

Quanto à raça/etnia, alguns estudos demonstraram que eram necessários outros fatores associados para que os adolescentes se envolvessem em PECP. Rodgers e colaboradores concluíram que independente da raça/etnia, os jovens com excesso de peso têm um risco aumentado de desenvolver um TA, principalmente as meninas. As meninas negras com excesso de peso, por sua vez, apresentam um risco maior de PECP (RODGERS *et al.*, 2017). Meninos e meninas com taxas maiores de insatisfação corporal apresentaram mais PECP do que aqueles com menores taxas de insatisfação corporal, independente da raça/etnia (BUCCHIANERI *et al.*, 2016).

Além disso, adolescentes que fazem parte de minorias sexuais representam um grupo de risco para o desenvolvimento de PECP. Homens homossexuais e mulheres bissexuais foram significativamente mais propensos a relatar a prática de vômito autoinduzido e uso de pílulas dietéticas, quando comparados aos seus pares heterossexuais (ZULLIG; MATTHEWS-EWALD; ROBERT, 2019).

A inadequação entre o corpo idealizado e o corpo percebido pelos adolescentes, pode leva-los à adoção de PECP (IBGE, 2016). Ou seja, a forma como o jovem percebe seu corpo, julgando estar acima ou abaixo do peso considerado



normal, está associada com a presença de PECP (HALEY; HEDBERG; LEMAN, 2010).

Outros fatores de risco para PECP em adolescentes são o uso indevido de álcool (SOUZA *et al.*, 2021), a prática de exercícios de fortalecimento e tonificação com frequência alta e moderada (em torno de 4 a 7 dias por semana) e comportamentos de controle de peso por meio de dieta (WANG *et al.*, 2012).

### **2.3.2 Prejuízos das práticas extremas para controle de peso**

Adolescentes que aderem às PECP, mesmo que em uma frequência mensal, têm mais chances de apresentar resultados adversos, como ansiedade e depressão, uso de drogas, automutilação, e sobrepeso ou obesidade, quando comparados aos jovens que não aderem a PECP (MICALI *et al.*, 2015).

Além disso, as PECP são comportamentos preditores de ganho de peso a longo prazo em adolescentes (NEUMARK-SZTAINER *et al.*, 2011) e também de ideação suicida e tentativa de suicídio entre meninas e meninos (CROW *et al.*, 2008; JOHNSON *et al.*, 2016).

Os indivíduos que iniciam PECP na adolescência possuem maior risco de permanecer fazendo uso dessas práticas 10 anos depois, conforme dados do estudo de Neumark-Sztainer e colaboradores, que observaram uma alta prevalência de PECP na passagem da adolescência para a fase adulta (NEUMARK-SZTAINER *et al.*, 2011). Sharpe e colaboradores demonstraram que após 15 anos de seguimento, a preocupação com o corpo e a forma, construída na adolescência, previu o aumento de PECP nos homens, enquanto a insatisfação corporal aumentou a chance ou a gravidade das PECP nas mulheres (SHARPE *et al.*, 2018).

É importante destacar que as PECP, que resultam da busca pelo ideal de magreza, foram associadas ao risco de desenvolver um TA (STICE *et al.*, 2017).

### **2.3.3 Prevenção de práticas extremas para controle de peso**

Os comportamentos de risco para TA, incluindo PECP, se caracterizam por muitos dos mesmos marcadores de gravidade dos casos que atendem aos critérios diagnósticos. Porém, enquanto grande parte dos adolescentes com TA recebe alguma forma de tratamento, apenas uma minoria dos indivíduos com sintomas de TA é

atendida em serviços específicos para problemas alimentares ou de peso. Por isso, os comportamentos de risco para TA devem ser uma preocupação para a saúde pública, buscando melhorar o acesso ao tratamento para essas condições (SWANSON *et al.*, 2011).

O tratamento do excesso de peso deve incluir a prevenção de PECP e de outros comportamentos desordenados. A abordagem deve incluir o estigma do peso e evitar que a insatisfação corporal seja usada como ingrediente de motivação para promover a mudança de peso. É necessário promover a saúde, se opondo ao “peso saudável” ou à “magreza”, incentivando a realização de mais refeições em família, e encorajando que os adolescentes se exercitem para obter saúde, bem estar e socialização e não para perda de peso (SOLMI *et al.*, 2021). Por isso, comentários sobre o corpo dos adolescentes e elogios que exaltam o emagrecimento devem ser evitados, pois foram associados a uma preocupação excessiva com o corpo, distorção da imagem corporal e um profundo medo de recuperar o peso perdido (GOLDEN; SCHNEIDER; WOOD, 2016).

Larson e colaboradores sugerem a inclusão de tópicos como aceitação de diferentes tamanhos de corpos, práticas não saudáveis de controle de peso e transtornos alimentares nos currículos de educação em saúde, pois foram relacionados a um menor número de jovens que aderem às PECP (LARSON *et al.*, 2017).

Sabe-se que um controle de peso saudável depende da ausência de PECP (LAMPARD *et al.*, 2016). Porém, a falta de conhecimento dos adolescentes sobre os prejuízos das PECP e sobre as diferenças entre hábitos saudáveis e não saudáveis de controle de peso pode contribuir para a ocorrência desses comportamentos inadequados (DUNKER; CLAUDINO, 2017). Se faz necessário identificar precocemente as PECP entre adolescentes, contribuindo para a prevenção de TA (HALEY; HEDBERG; LEMAN, 2010).

## 2.4 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR

Adolescentes enfrentam diversas pressões e desafios e vivem um período no qual desenvolvem a tomada de decisões independentes. A maior autonomia pode influenciar na adoção de comportamentos relacionados à saúde dos jovens. Tanto os comportamentos de saúde quanto os determinantes sociais presentes na

adolescência, podem resultar em problemas de saúde física e mental a curto, médio e longo prazo (WHO, 2016).

As complexas e dinâmicas mudanças, que ocorrem nessa fase da vida, tornam necessário acompanhar a situação de saúde dos jovens, gerando informações sobre essa população (IBGE, 2016). Além disso, este grupo é frequentemente negligenciado nas estatísticas de saúde, bem como a avaliação das desigualdades existentes, como o nível socioeconômico, a idade e o gênero (INCHLEY *et al.*, 2020)

Pensando nisso, foi criado o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis, que se baseia nos dados resultantes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) (IBGE, 2016).

A PeNSE é realizada desde 2009 no Brasil, e é um convênio entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde, apoiado pelo Ministério da Educação. Ela tem como objetivo conhecer e dimensionar os diversos fatores de risco e de proteção à saúde dos adolescentes, através de um inquérito de saúde, que ocorre a cada três anos (IBGE, 2016).

Baseada nos preceitos da OMS, a PeNSE utiliza dados provenientes do estudo transnacional colaborativo chamado Comportamento de Saúde em Crianças em Idade Escolar e é realizado a cada quatro anos, perguntando a meninos e meninas de 11, 13 e 15 anos de idade sobre sua saúde e bem-estar, ambientes sociais e comportamentos de saúde, usando uma pesquisa de autorrelato, que tem como objetivo obter uma visão sobre a saúde e bem-estar, compreender determinantes sociais da saúde e informar políticas e práticas para melhorar a vida dos jovens (WHO, 2016).

Em 2015, as questões da PeNSE foram revisadas para tornar suas informações compatíveis com pesquisas internacionais, e também para melhorar a compreensão dos escolares. Para isso, foram coletados dados de duas amostras: alunos do 9º ano do ensino médio e escolares de 13 a 17 anos de idade frequentando do 6º ao 9º ano do ensino fundamental e da primeira a terceira série do ensino médio no ano de ocorrência da pesquisa (IBGE, 2016).

Assim, aspectos socioeconômicos, contexto familiar, hábitos alimentares, prática de atividade física, experimentação e consumo de cigarro, álcool e outras drogas, saúde sexual e reprodutiva, violência, segurança e acidentes, entre outros, foram incluídos (IBGE, 2016).

As atitudes em relação à perda ou ganho de peso, como a prática de vômitos, uso de laxantes, fórmulas e/ou remédios foram tema de quatro questões da PeNSE, com a temática “condutas em relação ao peso corporal” (IBGE, 2016).

#### 2.4.1 Avaliação das práticas extremas para controle de peso em adolescentes

Para verificar a presença de práticas extremas para controle de peso (PECP) foram utilizadas quatro questões que fazem parte da PeNSE com a temática “condutas em relação ao peso corporal” (Figura 1). No atual estudo, foram consideradas PECP: a prática de vômitos ou uso de laxantes, e o uso de fórmulas ou remédios para promover perda ou ganho de peso.

Figura 1 - Questionário da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar utilizada para avaliar as práticas extremas para controle de peso em adolescentes

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR (PENSE)	
<b>1. O que você está fazendo em relação a seu peso?</b>	
(1) Não estou fazendo nada	
(2) Estou tentando perder peso	
(3) Estou tentando ganhar peso	
(4) Estou tentando manter o mesmo peso	
<b>2. NOS ULTIMOS 30 DIAS, você vomitou ou tomou laxantes para perder peso ou evitar ganhar peso?</b>	
(1) Sim	(2) Não
<b>3. NOS ULTIMOS 30 DIAS, você tomou algum remédio, formula ou outro produto para perder peso, sem acompanhamento médico?</b>	
(1) Sim	(2) Não
<b>4. NOS ULTIMOS 30 DIAS, você tomou algum remédio, formula ou outro produto para ganhar peso ou massa muscular sem acompanhamento médico?</b>	
(1) Sim	(2) Não

Fonte: IBGE (2016).

#### 2.4.2 Condutas em relação ao peso corporal

Em nível nacional, 18,3% dos escolares do 9º ano, que responderam a PeNSE 2015, relataram ser gordos ou muito gordos, porém, um percentual maior, de 25,6% manifestou o desejo de perder peso (IBGE, 2016). Em 2019, 20,6% adolescentes de 13 a 17 anos relatou ser gordo ou muito gordo e 24,8% desejava perder peso (IBGE, 2021). A Tabela 1 apresenta as condutas em relação ao peso de adolescentes no

Brasil, na Região Sul do país, no estado do Rio Grande do Sul e na cidade de Porto Alegre relatadas na PeNSE 2015 e 2019.

Tabela 1 - Condutas em relação ao peso de adolescentes no Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul e Porto Alegre na PeNSE 2015 e 2019

Condutas em relação ao peso dos adolescentes participantes da PeNSE de 2015 e 2019 (%)								
Área	Nenhuma		Perder peso		Ganhar peso		Manter peso	
	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019
Brasil	39,4	42,4	25,6	24,8	16,3	17,1	18,8	14,9
Região Sul	38,7	40,4	30,2	29,2	12,4	13,9	18,7	15,8
Rio Grande do Sul								
Sul	38,1	40,1	31,0	28,2	13,1	14,5	17,8	16,5
Porto Alegre	41,4	39,8	29,3	29,3	13,4	14,7	15,9	15,7

Fonte: PeNSE 2015 (IBGE, 2016).

No entanto, entre as meninas, esses números são mais elevados. Enquanto 30,3% relatou que queria perder peso em 2015, apenas 21,8% se considerava gorda ou muito gorda. Porto Alegre destacou-se com 29,1% das meninas e 16,6% dos meninos julgando seus corpos como gordo ou muito gordo. O maior percentual nacional encontrado de adolescentes do sexo feminino que queriam emagrecer foi o do estado do Rio Grande do Sul (39,2%) (IBGE, 2016). Em 2019, 27,6% das adolescentes do país se considerava gorda ou muito gorda e 27,9% desejavam perder peso. Porto Alegre foi novamente o município que apresentou maior número de adolescentes considerando o próprio corpo como gordo ou muito gordo (IBGE, 2021). Em 2019, a tentativa de perder peso foi um conjunto majoritariamente composto por estudantes do sexo feminino (27,9%) e de escolas privadas (34,0%) (IBGE, 2021).

#### **2.4.3 Prática de vômito autoinduzido e uso de laxantes com a intenção de perder peso ou evitar ganhar peso**

Os adolescentes do 9º ano, participantes da PeNSE 2015, que declararam ter induzido o vômito ou tomado laxantes nos últimos 30 dias como forma de perder peso

ou de evitar ganhar peso, representaram 7,0% do total da amostra. Na análise por sexo 6,5% dos meninos e 7,5% das meninas relataram essas práticas. Quanto à dependência administrativa, nas escolas públicas, 7,2% dos alunos utilizaram este método para perder ou manter o peso, sendo esse percentual superior ao das escolas privadas (5,9%), no conjunto do país (IBGE, 2016). Em 2019, a autoindução do vômito e o uso de laxantes foram referidos majoritariamente por meninas (7,1%) e estudantes da rede pública (6,4%), não sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas de acordo com a idade. Essa prática diminuiu em relação à pesquisa de 2015 (IBGE, 2021).

#### **2.4.4 Uso de remédio, fórmula e/ou outro produto para perder peso**

No Brasil, a ingestão de medicamentos, fórmulas ou algum produto sem acompanhamento médico e com a intenção de perder peso foi mais comum nos meninos (6,8%) do que nas meninas (5,2%) (IBGE, 2016). Esses dados se mantiveram entre os adolescentes do país em 2019 (IBGE, 2019). Porém, uma grande diferença foi encontrada no estado do Rio Grande do Sul em 2015, onde essa tendência se inverteu, com 6,1% das meninas e 3,9% dos meninos relatando essa prática (IBGE, 2016). Já em 2019 esses números foram de 4,7% das meninas e 2,7% dos meninos de 13 a 17 anos do mesmo estado da federação (IBGE, 2021).

#### **2.4.5 Uso de remédio, fórmula e/ou outro produto para ganhar peso ou massa muscular**

Sabendo que um corpo magro e com curvas é objetivado pelas adolescentes do sexo feminino, enquanto um corpo musculoso e forte é almejado pelo sexo masculino, quando a intenção é aumentar o peso corporal ou ganhar massa muscular, aumenta a diferença entre meninos e meninas que usam medicamento, fórmula ou outro produto. No Brasil, 8,6% dos meninos e 5,6% das meninas fizeram uso dessa prática em 2015 (IBGE, 2016). Em 2019, essa estratégia foi adotada por 7,2% dos estudantes, sendo a maioria do sexo masculino (8,5%), de 15 a 17 anos (8,7%) e oriundos da rede pública (7,4%) (IBGE, 2021).

## 2.5 INTERSEÇÕES ENTRE ESTADO NUTRICIONAL, PERCEPÇÃO CORPORAL E PRÁTICAS EXTREMAS PARA CONTROLE DE PESO

O sobrepeso e a obesidade são condições multifatoriais que interagem com outros problemas de saúde na adolescência (CONDE *et al.*, 2018). No Brasil, entre os adolescentes, o excesso de peso (sobrepeso e obesidade) é um problema de saúde pública devido à alta prevalência e à tendência de crescimento observadas nos inquéritos mais recentes. Sabe-se que a obesidade se expande em ritmo superior entre os indivíduos mais pobres do que entre os mais ricos e, na população adolescente, o perfil de desigualdade brasileiro se mostra associado aos problemas nutricionais (CONDE *et al.*, 2018).

Na PeNSE realizada em 2015 o de excesso de peso nos escolares correspondeu a 23,7% da amostra de 3 milhões de escolares, com baixa variação entre os sexos (23,7% para o sexo masculino e 23,8% para o feminino). Em relação à obesidade, no total da população-alvo, 8,3% dos meninos e 7,3% das meninas foram considerados obesos (IBGE, 2016).

### 2.5.1 Puberdade e mudanças corporais em adolescentes

O conceito do período da adolescência envolve o amplo processo de desenvolvimento psicossocial, e a puberdade é considerada parte desta fase da vida. Na cultura ocidental, o início da adolescência é marcado pela puberdade, que se caracteriza por uma grande velocidade de crescimento físico, e pela mudança na composição corporal, na maturação sexual e nas funções endócrinas com a eclosão dos hormônios (BRASIL, 2007).

As modificações na composição corporal durante a puberdade ocorrem devido às diferenças na distribuição da adiposidade associadas ao gênero, pelo desenvolvimento de massa magra e pela densidade óssea. Enquanto os adolescentes do sexo masculino ganham maior quantidade de massa magra e massa esquelética, as meninas adquirem significativamente mais massa gorda (LOOMBA-ALBRECHT; STYNE, 2009).

O crescimento puberal ocorre mais cedo nas meninas, mas o estirão puberal é maior nos meninos. O crescimento acelerado se deve, principalmente, aos esteróides sexuais e ao hormônio do crescimento. Por isso, a avaliação do

estadiamento puberal proposto por Tanner é recomendada para adolescentes, pois, além da estatura, é importante considerar o desenvolvimento de mamas em meninas e o crescimento testicular em meninos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

Para uma adequada avaliação nutricional é necessário incluir o estágio de maturação sexual em que o adolescente se encontra, considerando as mudanças antropométricas e da composição corporal, além da idade cronológica (BARBOSA; FRANCESCHINI; PRIORE, 2006). Nas meninas, principalmente, essa avaliação é imprescindível, pois a maturação sexual precoce foi associada ao aumento da prevalência de excesso de peso. Além disso, em ambos os sexos, a prevalência de sobrepeso e obesidade abdominal é maior nos estágios finais da maturação sexual (PINTO *et al.*, 2010).

### **2.5.2 Insatisfação corporal, percepção da imagem corporal e estado nutricional em adolescentes e sua relação com as práticas extremas para controle de peso**

Adolescentes estão expostos a uma extrema valorização da aparência física e a padrões sociais ideais de beleza (corpos magros, para as meninas, e fortes, para os meninos), o que pode gerar sentimentos de insatisfação e de baixa autoestima importantes em relação ao próprio corpo. A diferença que existe entre o corpo ideal e a forma como o jovem percebe seu corpo pode levá-lo a adoção de PECP (IBGE, 2016).

A disseminação globalizada destes padrões de beleza afeta sobremaneira as mulheres, e a internalização de um corpo ideal leva a um forte sentimento de insatisfação corporal nesse grupo. No Brasil, o número de meninas insatisfeitas com seus corpos é o dobro dos meninos. Enquanto 11,6% dos adolescentes do sexo masculino se mostraram insatisfeitos, 23,3% daqueles do sexo feminino relataram este sentimento (IBGE, 2016).

Quando se acrescenta o estado nutricional na equação, adolescentes com sobrepeso e obesidade apresentam maior insatisfação com a imagem corporal, principalmente as meninas (MENDONÇA *et al.*, 2014). Tanto o excesso de peso quanto o acúmulo de gordura na região central do corpo são associados a um sentimento negativo sobre a imagem corporal, mas a insatisfação corporal está



presente em adolescentes, independente do seu estado nutricional (MIRANDA *et al.*, 2018).

A insatisfação com o peso corporal pode induzir comportamentos inadequados de saúde e interferir no crescimento e no desenvolvimento dos adolescentes (MARTINI *et al.*, 2020). Esse sentimento é considerado um fator de risco para TA, aumentando mais de 13 vezes a possibilidade de desenvolver a doença em adolescentes com excesso de peso (CECON *et al.*, 2017). Além disso, adolescentes com sobrepeso e obesidade que têm alta insatisfação corporal apresentam maior probabilidade de aderir a comportamentos não saudáveis para controlar o peso (RIBEIRO-SILVA *et al.*, 2018).

Tanto o excesso de peso quanto a insatisfação corporal são preditores conhecidos para a adoção de PECP por adolescentes (BHURTUN; JEEWON, 2013; SANTANA *et al.*, 2013; FORTES; CIPRIANI; FERREIRA, 2013; BUCCHIANERI *et al.*, 2016; LEE; LEE, 2016; RODGERS *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2018). Da mesma forma, os hábitos não saudáveis para controle de peso e a insatisfação corporal são altamente prevalentes entre adolescentes brasileiros, principalmente entre as meninas (LEAL; PHILIPPI; ALVARENGA, 2020).

Além da insatisfação com o corpo, é prevalente a distorção da imagem corporal. No Brasil, as meninas são mais propensas a se acharem mais gordas que os meninos, e apresentam uma insatisfação corporal mais acentuada. Entre os meninos, é menor o percentual dos que se julgam gordos, e maior a proporção daqueles que desejam adquirir massa muscular (IBGE, 2016).

Sabe-se que a distorção da imagem corporal pode estar presente em adolescentes, independente do seu estado nutricional (MENDONÇA *et al.*, 2014) e que a forma como o adolescente percebe seu corpo, julgando estar acima ou abaixo do peso que considera normal, está associada com a presença de PECP (HALEY; HEDBERG; LEMAN, 2010). Silva e colaboradores acreditam, por sua vez, que a forma como o adolescente percebe seu corpo parece ter uma influência maior na adoção de PECP do que o estado nutricional, principalmente nas meninas (SILVA *et al.*, 2018).

Na PeNSE de 2015, os adolescentes responderam uma questão referente ao grau de importância atribuído à própria imagem corporal, resultando em uma maioria (84,1%) dos alunos do 9º ano do ensino fundamental que considerava a sua imagem corporal importante ou muito importante. Entre os sexos, 86,2% das meninas e 81,9%

dos meninos davam importância ou muita importância à própria imagem corporal (IBGE, 2016).

Nesta mesma pesquisa, a proporção de meninas que se achava gorda era maior que a de meninos (21,8 e 14,6%, respectivamente). A região Sul apresentou o maior percentual de meninas que tinha essa autoimagem (27,3%) e o Rio Grande do Sul foi a Unidade da Federação com a maior proporção de meninas que se declararam gordas (29,0%) (IBGE, 2016).

Em ambos os sexos, os adolescentes que perceberam o peso corporal abaixo do esperado engajam mais em iniciativas para ganhar peso, enquanto aqueles que se percebem com excesso de peso se esforçam mais para emagrecer (SILVA *et al.*, 2018). Mas também é possível observar um aumento no número de meninas com baixo peso e meninos eutróficos que buscam perder peso (UTTER *et al.*, 2019).

Quanto ao estado nutricional, conforme aumenta o Índice de Massa Corporal (IMC) também é maior a presença de PECP entre adolescentes de ambos os sexos. Quando se trata do sexo feminino, todas as PECP aumentam conforme o IMC, mas nos meninos, a presença de vômito autoinduzido e o uso de medicamentos fórmulas e/ou outros produtos é mais prevalente naqueles com estado nutricional classificado como magro (SILVA *et al.*, 2018).

Em relação à percepção da imagem corporal, o uso de vômitos ou laxantes se mostrou 5,3 vezes maior e o uso de medicamentos, fórmulas e/ou outros produtos, por sua vez, 4,0 vezes maior para as meninas que se consideravam muito gordas quando comparadas às que se consideravam com peso normal. Já para os adolescentes do sexo masculino, a prevalência de vômitos ou uso de laxantes foi 2,3 vezes maior entre os que se consideravam muito gordos em relação aos que se consideravam normais. Mas a prevalência de ambos os comportamentos foi significativamente maior para os meninos que se consideravam magros ou muito magros (SILVA *et al.*, 2018).

É importante lembrar que a preocupação com o corpo e a forma, construída na adolescência, previu o aumento de PECP nos homens, enquanto a insatisfação corporal aumentou a chance ou a gravidade das PECP nas mulheres, após 15 anos de seguimento (SHARPE *et al.*, 2018).

## 2.6 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

O conceito de saúde para a Organização Mundial de Saúde (OMS) definido em 1947 é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (VIANNA, 2016). Sendo assim, torna-se importante incluir os aspectos subjetivos de saúde, abrangendo a forma como o sujeito se sente em relação aos diferentes domínios da sua vida (AGATHÃO; REICHENHEIM; DE MORAES, 2018). A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é uma terminologia definida pela OMS e funciona como um indicador geral de saúde que avalia a qualidade de vida (QV) dos indivíduos utilizando critérios multidimensionais, como os aspectos físico, psicológico e social (WHO, 1993).

### **2.6.1 Aspectos relacionados com a qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes**

Flutuações e declínios na QVRS de adolescentes podem indicar vulnerabilidades físicas e psicológicas. Segundo Meade e Dowswell, as meninas apresentam uma QVRS menor do que os meninos e, ao longo do tempo, a QVRS diminui, demonstrando que o gênero pode ser uma vulnerabilidade específica nessa população (MEADE; DOWSWELL, 2016). Esses dados corroboram com o resultado da pesquisa de Paakkonen e Paakkonen, que encontraram uma deterioração da QVRS percebida com a idade e nas meninas (PAAKKONEN; PAAKKONEN, 2018).

Diferentes aspectos impactam na QV de estudantes de acordo com o sexo. Silva e colaboradores observaram que, quanto menor a preocupação com a forma corporal nas mulheres e quanto menor a insatisfação geral com a aparência do corpo nos homens, melhor a QV dos universitários da amostra estudada. Da mesma forma um menor nível de alimentação emocional nas mulheres e menor restrição alimentar cognitiva nos homens refletem em melhor QV (SILVA; CAMPOS; MARÔCO, 2018).

Alguns estudos avaliaram o estado nutricional de adolescentes e a QVRS. Uma pesquisa, com amostra de mais de 21 mil adolescentes de seis regiões da Ásia-Pacífico, concluiu que adolescentes com excesso de peso tem maior probabilidade de vivenciar menor QVRS nas dimensões física, social e escolar, comparados com aqueles sem excesso de peso (LEE *et al.*, 2020).

Além disso, Turco e colaboradores identificaram que adolescentes obesos apresentam QV prejudicada e maior frequência de problemas de sono em relação aos eutróficos (TURCO *et al.*, 2013). A obesidade foi apontada como um fator de risco

relacionado a menor QVRS, principalmente no escore emocional (JALALI-FARAHANI *et al.*, 2015).

Outros autores apontaram que não há diferença significativa na QVRS entre jovens com sobrepeso e com obesidade, e que ambos apresentam menores escores de QV na dimensão emocional (D'AVILA *et al.*, 2019).

O prejuízo na QVRS depende principalmente da percepção e insatisfação dos adolescentes em relação ao peso corporal e não ao seu peso real, por isso, mais atenção deve ser dada à imagem corporal como um componente importante para intervenções que visam a promoção da QVRS nessa população (JALALI-FARAHANI; ABBASI; DANIALI, 2019).

Fatores de nível individual, como imagem corporal e autoestima, influenciam a relação entre estado nutricional e QVRS (KOLODZIEJCZYK *et al.*, 2016). Aspectos relacionados a melhor QVRS em adolescentes, em todas as dimensões, incluem um melhor estilo de vida, como melhor autoestima e melhor autoavaliação de emoção e comportamentos (LEE *et al.*, 2020).

As emoções desagradáveis, como depressão, ansiedade e estresse, se associam de forma significativa e negativa com a QV, enquanto a resiliência foi significativa e positivamente correlacionada com a QV. As emoções negativas podem reduzir a resiliência (e a QV por consequência) em maior medida para adolescentes com menor suporte social, quando comparados com jovens que possuem maior suporte social. Por sua vez, a resiliência combinada com o apoio social pode aumentar a QV (GENG *et al.*, 2020).

O estigma do peso, vivenciado através do *bullying* tradicional e cibernético também influencia a QVRS de adolescentes. Vítimas de *bullying* cibernético são, frequentemente, adolescentes com obesidade, e possuem mais chance de ideação suicida do que aqueles com o peso dentro da faixa de normalidade. Além disso, jovens vítimas de *bullying* experimentam menor QV (DESMET *et al.*, 2014).

Jovens que moram com os pais apresentam associações significativas com a melhor QVRS nos domínios do funcionamento emocional, familiar, e principalmente contribuem para um melhor funcionamento escolar (LEE *et al.*, 2020). Um estudo com adolescentes finlandeses aponta que a família tem um papel importante como fonte de QV e que a relação com os pais é essencial para indivíduos em crescimento (PAAKKONEN; PAAKKONEN, 2018). Em uma amostra de adolescentes chineses, a melhor QVRS estava positivamente relacionada com a percepção positiva da saúde

geral, assim como um desempenho acadêmico considerado bom ou muito bom pelos jovens, independente de comportamentos relacionados ao estilo de vida e ao peso corporal (QI *et al.*, 2020).

O sono aparece como mais uma variável que influencia a QVRS. Jovens que apresentaram melhores resultados referentes ao sono tiveram melhores pontuações nos domínios físico, emocional e escolar (LEE *et al.*, 2020). Por outro lado, adolescentes obesos que apresentam QV prejudicada possuem maior frequência de problemas de sono em relação aos eutróficos (TURCO *et al.*, 2013). Já no estudo de Mikkelsen e colaboradores, os resultados mostraram que aspectos psicossociais (autoeficácia, autoestima, solidão e estresse) estão mais fortemente associados à QVRS do que fatores relacionados à dor e ao sono, e que as meninas têm pontuação significativamente pior em QVRS, autoeficácia, autoestima, dor, sono, solidão e estresse em comparação com os meninos (MIKKELSEN *et al.*, 2020).

### **2.6.2 Práticas extremas para controle de peso e qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes**

Adolescentes com TA apresentaram um grande déficit no componente mental da QVRS, mais do que no físico. Quando se avalia sintomas de TA, como compulsão alimentar, vômito autoinduzido, uso de laxantes, prática de exercício compulsivo, extrema restrição dietética e supervalorização do peso e da forma do corpo, considera-se, que quando presentes, forte associação com menor QV no domínio de saúde mental, mas não no físico (JENKINS *et al.*, 2014). Porém, a presença de qualquer grau de sintoma de TA está associada à pior QV quando comparada a nenhuma enfermidade (JENKINS *et al.*, 2011).

A alimentação desordenada (incluindo vômito e uso de laxante) está associada à baixa QVRS, especialmente no domínio psicossocial, em meninos e meninas adolescentes (JALALI-FARAHANI *et al.*, 2015). Mitchell e Steele encontraram associações longitudinais e bidirecionais entre alimentação desordenada (vômitos inclusos) e QVRS psicossocial. Concluíram que a QVRS psicossocial pode ser considerada tanto como fator de risco, quanto como consequência de atitudes e comportamentos alimentares desordenados em jovens em idade escolar. Sendo assim, altos índices de alimentação desordenada predizem uma menor QVRS psicossocial, assim como uma menor QVRS psicossocial pode resultar em uma maior

prática de alimentação desordenada (MITCHELL; STEELE, 2017). Um estudo qualitativo sugeriu que, embora o prejuízo percebido na QV seja visto como tendo desencadeado o início dos sintomas de TA, a percepção de melhora na QV é considerada peça central para a recuperação de um TA (MITCHISON *et al.*, 2016).

Adolescentes com comportamento alimentar desordenado, incluindo PECP, relataram redução da QV em todos os aspectos (bem-estar físico, psicológico e social), bem como em seu grau de funcionamento diário na escola (HERPERTZ-DAHLMANN *et al.*, 2008). Da mesma forma, a alimentação desordenada foi associada a prejuízos na QVRS total e domínios específicos, como funcionamento físico, escolar e emocional, QV psicossocial, ambiente escolar, apoio social e relacionamento com os pares (WU *et al.*, 2019).

Em uma amostra de crianças e adolescentes da área rural, com 8 a 12 anos de idade, os comportamentos não saudáveis de controle de peso, incluindo PECP, foram especificamente associados à menor QVRS emocional naqueles com excesso de peso. Nesta faixa etária, os indivíduos possuem maior dificuldade de utilizar estratégias de enfrentamento saudáveis, o que pode justificar o envolvimento com PECP. É possível que a experiência emocional interna seja mais significativa nessa faixa etária, pois os jovens ainda não experimentaram esses comportamentos na frequência ou gravidade que pudessem impactar outros domínios da QVRS, como o físico e o social (GOWEY *et al.*, 2014).

No estudo de Lim e colaboradores os comportamentos não saudáveis para controle de peso foram considerados mediadores da relação entre estado nutricional e menor QVRS nos domínios emocional e social em adolescentes com sobrepeso e obesidade, porém, as PECP não demonstraram o mesmo efeito (LIM *et al.*, 2017). Kolodziejczyk e colaboradores, por sua vez, também encontraram que as PECP não demonstraram relação significativa para mediar o estado nutricional e a QVRS em adolescentes com sobrepeso e obesidade (KOLODZIEJCZYK *et al.*, 2016). Por outro lado, Wu e colaboradores evidenciaram que o comportamento alimentar desordenado pode ser um fator de risco independente para QVRS em crianças e adolescentes, independente do peso corporal, idade e sexo (WU *et al.*, 2019).

Direcionar a QV como uma preocupação primária em indivíduos com sintomas de TA, por meio do desvio da atenção do sofrimento relacionado ao peso e à forma do corpo, e da diminuição da importância das preocupações com peso e forma corporal, pode melhorar os sintomas de TA (MITCHISON *et al.*, 2016). Para a

população adolescente, Mitchell e Steele sugerem que profissionais monitorem a alimentação desordenada na escola e implementem ações de prevenção com o objetivo de proteger os jovens dos possíveis prejuízos no funcionamento psicossocial (MITCHELL; STEELE, 2017).

### **2.6.3 Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes**

A QVRS, terminologia definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), funciona como um indicador geral de saúde que avalia a QV dos indivíduos, utilizando critérios multidimensionais, como os aspectos físico, psicológico e social (WHO, 1993). A QVRS mostrou-se significativamente reduzida em crianças e adolescente portadores de TA, quando comparadas com controles considerados saudáveis ou típicos em diversas dimensões (JONSSON *et al.*, 2017). Sendo assim, é um importante indicador de resultados para o gerenciamento de pessoas com condições crônicas (GANDHI, REVICKI, HUANG, 2015).

Para avaliar a QVRS de crianças e adolescentes, um dos questionários disponíveis é o Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL) desenvolvido por Varni e colaboradores. O PedsQL é uma medida genérica, baseada no autorrelato de pacientes pediátricos, que pode ser aplicado em crianças e adolescentes de 5 a 18 anos de idade, saudáveis ou com doença crônica. O tempo para aplicação do questionário é em torno de 5 minutos (VARNI *et al.*, 1999; VARNI *et al.*, 2001).

A versão 4.0 do PedsQL, utilizada no atual estudo, foi validada em 2001 e possui 23 itens divididos em quatro dimensões que cobrem aspectos físicos, emocionais, sociais e educacionais do desenvolvimento da criança e do adolescente (Klatchoian *et al.*, 2010). O questionário foi traduzido e validado para a língua portuguesa e cultura brasileira por Klatchoian e colaboradores. O formato de autorrelato possui 3 versões diferentes, de acordo com a faixa etária (de 5 a 7 anos de idade; de 8 a 12 anos de idade; e de 13 a 18 anos de idade), com perguntas similares para cada uma das versões, porém com diferença de linguagem, adequada ao nível de desenvolvimento. Já o questionário preenchido pelos pais possui 4 versões para as idades de 2 a 4 anos, 5 a 7 anos, 8 a 12 anos e 13 a 18 anos (KLATCHOIAN *et al.*, 2008; KLATCHOIAN *et al.*, 2010). O formato utilizado no atual estudo foi o autorrelato na versão da faixa etária de 13 a 18 anos (Figura 2).

Figura 2 - Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™)

INSTRUÇÕES
A próxima página contém uma lista de coisas com as quais você pode ter dificuldade. Por favor, conte-nos se você <b>tem tido dificuldade</b> com cada uma dessas coisas durante o <b>ÚLTIMO MÊS</b> , fazendo um <b>X</b> no número:
<b>0 se você nunca tem dificuldades com isso</b>
<b>1 se você quase nunca tem dificuldade com isso</b>
<b>2 se você algumas vezes tem dificuldade com isso</b>
<b>3 se você muitas vezes tem dificuldade com isso</b>
<b>4 se você quase sempre tem dificuldade com isso</b>
Não existem respostas certas ou erradas. Caso você não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

Durante o **ÚLTIMO MÊS**, você tem tido **dificuldade** com cada uma das coisas abaixo?

SOBRE MINHA SAÚDE E MINHAS ATIVIDADES (dificuldade para...)	NUNCA	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES	QUASE SEMPRE
1. Para mim é difícil andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Para mim é difícil correr	0	1	2	3	4
3. Para mim é difícil praticar esportes ou fazer exercícios físicos	0	1	2	3	4
4. Para mim é difícil levantar coisas pesadas	0	1	2	3	4
5. Para mim é difícil tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	0	1	2	3	4
6. Para mim é difícil ajudar nas tarefas domésticas	0	1	2	3	4
7. Eu sinto dor	0	1	2	3	4
8. Eu tenho pouca energia ou disposição	0	1	2	3	4

SOBRE MEUS SENTIMENTOS (dificuldade para...)	NUNCA	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES	QUASE SEMPRE
9. Eu sinto medo	0	1	2	3	4
10. Eu me sinto triste	0	1	2	3	4
11. Eu sinto raiva	0	1	2	3	4
12. Eu durmo mal	0	1	2	3	4
13. Eu me preocupo com o que vai acontecer comigo	0	1	2	3	4

COMO EU CONVIVO COM OUTRAS PESSOAS (dificuldades para...)	NUNCA	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES	QUASE SEMPRE
14. Eu tenho dificuldade para conviver com outros/outras adolescentes	0	1	2	3	4
15. Os outros/as outras adolescentes não querem ser meus amigos/minhas amigas	0	1	2	3	4
16. Os outros/as outras adolescentes implicam comigo	0	1	2	3	4
17. Eu não consigo fazer coisas que outros/outras adolescentes da minha idade fazem	0	1	2	3	4
18. Para mim é difícil acompanhar os/as adolescentes da minha idade	0	1	2	3	4



SOBRE A ESCOLA (dificuldades para...)	NUNCA	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES	QUASE SEMPRE
19. É difícil prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
20. Eu esqueço as coisas	0	1	2	3	4
21. Eu tenho dificuldade para acompanhar a minha turma nas tarefas escolares	0	1	2	3	4
22. Eu falto à aula por não estar me sentindo bem	0	1	2	3	4
23. Eu falto à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

Fonte: KLATCHOIAN *et al.*, 2008.

### **3 JUSTIFICATIVA**

Considerando o cenário em que se encontram os adolescentes, é relevante conhecer e rastrear as práticas extremas para controle de peso, para que, juntamente com a literatura, seja possível criar bases para os profissionais que prestam serviços a uma população adolescente, intervindo preventivamente em comportamentos que representem risco para transtornos alimentares.

Também se faz necessário gerar dados que contribuam para a elaboração e implementação de iniciativas que busquem inibir o acesso dos adolescentes aos medicamentos e substâncias, utilizados para controle de peso, sem prescrição médica.

Até o presente momento, não existem pesquisas que tenham rastreado a prevalência de práticas extremas para controle de peso em adolescentes moradores de cidades localizadas no sul do Brasil, o que é importante diante da diversidade do país.

#### **4 HIPÓTESES**

a) Hipótese 1: espera-se encontrar uma prevalência igual ou superior a 7% de práticas extremas para controle de peso (PECP) na amostra, de acordo com dados demonstrados em outras populações, e que as PECP estejam mais prevalentes em adolescentes do sexo feminino, naqueles com estado nutricional fora da normalidade, no estágio final do desenvolvimento puberal, e naqueles que usam redes sociais com mais frequência.

b) Hipótese 2: espera-se encontrar diferença entre as médias de qualidade de vida relacionada à saúde (principalmente no domínio emocional) e atitudes socioculturais em relação à aparência nos adolescentes com e sem PECP.

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar a prevalência de práticas extremas para controle de peso em uma amostra de adolescentes estudantes do ensino médio de escolas particulares de Porto Alegre, Cachoeira do Sul e Novo Hamburgo (RS).

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

a) Descrever a associação entre práticas extremas para controle de peso e aspectos biológicos: estado nutricional (índice de massa corporal/idade, circunferência da cintura), idade, sexo e desenvolvimento puberal;

b) Descrever a associação entre práticas extremas para controle de peso e aspectos psicológicos: qualidade de vida relacionada à saúde;

c) Descrever a associação entre práticas extremas para controle de peso e aspectos sociais: atitudes socioculturais em relação à aparência, frequência de uso de redes sociais, e classificação socioeconômica.

## **6 METODOLOGIA**

### **6.1 DELINEAMENTO**

Estudo descritivo analítico transversal a partir de dados secundários.

### **6.2 LOCAL**

Escolas privadas nas cidades de Porto Alegre, Cachoeira do Sul e Novo Hamburgo (RS).

### **6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Estudantes do ensino médio de escolas privadas nas cidades de Porto Alegre, Cachoeira do Sul e Novo Hamburgo (RS). Escolha por conveniência.

#### **6.3.1 Critérios de inclusão**

Para participarem do estudo, os adolescentes deveriam estar matriculados regularmente no ensino médio nas escolas parceiras do projeto.

Foram incluídos no estudo os estudantes do ensino médio de escolas particulares nas cidades de Porto Alegre, Cachoeira do Sul e Novo Hamburgo (RS) que concordaram em assinar o Termo de Assentimento (Apêndice B) e cujos pais e/ou responsáveis que residiam na mesma casa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

#### **6.3.2 Critérios de exclusão**

Não foram excluídos estudantes nesta pesquisa.

#### **6.3.3 Desenho amostral**

A amostra de conveniência estudada foi composta por 380 adolescentes de ambos os sexos, de 13 a 19 anos de idade, estudantes do ensino médio de sete

escolas particulares, sendo duas delas localizadas em Porto Alegre, quatro em Cachoeira do Sul e uma Novo Hamburgo (RS) (foram incluídas as escolas que aceitaram participar do estudo e que estavam localizadas nas cidades de origem das pesquisadoras) e faz parte de um projeto guarda-chuva intitulado “O comportamento alimentar e seus aspectos na saúde do adolescente” sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 90985418.3.0000.5347 (Anexo A).

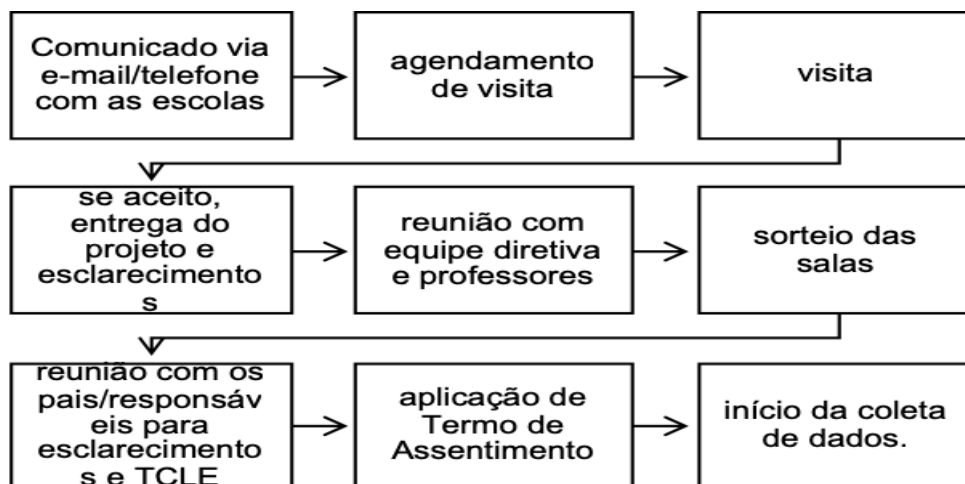
### 6.3.4 Cálculo do tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho de amostra foi utilizado o *software* WINPEPI, versão 11.65. Considerando confiança de 95%, margem de erro de 3,5 pontos e prevalência de 7%, chegou-se ao tamanho de amostra de 332 adolescentes, como é referido no estudo de Silva e colaboradores (2018). Foi realizado o cálculo do poder de teste para as demais variáveis testadas, no caso de insignificância.

## 6.4 COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS

Os dados foram coletados por uma equipe de pesquisadores, composta por três nutricionistas e alunos da iniciação científica. Todos foram capacitados para padronizar as avaliações antropométricas e a aplicação dos métodos. O protocolo de coleta de dados é exposto na Figura 1.

Figura 3 - Organograma da coleta de dados



Assim que todos os participantes e pais/responsáveis concordaram com a participação e assinaram o Termo de Assentimento e o TCLE, a coleta foi realizada.

A equipe de pesquisadores instruiu e supervisionou os adolescentes em sala de aula para o autopreenchimento individual e simultâneo dos questionários. Quando os estudantes finalizaram o autopreenchimento, os pesquisadores confirmaram se havia perguntas não respondidas, e os adolescentes eram encaminhados individualmente para avaliação antropométrica, onde somente o aluno avaliado teve acesso aos dados coletados, mantendo assim sua privacidade. Os dados foram coletados em 2018.

#### **6.4.1 Estado nutricional**

O estado nutricional dos estudantes foi avaliado através da avaliação antropométrica (seguindo os preceitos da OMS) (WHO, 1995). Foram coletados dados como idade (a partir das datas de nascimento fornecidas pela escola), peso (kg) e a altura (cm) (aferidos pelo pesquisador ou alunos da iniciação científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS) (Apêndice C).

Os adolescentes foram pesados (sem calçados) em uma balança (Omron® HBF 214 Digital) com capacidade para 150Kg, vestindo o menor volume de roupa praticável. As peças de roupa que o estudante estava utilizando no momento da coleta foram registradas, e, posteriormente, foi descontado os pesos das roupas do peso aferido no aluno, de acordo com uma tabela produzida, pelos pesquisadores, onde consta o peso médio de cada peça de roupa que os estudantes vestiram na ocasião da pesagem.

A altura foi aferida em um estadiômetro *Standard* (Sanny® /Modelo ES 2030), com altura máxima de 2,2m e precisão de 2mm.

A classificação do estado nutricional foi determinada segundo dados da OMS, com o auxílio do software Who AntroPlus 2007. Foi calculado o índice de massa corporal (IMC) [peso (kg)/estatura (m)<sup>2</sup>] utilizando as medidas de peso e estatura e a classificação utilizada foi a do escore Z do IMC, e é expressa na Tabela 2 (WHO, 2007, 2009).

Quadro 2 - Classificação do estado nutricional segundo índice de massa corporal para idade de adolescentes de 10 a 19 anos de idade

<b>Escores Z de IMC para idade</b>	<b>Classificação do estado nutricional</b>
<b>&lt; Escore z -3</b>	Magreza acentuada
<b>≥ Escore z -3 e &lt; Escore -2</b>	Magreza
<b>≥ Escore z -2 e &lt; Escore +1</b>	Eutrofia
<b>≥ Escore z +1 e &lt; Escore +2</b>	Sobrepeso
<b>≥ Escore z +2 e ≤ Escore +3</b>	Obesidade
<b>&gt; Escore z +3</b>	Obesidade grave

Legenda: IMC: índice de massa corporal.

Fonte: WHO (2002, 2009).

A circunferência da cintura (CC) foi aferida no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, utilizando uma fita inelástica e inextensível, de precisão de 0,1mm e extensão de 2m. A adiposidade abdominal foi considerada conforme os pontos de corte (Figura 2), que identificam adiposidade abdominal quando  $CC > P90$  (FREEDMAN *et al.*, 1999).



Quadro 3 - Percentis de circunferência da cintura, de acordo com raça, gênero e idade

Selected percentiles of waist circumference by race, sex, and age<sup>1</sup>

Age (y)	White boys			White girls			Black boys			Black girls		
	n	Percentiles		n	Percentiles		n	Percentiles		n	Percentiles	
		50	90		50	90		50	90		50	90
		cm			cm			cm			cm	
5	28	52	59	34	51	57	36	52	56	34	52	56
6	44	54	61	60	53	60	42	54	60	52	53	59
7	54	55	61	55	54	64	53	56	61	52	56	67
8	95	59	75	75	58	73	54	58	67	54	58	65
9	53	62	77	84	60	73	53	60	74	56	61	78
10	72	64	88	67	63	75	53	64	79	49	62	79
11	97	68	90	95	66	83	58	64	79	67	67	87
12	102	70	89	89	67	83	60	68	87	73	67	84
13	82	77	95	78	69	94	49	68	87	64	67	81
14	88	73	99	54	69	96	62	72	85	51	68	92
15	58	73	99	58	69	88	44	72	81	54	72	85
16	41	77	97	58	68	93	41	75	91	34	75	90
17	22	79	90	42	66	86	31	78	101	35	71	105

<sup>1</sup>Percentiles are based on the 1992–1994 examination of school-aged children in the Bogalusa Heart Study and were estimated separately within each race, sex, and age group. Estimates were not smoothed.

Fonte: Freedman (1999).

Foi utilizado o questionário de autoavaliação de acordo com os critérios de Tanner (Anexo B), para classificação do desenvolvimento puberal, no momento da avaliação antropométrica (TANNER, 1962). Essa autoavaliação foi feita pelo adolescente em local reservado (a fim de evitar constrangimentos) por meio da seleção de imagens ilustrativas das mamas e dos pelos púbicos no sexo feminino, e dos genitais e pelos púbicos no sexo masculino. Os pelos púbicos foram analisados por suas características, quantidade e a distribuição; e as mamas e os genitais masculinos de acordo com o tamanho, a forma e as características (MARSHALL; TANNER, 1969).

Os estágios 2, 3 e 4, que caracterizam o período puberal (uma vez que o estágio 1 é equivalente à fase infantil, impúbere, e o estágio 5 à fase pós-puberal, adulta), foram utilizados para classificar o estadiamento puberal dos estudantes (MARSHALL; TANNER, 1969).

#### 6.4.2 Frequência de uso de redes sociais

Ainda não existem instrumentos específicos e validados para avaliar o uso de redes sociais por adolescentes. Por isso, foi aplicado um questionário de frequência simples elaborado pelas autoras do projeto para avaliar o uso de redes sociais como Facebook, Instagram, Twitter, Snapchat e Pinterest e a influência dessas mídias (Apêndice C).

### **6.4.3 Questionário de atitudes socioculturais em relação à aparência**

Para avaliar a influência da mídia em relação ao corpo foi utilizado o questionário de atitudes socioculturais em relação à aparência (SATAQ-3) (Apêndice C), que é composto por 30 questões, com respostas na forma de escala Likert de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). No final, o escore é calculado pela soma das respostas, e a pontuação representa a influência dos aspectos socioculturais na imagem corporal. O questionário é validado para adolescentes brasileiros por Amaral e colaboradores e abrange quatro formas de influência: internalização geral dos padrões socialmente estabelecidos, ideal de corpo atlético, pressão exercida por esses padrões sobre a imagem corporal, e mídia como fonte de informações sobre aparência (AMARAL *et al.*, 2015).

### **6.4.4 Qualidade de vida relacionada à saúde**

Na intenção de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos estudantes, foi aplicado o questionário genérico - PedsQL™ 4.0 (Apêndice C), que possui 4 subescalas, com 23 itens (que abrangem as dimensões: física, emocional, social e escolar), e é validado para crianças e adolescentes brasileiros (KLATCHOIAN *et al.*, 2008). Para analisar as respostas do PedsQL™ 4.0, os itens foram pontuados inversamente e transpostos linearmente para uma escala de 0-100 (sendo: nunca = 0 = 100 pontos; quase nunca = 1 = 75 pontos; algumas vezes = 2 = 50 pontos; muitas vezes = 3 = 25 pontos; e quase sempre = 4 = 0 pontos). Assim, quanto melhor a QVRS, maior o escore (KLATCHOIAN *et al.*, 2008).

A saúde psicossocial do escolar foi demonstrada através de um escore criado a partir do sumário psicossocial, por meio da média das somas dos itens: dimensão social, dimensão emocional e dimensão escolar. Em caso de ausência de dados, os escores da escala foram registrados como a soma dos itens dividida pelo número de itens respondidos. No entanto, quando mais de 50% dos itens da escala estavam ausentes, o escore da escala não foi computado (KLATCHOIAN *et al.*, 2008).

### **6.4.5 Classificação socioeconômica**

Seguindo o critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) foi avaliada a classificação socioeconômica, que, segundo o Critério Brasil, identifica o potencial de consumos dos lares brasileiros de forma mais realista (Apêndice C) (ABEP, 2016). Nessa classificação a população do Brasil é dividida em seis estratos socioeconômicos denominados A, B1, B2, C1, C2 e D-E.

#### 6.4.6 Práticas extremas para controle de peso

Para verificar a presença de práticas extremas para controle de peso (PECP) foram utilizadas quatro questões da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) com a temática “condutas em relação ao peso corporal” (Apêndice C).

A PeNSE tem como objetivo conhecer e dimensionar os diversos fatores de risco e de proteção à saúde dos adolescentes, através de um inquérito de saúde, que ocorre a cada três anos. Para avaliar comportamentos em relação ao peso corporal, algumas condutas foram abordadas, incluindo as PECP (IBGE, 2016). Foram consideradas PECP: a prática de vômitos ou uso de laxantes, e o uso de fórmulas ou remédios para promover perda ou ganho de peso.

### 6.5 VARIÁVEIS UTILIZADAS

Para fins de análise estatística, as variáveis utilizadas foram:

- a) **Sexo:** masculino e feminino;
- b) **Estado nutricional:** magreza acentuada, magreza, eutrofia, sobrepeso, obesidade e obesidade grave;
- c) **Adiposidade abdominal:** normal e excesso;
- d) **Estadiamento puberal:** impúbere, puberal, pós-puberal;
- e) **SATAQ-3:** a) internalização geral dos padrões socialmente estabelecidos; b) ideal de corpo atlético; c) pressão exercida por esses padrões sobre a imagem corporal; e d) mídia como fonte de informações sobre aparência;
- f) **QVRS:** dimensão física, dimensão emocional, dimensão social, dimensão escolar e sumário psicossocial;
- g) **Classe socioeconômica:** A, B1, B2, C1, C2 e D-E;
- h) **PECP:** com PECP e sem PECP;

i) **Uso de redes sociais:** mensal, 1-5 vezes ao dia, 5-10 vezes ao dia, mais de 10 vezes ao dia, semanal.

## 6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram digitados no programa *Microsoft Excel*. Posteriormente, o banco de dados foi importado para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* IBM versão 22.

Neste estudo, os dados categóricos foram descritos por contagens e percentuais e a normalidade da distribuição foi analisada para todas as variáveis contínuas através do teste de Kolmogorov-Smirnov. O nível de significância foi de 5%.

Para avaliar a associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste de Qui-quadrado de Pearson, exato de Fischer ou teste de correção de Yates.

Constatada a distribuição normal, as variáveis numéricas foram descritas em média e desvio-padrão. O teste t foi utilizado para a comparação de médias entre os grupos independentes com variáveis categórica e quantitativa, e o teste de Levene para homogeneidade das variâncias. Para variáveis quantitativas foi utilizada a correlação linear de Pearson.

## 6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo se guiou pelos preceitos éticos e morais que são indicados pela Resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), que dispõe sobre a ética em pesquisa com seres humanos e se iniciou depois da aprovação dada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Esse estudo faz parte de um projeto maior, já cadastrado com o título “O comportamento alimentar e seus aspectos na saúde do adolescente”, que foi aprovado sob o CAAE 90985418.3.0000.534 (Anexo F) e foi submetido um adendo para análise do presente objetivo na Plataforma Brasil. O orçamento deste estudo já foi previsto pela taxa de bancada de uma das pesquisadoras do projeto guarda-chuva.

Participaram do estudo apenas os estudantes autorizados pelos pais/responsáveis, que assinaram as duas vias do TCLE (Apêndice A), assim como do Termo de Assentimento (Apêndice B), sendo uma via entregue para o responsável e para o aluno. Os esclarecimentos sobre a pesquisa, seus objetivos, métodos,

benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que podiam ser acarretados aos estudantes, foram feitos no instante da realização do Termo de Assentimento, respeitando seu entendimento e particularidades.

Os alunos tiveram sua privacidade garantida quanto à identificação, sigilo e confidencialidade dos dados coletados e podiam se retirar do estudo a qualquer momento. Para participar do estudo foi exigido o termo de anuência das escolas. Todos os dados coletados no estudo foram entregues aos adolescentes envolvidos, de forma individual e também foram apresentados para as escolas participantes os dados de caracterização dos grupos, quanto aos diagnósticos realizados, sendo essa considerada a devolutiva desse estudo. (AVALOS; TYLKA; WOOD-BARCLOW, 2005)

## REFERÊNCIAS

ACADEMY FOR EATING DISORDERS. Eating Disorders: a guide to medical care. [S. l.], v. 3, p. 15, 2012. Disponível em: <https://www.aedweb.org/publications/medical-care-standards>

AGATHÃO, B. T.; REICHENHEIM, M. E.; DE MORAES, C. L. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes escolares. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 659–668, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.27572016>

AMARAL, A. C. S. *et al.* Avaliação psicométrica do questionário de atitudes socioculturais em relação à aparência-3 (SATAQ-3) para Adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S. l.], v. 31, n. 4, p. 471–479, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-37722015042419471479>

AMARAL, A. C. S. *et al.* Body appreciation and associated factors among adolescents and young women. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S. l.], v. 68, n. 1, p. 16–22, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000220>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. *E-book*.

ARATANGY, E. W.; BUONFIGLIO, H. B. **Como lidar com transtornos alimentares: Guia prático para familiares e pacientes**. São Paulo: Hogrefe, 2017. *E-book*.

AVALOS, L.; TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. L. The Body Appreciation Scale: development and psychometric evaluation. **Body Image**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 285–297, 2005. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>

BALANTEKIN, K. N.; BIRCH, L. L.; SAVAGE, J. S. Family, friend, and media factors are associated with patterns of weight control behavior among adolescent girls. **Eating Weight Disorders**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 215–223, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0359-4>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BARBOSA, K.; FRANCESCHINI, S.; PRIORE, S.. Influência dos estágios de maturação sexual no estado nutricional, antropometria e composição corporal de adolescentes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 375–382, 2006. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1519-38292006000400003>. Acesso em: 11 jun. 2021.

BHURTUN, D.; JEEWON, R. Body weight perception and weight control practices among teenagers. **ISRN Nutrition**, [S. l.], v. 2013, p. 1–6, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5402/2013/395125>

BRASIL. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: [s. n.], 2007. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>. Acesso em: 11 jun. 2021.

BRASIL. Resolução No. 466,12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial**

da União, [S. l.], n. 2, p. 59, 2013. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BUCCHIANERI, M. M. *et al.* Body dissatisfaction: are associations with disordered eating and psychological well-being similar in adolescents from different racial/ethnic backgrounds? **Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 137–146, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/cdp0000036>. Acesso em: 10 jun. 2021.

CECON, R. S. *et al.* Overweight and body image perception in adolescents with triage of eating disorders. **The Scientific World Journal**, [S. l.], v. 2017, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2017/8257329>. Acesso em: 11 jun. 2021.

CONDE, W. L. *et al.* Estado nutricional de escolares adolescentes no Brasil: a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 21, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1980-549720180008.supl.1>. Acesso em: 11 jun. 2021.

CROW, S. *et al.* Suicidal behavior in adolescents: relationship to weight status, weight control behaviors, and body dissatisfaction. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, [S. l.], v. 41, n. 1, p. 82–87, 2008. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.20466>

CRUZ-SÁEZ, S. *et al.* Normal-weight and overweight female adolescents with and without extreme weight-control behaviours: Emotional distress and body image concerns. **Journal of Health Psychology**, [S. l.], v. 20, n. 6, p. 730–740, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1359105315580214>

D'AVILA, H. F. *et al.* Health-related quality of life in adolescents with excess weight. **Jornal de Pediatria**, [S. l.], v. 95, n. 4, p. 495–501, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpedp.2018.05.010>

DAHLGREN, C. L.; WISTING, L.. Transitioning from DSM-IV to DSM-5: a systematic review of eating disorder prevalence assessment. **International Journal of Eating Disorders**, [S. l.], v. 49, n. 11, p. 975–997, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.22596>. Acesso em: 9 jun. 2021.

DESMET, A. *et al.* Traditional and cyberbullying victimization as correlates of psychosocial distress and barriers to a healthy lifestyle among severely obese adolescents - a matched case-control study on prevalence and results from a cross-sectional study. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 1–12, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-224>

DUNKER, K. L. L.; CLAUDINO, A. M. Validity and reliability of the brazilian version of the Weight Control Behaviors Scale. **Journal of Pediatrics**, [S. l.], v. 189, p. 143–148.e1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.06.037>

ELRAN-BARAK, R. *et al.* Is Laxative misuse associated with binge eating? Examination of laxative misuse among individuals seeking treatment for eating

disorders. **International Journal of Eating Disorders**, [S. l.], v. 50, n. 9, p. 1114–1118, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.22745>

FORTES, L. S.; CIPRIANI, F. M.; FERREIRA, M. E. C. Risk behaviors for eating disorder: factors associated in adolescent students. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, [S. l.], v. 35, n. 4, p. 279–286, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2012-0055>

FREEDMAN, D. S. *et al.* The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: The Bogalusa Heart Study. **Pediatrics**, [S. l.], v. 103, n. 6 I, p. 1175–1182, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.103.6.1175>. Acesso em: 27 ago. 2020.

GANDHI, P. K., REVICKI, D. A. & HUANG, I. C. Peso corporal do adolescente e qualidade de vida relacionada à saúde avaliada por adolescentes e pais: a questão do viés de medição. **BMC Saúde Pública**, v. 15, n. 1192 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2533-4>

GENG, Y. *al.* Negative emotions and quality of life among adolescents: a moderated mediation model. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 118–125, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.02.001>

GOLDEN, N. H.; SCHNEIDER, M.; WOOD, C. Preventing obesity and eating disorders in adolescents. **Pediatrics**, [S. l.], v. 138, n. 3, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1649>

GOWEY, M. A. *et al.* Disordered eating and health-related quality of life in overweight and obese children. **Journal of Pediatric Psychology**, [S. l.], v. 39, n. 5, p. 552–561, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu012>

HALEY, C. C.; HEDBERG, K.; LEMAN, R. F. Disordered eating and unhealthy weight loss practices: which adolescents are at highest risk? **Journal of Adolescent Health**, [S. l.], v. 47, n. 1, p. 102–105, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.023>. Acesso em: 27 ago. 2020.

HERPERTZ-DAHLMANN, B. *et al.* Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: Results of the BELLA study. **European Child and Adolescent Psychiatry**, [S. l.], v. 17, n. SUPPL. 1, p. 82–91, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1009-9>

HORNBERGER, L. L.; LANE, M. A. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. **Pediatrics**, [S. l.], v. 147, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/PEDS.2020-040279>. Acesso em: 9 jun. 2021.

HOULE-JOHNSON, S. A.; KAKINAMI, L. Do sex differences in reported weight loss intentions and behaviours persist across demographic characteristics and weight status in youth? A systematic review. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 1–17, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6179-x>



IBGE. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.** Rio de Janeiro: Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar PENSE 2019. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.** Rio de Janeiro: Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101852>

INCHLEY, J. *et al.* Spotlight on adolescent health and well-being. **WHO Regional Office for Europe**, [S. l.], v. 1, p. 58, 2020.

JALALI-FARAHANI, S. *et al.* Disordered eating and its association with overweight and health-related quality of life among adolescents in selected high schools of tehran. **Child Psychiatry and Human Development**, [S. l.], v. 46, n. 3, p. 485–492, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0489-8>

JALALI-FARAHANI, S.; ABBASI, B.; DANIALI, M.. Weight associated factors in relation to health-related quality of life (HRQoL) in Iranian adolescents. **Health and Quality of Life Outcomes**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 1–10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1074-9>

JENKINS, P. E. *et al.* Eating disorders and quality of life: a review of the literature. **Clinical Psychology Review**, [S. l.], v. 31, n. 1, p. 113–121, 2011. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.003>

JENKINS, P. E. *et al.* Health-related quality of life among adolescents with eating disorders. **Journal of Psychosomatic Research**, [S. l.], v. 76, n. 1, p. 1–5, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.11.006>

JOHNSON, E. R. *et al.* Extreme weight-control behaviors and suicide risk among high school students. **Journal of School Health**, [S. l.], v. 86, n. 4, p. 281–287, 2016. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/josh.12380>

JONSSON, U. *et al.* Annual Research Review: quality of life and childhood mental and behavioural disorders - a critical review of the research. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, [S. l.], v. 58, n. 4, p. 439–469, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12645>. Acesso em: 27 ago. 2020.

JUSTO, A. M.; CAMARGO, B.; BOUSFIELD, A. Sobrepeso e controle de peso: pensamento leigo e suas dimensões normativas. **Psicologia - Teoria e Prática**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 200–212, 2018 a. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n2p213-224>

JUSTO, A. M.; CAMARGO, B.; BOUSFIELD, A. Práticas de controle de peso: proposta de um modelo preditivo. **Revista Colombiana de Psicología**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 51–67, 2018 b. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.63328>

KLATCHOIAN, D. A. *et al.* Qualidade de vida de crianças e adolescentes de São Paulo: confiabilidade e validade da versão brasileira do questionário genérico Pediatric Quality of Life Inventory™ versão 4.0. **Jornal de Pediatria**, [S. l.], v. 84, n. 4, p. 308–315, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.2223/JPED.1788>

KOŁODZIEJCZYK, J. K. *et al.* Quality of life in overweight and obese adolescents. **Quality of Life Research**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 251–261, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0745-1>.Influence

LAMPARD, A. M. *et al.* Adolescents who engage exclusively in healthy weight control behaviors: Who are they? **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 1–10, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0328-3>

LARSON, N. *et al.* School-based obesity prevention policies and practices and weight-control behaviors among adolescents. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, [S. l.], v. 117, n. 2, p. 204–213, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2016.09.030>. Acesso em: 10 jun. 2021.

LAVENDER, J. M.; BROWN, T. A.; MURRAY, B. S. Men, muscles, and eating disorders: an overview of traditional and muscularity-oriented disordered eating. **Current Psychiatry Reports** [S. l.], v. 19, n. 6, p. 32, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0787-5>

LEAL, G. V. S.; PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. S. Unhealthy weight control behaviors, disordered eating, and body image dissatisfaction in adolescents from São Paulo, Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 42, n. 3, p. 264–270, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0437>

LEAL, G. V. S. *et al.* O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S. l.], v. 62, n. 1, p. 62–75, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000100009>

LEBOW, J.; SIM, L. A.; KRANSDORF, L. N. Prevalence of a history of overweight and obesity in adolescents with restrictive eating disorders. **Journal of Adolescent Health**, [S. l.], v. 56, n. 1, p. 19–24, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06.005>

LEE, J.; LEE, Y. The association of body image distortion with weight control behaviors, diet behaviors, physical activity, sadness, and suicidal ideation among Korean high school students: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 1–10, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2703-z>

LEE, R. L. T. *et al.* Associations between quality of life, psychosocial well-being and health-related behaviors among adolescents in Chinese, Japanese, Taiwanese, Thai and the Filipino populations: a cross-sectional survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 17, n. 7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072402>

LEME, A. C. B. *et al.* “Healthy Habits, Healthy Girls-Brazil”: an obesity prevention

program with added focus on eating disorders. **Eating and Weight Disorders**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 107–119, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0510-5>

LIM, C. S. *et al.* Unhealthy weight control behaviors mediate the association between weight status and weight-specific health-related quality of life in treatment-seeking youth who are obese. **Eating and Weight Disorders**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 125–132, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0262-z>

LOOMBA-ALBRECHT, L. A.; STYNE, D. M. Effect of puberty on body composition. **Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 10–15, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MED.0b013e328320d54c>

MARSHALL, W. A.; TANNER, J. M. Variations in pattern of pubertal changes in girls. **Archives of Disease in Childhood**, [S. l.], v. 44, n. 235, p. 291–303, 1969. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/adc.44.235.291>. Acesso em: 27 ago. 2020.

MARTINI, M. C. S. *et al.* Dissatisfaction with body weight and nutritional status among adolescents: population-based study in the city of Campinas, São Paulo, Brazil. **Ciência & saúde coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.17992018>. Acesso em: 11 jun. 2021.

MARZILLI, E.; CERNIGLIA, L.; CIMINO, S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. **Adolescent Health, Medicine and Therapeutics**, [S. l.], v. Volume 9, p. 17–30, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/ahmt.s148050>

MEADE, T.; DOWSWELL, E. Adolescents' health-related quality of life (HRQoL) changes over time: A three year longitudinal study. **Health and Quality of Life Outcomes**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 1–8, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0415-9>

MENDONÇA, K. L. *et al.* Does nutritional status interfere with adolescents' body image perception? **Eating Behaviors**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 509–512, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.06.011>

MICALI, N. *et al.* Adolescent eating disorders predict psychiatric, high-risk behaviors and weight outcomes in young adulthood. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry** [S. l.], v. 54, n. 8, p. 652–659, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.05.009>

MIKKELSEN, H. T. *et al.* Health-related quality of life is strongly associated with self-efficacy, self-esteem, loneliness, and stress in 14–15-year-old adolescents: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 1–17, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01585-9>

MIRANDA, V. P. N. *et al.* Body dissatisfaction, physical activity, and sedentary behavior in female adolescents. **Revista Paulista de Pediatria**, [S. l.], v. 36, n. 4, p. 482–490, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;4;00005>

MITCHELL, T. B.; STEELE, R. G. Bidirectional associations between disordered eating and health-related quality of life in elementary school-age youth. **Journal of Pediatric Psychology**, [S. l.], v. 42, n. 3, p. 315–324, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw082>

MITCHISON, D. *et al.* Quality of life as a vulnerability and recovery factor in eating disorders: A community-based study. **BMC Psychiatry**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 1–13, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1033-0>

NAGATA, J. M. *et al.* Boys, bulk, and body ideals: sex differences in weight gain attempts among adolescents in the United States Jason. **Journal of Adolescent Health**, [S. l.], v. 64, n. 4, p. 450–453, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.09.002>

NEUMARK-SZTAINER, D. *et al.* Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: Findings from Project EAT. **Journal of Psychosomatic Research**, [S. l.], v. 53, n. 5, p. 963–974, 2002. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00486-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00486-5)

NEUMARK-SZTAINER, D. *et al.* Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. **Journal of the American Dietetic Association**, [S. l.], v. 111, n. 7, p. 1004–1011, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.04.012>. Acesso em: 10 jun. 2021.

O'BRIEN, K. M. *et al.* Predictors and long-term health outcomes of eating disorders. **PLoS ONE**, [S. l.], v. 12, n. 7, p. 1–19, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181104>

PAKKONEN, T.; PAAKKONEN, H. Finnish schoolchildren's perceived health-related quality of life deteriorates remarkably with age. **Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology**, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 1–7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2018-014>

PEREIRA, A. M. G. R. Preocupação com o peso e prática de dietas por adolescentes. **Acta Portuguesa de Nutrição**, [S. l.], v. 06, p. 14–18, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21011/apn.2016.0603>

PINTO, I. C. S. *et al.* Prevalência de excesso de peso e obesidade abdominal, segundo parâmetros antropométricos, e associação com maturação sexual em adolescentes escolares. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 26, n. 9, p. 1727–1737, 2010. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900006>. Acesso em: 11 jun. 2021.

PINZON, V.; NOGUEIRA, F. C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, [S. l.], v. 31, n. 4, p. 158–160, 2004.

QI, S. *et al.* Association of academic performance, general health with health-related quality of life in primary and high school students in China. **Health and Quality of Life Outcomes**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 1–11, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1186/s12955-020-01590-y>

RIBEIRO-SILVA, R. C. *et al.* Body image dissatisfaction and dietary patterns according to nutritional status in adolescents. **Jornal de Pediatria**, [S. l.], v. 94, n. 2, p. 155–161, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.05.005>. Acesso em: 11 jun. 2021.

RODGERS, R. F. *et al.* Disordered eating in ethnic minority adolescents with overweight. **International Journal of Eating Disorders**, [S. l.], v. 50, n. 6, p. 665–671, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.22652>

SAMPASA-KANYINGA, H.; CHAPUT, J. P.; HAMILTON, H. A. Use of social networking sites and perception and intentions regarding body weight among adolescents. **Obesity Science and Practice**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 32–39, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/osp4.26>

SANTANA, M. L. P. *et al.* Risk factors for adopting extreme weight-control behaviors among public school adolescents in Salvador, Brazil: a case-control study. **Journal of the American College of Nutrition**, [S. l.], v. 35, n. 2, p. 113–117, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07315724.2014.951903>

SANTANA, M. L. P. *et al.* Los factores asociados con la insatisfacción corporal en adolescentes de escuelas públicas en Salvador, Brasil. **Nutricion Hospitalaria**, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 747–755, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.3.6281>

SHARPE, H. *et al.* The relative importance of dissatisfaction, overvaluation and preoccupation with weight and shape for predicting onset of disordered eating behaviours and depressive symptoms over 15 Years. **Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 137–146, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/cdp0000036>

SHARPE, H. *et al.* Preoccupation with weight and shape for predicting onset of disordered eating behaviours and depressive symptoms over 15 years. **International Journal of Eating Disorders**, [S. l.], v. 51, n. 10, p. 1168–1175, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.22936>

SILVA, W. R.; CAMPOS, J. A. D. B.; MARÔCO, J. Impact of inherent aspects of body image, eating behavior and perceived health competence on quality of life of university students. **PLoS ONE**, [S. l.], v. 13, n. 6, p. 1–19, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199480>

SILVA, S. U. *et al.* Nutritional status, body image, and their association with extreme weight control behaviors among Brazilian adolescents, National Adolescent Student Health Survey 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 21, n. Supl 1, p. 1–13, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180011.supl.1>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente: Manual de Orientação**. São Paulo: [s. n.], 2009. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/pdfs/MANUAL-AVAL-NUTR2009.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/MANUAL-AVAL-NUTR2009.pdf).

Acesso em: 11 jun. 2021.

SOLMI, F. *et al.* Changes in the prevalence and correlates of weight-control behaviors and weight perception in adolescents in the UK, 1986-2015. **JAMA Pediatrics**, [S. l.], v. 175, n. 3, p. 267–275, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.4746>. Acesso em: 9 jun. 2021.

SOUZA, A. L. G. *et al.* Unhealthy life habits associated with self-induced vomiting and laxative misuse in Brazilian adolescents. **Scientific Reports**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 1–10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81942-w>

STICE, E. *et al.* Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: predictive specificity in high-risk adolescent females. **Journal of Abnormal Psychology**, [S. l.], v. 126, n. 1, p. 38–51, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/abn0000219>. Acesso em: 10 jun. 2021.

SWANSON, S. A. *et al.* Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. **Archives of General Psychiatry**, [S. l.], v. 68, n. 7, p. 714–723, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>

TANNER, J. M. **Growth at adolescence**. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1962.

TURCO, G. *et al.* Quality of life and sleep in obese adolescents. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, [S. l.], v. 71, n. 2, p. 78–82, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2013005000008>

UTTER, J. *et al.* Trends in weight-related attitudes and behaviours among New Zealand adolescents, between 2007 and 2012. **Journal of Paediatrics and Child Health**, [S. l.], v. 55, n. 3, p. 333–337, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jpc.14196>. Acesso em: 27 ago. 2020.

UZUNIAN, L. G.; VITALLE, M. S. S.. Social skills: a factor of protection against eating disorders in adolescentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 20, n. 11, p. 3495–3508, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.18362014>

VARNI, J. W.; SEID, M.; RODE, C. A. “The PedsQL™: Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory.” **Medical Care**, v. 37, no. 2, p. 126-3, 1999. <http://www.jstor.org/stable/3767218>.

VARNI, J. W.; SEID, M.; KURTIN, P. S. “PedsQL™ 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in Healthy and Patient Populations.” **Medical Care**, v. 39, n. 8, p. 800–812, 2001. <http://www.jstor.org/stable/3767969>.

VIANNA, L. A. C.. Determinantes sociais de saúde: processo saúde doença. **Unasus**, [S. l.], p. 2-10, 2016. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/pab/7/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf)

WANG, M. L. *et al.* Dietary and Physical Activity Factors Related to Eating Disorder Symptoms Among Middle School Youth. **Journal of School Health**, [S. l.], v. 83, n. 1, p. 14–20, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561>

WHO. WHOQOL User Manual. [S. l.], p. 1–19, 1993. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/SpringerReference\\_28001](https://doi.org/10.1007/SpringerReference_28001)

WHO. **World Health Organization. Programme on Mental Health. Report of WHOQOL Focus Group Work.** Geneva. 1993

WHO. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry: Report of a WHO Expert Committee.** Geneva: WHO, 1995.

WHO. Nutrition in adolescence : issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development. **WHO discussion papers on adolescence**, [S. l.], 2005.

WHO. Child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. [S. l.], 2007.

WHO. **WHO AnthroPlus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents.** Geneva: WHO 2009

WHO. Growing up unequal : gender and socioeconomic differences in young people ' s health and well-being. [S. l.], n. 7, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf>

WU, X. Y. *et al.* The association between disordered eating and health-related quality of life among children and adolescents: A systematic review of population-based studies. **PLoS ONE**, [S. l.], v. 14, n. 10, p. 1–17, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222777>

ZULLIG, K. J.; MATTHEWS-EWALD, M. R.; ROBERT, F. V. Relationship between disordered eating and self-identified sexual minority youth in a sample of public high school adolescents. **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 565–573, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0389-6>. Acesso em: 10 jun. 2021.

## 7 RESULTADOS



## 8 CONCLUSÕES

As PECP foram prevalentes na amostra de adolescentes (9,7%), com mais meninas aderindo às PECP com objetivo de perda de peso e meninos com objetivo de aumento de peso ou ganho de massa muscular.

Não houve associação significativa entre as PECP e aspectos biológicos como estado nutricional (índice de massa corporal/idade pelo escore z do IMC, circunferência da cintura), idade, sexo e desenvolvimento puberal.

Adolescentes que aderem às PECP apresentam maior internalização dos padrões de beleza e menor qualidade de vida relacionada à saúde no domínio escolar.

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É relevante conhecer e rastrear as PECP para auxiliar na elaboração e implantação de ações para os profissionais que prestam serviços a uma população adolescente, para poderem intervir preventivamente em comportamentos que representem risco para a saúde.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### Título do Projeto: Comportamentos Extremos para Controle de Peso e Aspectos Biopsicossociais em Adolescentes

O(a) adolescente pelo(a) qual você é responsável está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é determinar comportamentos extremos para controle de peso em adolescentes do ensino médio de escolas particulares nas cidades de Porto Alegre, Cachoeira do Sul e Novo Hamburgo/RS. Esta pesquisa está sendo realizada através do Programa de Pós-Graduação Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Se você concordar com a participação na pesquisa, os procedimentos envolvidos são os seguintes: serão medidos nos adolescentes, o peso, altura e circunferência da cintura. Também será aplicado um questionário para verificar a maturação sexual. Todas as avaliações citadas anteriormente serão realizadas em local reservado para evitar constrangimentos. Serão aplicados questionários na sala de aula, sobre classificação socioeconômica, qualidade de vida, comportamentos extremos para perda de peso, atitudes socioculturais em relação à aparência e uso de internet. Os riscos pela participação na pesquisa são mínimos. Porém, pode acontecer um desconforto ao responder os questionários, devido ao tempo de resposta e constrangimento ao responder o questionário de maturação sexual. Ainda, eles serão pesados e medidos, com balança e estadiômetro (aparelho para medir altura), que não ocasiona riscos à saúde, apenas poderá ocorrer de o participante se sentir constrangido.

O possível benefício da participação na pesquisa será o diagnóstico do estado nutricional entregue individualmente aos estudantes. A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar a participação, ou ainda, retirar a autorização após a assinatura desse Termo, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que o participante da pesquisa recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e não haverá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá haver ressarcimento por despesas decorrentes da participação, cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante da pesquisa, o participante receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, os nomes não aparecerão na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof<sup>Dr</sup><sup>a</sup> Elza Daniel de Mello, pelo telefone (51) 3331-9492, com a pesquisadora Agnes Mantese de Carvalho, pelo telefone (51) 994647573 ou para Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (CEP/UFRGS), pelo telefone (51) 308 3738.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e seu responsável e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Nome do responsável \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador que aplicou o Termo \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Rubrica do responsável \_\_\_\_\_

Rubrica do pesquisador \_\_\_\_\_

Página 1 de 1

## APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO

### Termo de Assentimento

Nome do(a) aluno: \_\_\_\_\_

Nome da escola: \_\_\_\_\_

Prezado(a) aluno(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "**Comportamentos Extremos para Controle de Peso e Aspectos Biopsicossociais de Adolescentes**", cujo objetivo principal é determinar comportamentos extremos para controle de peso em adolescentes do ensino médio de escolas particulares nas cidades de Porto Alegre, Cachoeira do Sul e Novo Hamburgo/RS.

Para realizar essa pesquisa será necessário avaliar: o peso, altura e circunferência da cintura. Também será aplicado um questionário para determinar a maturação sexual. Todas as avaliações citadas anteriormente serão realizadas em local reservado para evitar constrangimentos. Os questionários serão aplicados na sala de aula, sobre os temas: classificação socioeconômica, qualidade de vida, comportamentos de risco para controle de peso, atitudes socioculturais em relação à aparência e uso de redes sociais.

O possível benefício da participação na pesquisa será o diagnóstico do estado nutricional entregue individualmente aos estudantes.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Porém, pode acontecer um desconforto ao responder os questionários, devido ao tempo de resposta e constrangimento ao responder o questionário de maturação sexual. Ainda, eles serão medidos e pesados, com balança e estadiômetro (aparelho para medir altura), que não acarreta riscos à saúde, apenas poderá que você se sinta constrangido.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. A sua participação nesse estudo é voluntária. Se concordar em participar do estudo e mudar de ideia no decorrer do mesmo, estará livre para fazê-lo.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizado o estudo. Seu nome ou o material que indique sua participação não será divulgado sem a permissão do responsável por você.

A sua assinatura abaixo significa que você entendeu a informação que lhe foi fornecida sobre o estudo e sobre o termo de consentimento. Se você assinar este documento significa que você concorda em participar deste estudo. Você receberá uma cópia deste termo de consentimento.

Nome do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador que aplicou o Termo \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Rubrica do pesquisador \_\_\_\_\_

Página 1 de 1

## APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO



### QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS) - PPG SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

IDENTIFICAÇÃO					
<b>1. Escola:</b>			<b>2. Série/Turma:</b>		
<b>3. Período:</b> (1) Manhã (2) Tarde (3) Noite			<b>4. Data da ENTREVISTA:</b> ____/____/____		
<b>5. Sexo:</b> (1) Masculino (2) Feminino		<b>6. Idade:</b> ____ anos		<b>7. Data de NASCIMENTO:</b> ____/____/____	
<b>8. Qual a cor da sua pele?</b> (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda ou indígena					
<b>9. Cidade:</b>					
<b>10. Você tem acompanhamento dos profissionais citados abaixo?</b> (1) Endocrinologista (2) Nutrólogo (3) Nutricionista (4) Psiquiatra (5) Psicólogo					
<b>13. Marque com um X a quantidade de cada item que existe na casa onde você mora:</b>					
<b>Quantidade de itens</b>					
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros					
Empregados domésticos					
Automóveis					
Microcomputador					
Lava Louça					
Geladeira					
Freezer					
Lava Roupa					
DVD					
Micro-ondas					
Motocicleta					
Secadora de roupa					
<b>Qual é o grau de instrução (escolaridade) do chefe da sua família e acesso aos serviços públicos? Marque com um X:</b>					
Analfabeto / Primário incompleto					
Fundamental I / Fundamental II incompleto					
Fundamental II completo / Médio incompleto					
Médio completo / Superior incompleto					
Superior completo					
Água encanada					
Rua pavimentada					

(DEAS) - PARTE 1) Marque com um X qual você considera ser o consumo saudável e necessário para cada um destes grupos de alimentos:	Consumir Habitualmente	Consumir Raramente	Não Consumir
a) Açúcar	1	1	5
Óleos	1	1	5
Batata frita	1	1	5
b) Pães	1	3	5
Macarrão	1	3	5
Arroz	1	3	5
Feijões	1	3	5
Carne vermelha	1	3	5
Leite integral	1	3	5
Queijos	1	3	5
Carne branca	1	3	5
Frutas	1	3	5
c) Legumes e verduras	1	3	5
<b>MARQUE COM UM X:</b>			
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
2) Você sente prazer em comer?	1	5	
3) Comer é algo natural para você?	1	5	
4) Você fica sem comer ou faz dieta à base de líquidos, por um dia ou mais, achando que isto pode emagrecer?	5	1	
5) Você conta calorias de tudo que come?	5	1	

MARQUE COM UM X:	SIM	NÃO
6) Você gosta da sensação de estar de estômago vazio?	5	1
7) Você costuma "pular" refeições para evitar o ganho de peso	5	1
8) Comer faz você se sentir "suja"?	5	1
9) Você tem boas lembranças associadas à comida?	1	5
10) Você gostaria de não precisar se alimentar?	5	1
11) Você acha que é normal comer, às vezes, só porque está triste, chateado (a) ou entediado (a)?	1	5
12) Quando você come uma quantidade de alimentos maior do que a de costume, qual é o seu comportamento depois?		
( 1 ) Volta a se alimentar de forma habitual		
( 3 ) Considera que perdeu o controle e continua comendo ainda mais		
( 3 ) Decide fazer algum tipo de dieta, para compensar		
( 5 ) Faz alguma coisa para compensar. O que?		

PARTE 2) Para cada questão abaixo, marque com um X a frequência com que você tem os seguintes pensamentos e/ou comportamentos:	SEMPRE	MUITO FREQUENTE	FREQUENTE	AS VEZES	RARAMENTE ou NUNCA
13) Eu sinto culpa quando como um alimento que eu havia decidido não comer por algum motivo	5	4	3	2	1
14) Eu deixo de comer algum alimento se souber que ele tem mais calorias do que eu imaginava	5	4	3	2	1
15) Preocupo-me o tempo todo com o que vou comer, quanto comer, como preparar o alimento ou se devo ou não comer	5	4	3	2	1
16) Preocupo-me com o quanto um alimento ou refeição pode me engordar	5	4	3	2	1
17) Tenho raiva de sentir fome	5	4	3	2	1
18) Tenho dificuldades em escolher o que comer, porque sempre acho que deveria comer menos e/ou a opção com menos calorias	5	4	3	2	1
19) Quando desejo um alimento específico, eu sei que não vou conseguir para de comê-lo até ele acabar	5	4	3	2	1
20) Eu gostaria de ter total controle sobre meu apetite e minha alimentação	5	4	3	2	1
21) Eu procuro comer pouco na frente dos outros para depois exagerar quando estou sozinha	5	4	3	2	1
22) Eu tenho medo de começar a comer e não parar mais	5	4	3	2	1
23) Sonho com uma "pílula" que substitua a refeição	5	4	3	2	1
24) Em festas e buffets, fico nervosa (o) e/ou descontrolada (o), em função da grande oferta de comida	5	4	3	2	1
25) Minha relação com a comida atrapalha minha vida como um todo	5	4	3	2	1

USO DE REDES SOCIAIS					
1 Com que frequência você acessa às redes sociais?	Mensal	1-5 diário	5-10 diário	> 10 diário	Semanal
FACEBOOK					
INSTAGRAM					
SNAPCHAT					
TWITTER					
PINTEREST					

Eaatescore|\_|  
 Eaatra|\_|  
 Eaapgp|\_|  
 Eaaprc|\_|  
 Eaatsc|\_|  
 Eaatian|\_|  
 BAS |\_|

QUESTIONÁRIO BAS-2	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	GERALMENTE	SEMPRE
1. Respeito o meu corpo	1	2	3	4	5
2. Sinto-me bem com o meu corpo	1	2	3	4	5
3. Sinto que o meu corpo tem pelo menos algumas qualidades	1	2	3	4	5
4. Tenho uma atitude positiva em relação ao meu corpo	1	2	3	4	5
5. Estou atento(a) às necessidades do meu corpo	1	2	3	4	5



QUESTIONÁRIO BAS-2	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	GERALMENTE	SEMPRE
6. Eu sinto amor pelo meu corpo	1	2	3	4	5
7. Aprecio as características diferentes e únicas do meu corpo	1	2	3	4	5
8. O meu comportamento revela uma atitude positiva em relação ao meu corpo	1	2	3	4	5
9. Sinto-me confortável no meu corpo	1	2	3	4	5
10. Sinto que sou bonito(a), mesmo sendo diferente das imagens de pessoas divulgadas na mídia (ex. modelos ou atrizes/atores)	1	2	3	4	5

#### PEDSQL™

**INSTRUÇÕES:** A próxima página contém uma lista de coisas com as quais você pode ter dificuldade. Por favor, conte-nos se você **tem tido dificuldade** com cada uma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS**, fazendo um **X**. Não existem respostas certas ou erradas. Caso você não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

Durante o **ÚLTIMO MÊS**, você tem tido **dificuldade** com cada uma das coisas abaixo?

SOBRE MINHA SAÚDE E MINHAS ATIVIDADES (dificuldade para...)	NUNCA	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES	QUASE SEMPRE
1. Para mim é difícil andar mais de um quarteirão	100	75	50	25	0
2. Para mim é difícil correr	100	75	50	25	0
3. Para mim é difícil praticar esportes ou fazer exercícios físicos	100	75	50	25	0
4. Para mim é difícil levantar coisas pesadas	100	75	50	25	0
5. Para mim é difícil tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	100	75	50	25	0
6. Para mim é difícil ajudar nas tarefas domésticas	100	75	50	25	0
7. Eu sinto dor	100	75	50	25	0
8. Eu tenho pouca energia ou disposição	100	75	50	25	0
<b>SOBRE MEUS SENTIMENTOS (dificuldade para...)</b>	<b>NUNCA</b>	<b>QUASE NUNCA</b>	<b>ALGUMAS VEZES</b>	<b>MUITAS VEZES</b>	<b>QUASE SEMPRE</b>
9. Eu sinto medo	100	75	50	25	0
10. Eu me sinto triste	100	75	50	25	0
11. Eu sinto raiva	100	75	50	25	0
12. Eu durmo mal	100	75	50	25	0
13. Eu me preocupo com o que vai acontecer comigo	100	75	50	25	0
<b>COMO EU CONVIVO COM OUTRAS PESSOAS (dificuldades para...)</b>	<b>NUNCA</b>	<b>QUASE NUNCA</b>	<b>ALGUMAS VEZES</b>	<b>MUITAS VEZES</b>	<b>QUASE SEMPRE</b>
14. Eu tenho dificuldade para conviver com outros/outras adolescentes	100	75	50	25	0
15. Os outros/as outras adolescentes não querem ser meus amigos/minhas amigas	100	75	50	25	0
16. Os outros/as outras adolescentes implicam comigo	100	75	50	25	0
17. Eu não consigo fazer coisas que outros/outras adolescentes da minha idade fazem	100	75	50	25	0
18. Para mim é difícil acompanhar os/as adolescentes da minha idade	100	75	50	25	0
<b>SOBRE A ESCOLA (dificuldades para...)</b>	<b>NUNCA</b>	<b>QUASE NUNCA</b>	<b>ALGUMAS VEZES</b>	<b>MUITAS VEZES</b>	<b>QUASE SEMPRE</b>
19. É difícil prestar atenção na aula	100	75	50	25	0
20. Eu esqueço as coisas	100	75	50	25	0
21. Eu tenho dificuldade para acompanhar a minha turma nas tarefas escolares	100	75	50	25	0
22. Eu falto à aula por não estar me sentindo bem	100	75	50	25	0
23. Eu falto à aula para ir ao médico ou ao hospital	100	75	50	25	0

ORTO-15: MARQUE UM X NA ALTERNATIVA QUE MELHOR CORRESPONDE AO SEU COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO À COMIDA	SEMPRE	MUITAS VEZES	ALGUMAS VEZES	NUNCA
1. Você fica atendo (a) às calorias dos alimentos quando come?	2	4	3	1
2. Quando você vai a um mercado de alimentos, se sente confuso (a) ao alimento que deve comprar?	4	3	2	1
3. Nos últimos três meses, pensar sobre sua alimentação tem sido uma preocupação?	1	2	3	4
4. As suas escolhas alimentares são determinadas pela sua preocupação com seu estado de saúde?	1	2	3	4





MARQUE UM X:	SEMPRE	MUITAS VEZES	ALGUMAS VEZES	NUNCA
5. O sabor é a qualidade mais importante que você leva em consideração ao escolher um alimento?	4	3	2	1
6. Normalmente, você se dispõe a pagar mais por alimentos saudáveis?	1	2	3	4
7. A preocupação com a alimentação saudável toma mais de três horas do seu dia?	1	2	3	4
8. Você se permite alguma quebra da sua rotina alimentar?	4	3	2	1
9. Para você, seu humor influencia o seu comportamento alimentar?	4	3	2	1
10. Você acredita que a convecção de se alimentar saudavelmente aumenta sua autoestima?	1	2	3	4
11. Você acha que o consumo de alimentos saudáveis modifica seu estilo de vida? (ida a restaurantes, amigos...)	1	2	3	4
12. Você acredita que consumir alimentos saudáveis pode mudar seu aspecto físico?	1	2	3	4
13. Sente-se culpado (a) quando sai da sua rotina alimentar?	2	4	3	1
14. Você pensa que no Mercado existem alimentos não saudáveis?	1	2	3	4
15. Ultimamente você costuma estar sozinho (a) quando se alimenta?	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO SATAQ-3	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM GRANDE PARTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO EM GRANDE PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
<b>Por favor, MARQUE com um X responda as seguintes questões:</b>					
1. Programas de TV e redes sociais são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.	1	2	3	4	5
2. Já se me senti pressionado (a) pela TV, revistas ou redes sociais a perder peso.	1	2	3	4	5
3. Não me importo se meu corpo se parece com os de pessoas que estão na TV e nas redes sociais.	5	4	3	2	1
4. Comparo meu corpo com os de pessoas que estão na TV e nas redes sociais.	1	2	3	4	5
5. Comerciais de TV são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.	1	2	3	4	5
6. <b>PARA MULHERES:</b> Não me sinto pressionada pela TV, revistas ou redes sociais a ficar bonita. <b>PARA HOMENS:</b> Não me sinto pressionado pela TV, revistas ou redes sociais a ficar musculoso.	5	4	3	2	1
7. Gostaria que meu corpo fosse parecido com os dos (as) modelos das revistas ou modelos/blogueiras/digital influencers das redes sociais.	1	2	3	4	5
8. Comparo minha aparência com a das estrelas de TV e do cinema.	1	2	3	4	5
9. Videoclipes não são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraente”.	5	4	3	2	1
10. <b>PARA MULHERES:</b> Já me senti pressionada pela TV, revistas ou redes sociais a ser magra. <b>PARA HOMENS:</b> Já me senti pressionado pela TV, revistas ou redes sociais a ser musculoso.	1	2	3	4	5
11. Gostaria que meu corpo fosse parecido com os dos (as) modelos dos filmes.	1	2	3	4	5
12. Não comparo meu corpo com os das pessoas das revistas ou redes sociais.	5	4	3	2	1
13. Artigos de revistas ou redes sociais não são importantes fontes de informação sobre moda e sobre “como ser atraentes”.	5	4	3	2	1
14. Já me senti pressionado (a) pela TV, revistas ou redes sociais a ter um corpo perfeito.	1	2	3	4	5
15. Gostaria de me parecer com os (as) modelos dos videoclipes.	1	2	3	4	5



	DISCORD O TOTALME NTE	DISCORD O EM GRANDE PARTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCOR DO EM GRANDE PARTE	CONCOR DO TOTALME NTE
16. Comparo minha aparência com a das pessoas da revista ou redes sociais.	1	2	3	4	5
17. Anúncios em revistas ou em redes sociais são importantes fontes de informação sobre moda e sobre "como ser atraente".	1	2	3	4	5
18. Já me senti pressionado (a) pela TV, revistas ou redes sociais a fazer dieta.	1	2	3	4	5
19. Não desejo ser tão atlético (a) quantos as pessoas das revistas ou redes sociais.	1	2	3	4	5
20. Comparo meu corpo ao das pessoas em boa forma.	1	2	3	4	5
21. Fotos de revistas e redes sociais são importantes fontes de informação sobre moda e sobre "como ser atraente".	1	2	3	4	5
22. Já me senti pressionado (a) pela TV, revistas ou redes sociais a praticar exercícios.	1	2	3	4	5
23. Gostaria de ter uma aparência tão atlética quanto a das estrelas do esporte.	1	2	3	4	5
24. Comparo meu corpo com o de pessoas atléticas.	1	2	3	4	5
25. Filmes são importantes fontes de informação sobre moda e "como ser atraente"	1	2	3	4	5
26. Já me senti pressionado(a) pela TV, revistas ou redes sociais a mudar minha aparência.	1	2	3	4	5
27. Não tento me parecer com as pessoas da TV ou de redes sociais.	5	4	3	2	1
28. Estrelas de cinema não são importantes fontes de informação sobre moda e sobre "como ser atraente".	5	4	3	2	1
29. Pessoas famosas são importantes fontes de informação sobre moda e sobre "como ser atraente".	1	2	3	4	5
30. Tento me parecer com atletas.	1	2	3	4	5

<b>QO:</b> Instruções: você vai encontrar abaixo uma lista de situações nas quais pode ter se envolvido na escola. Assinale com um X a resposta que melhor representa a frequência com que você se envolveu nessa situação no último mês. <b>1= Nenhuma vez      2= Uma ou duas vezes por mês      3= Uma ou mais vezes por semana</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1 Me deram socos, pontapés ou empurrões			
2 Puxaram meu cabelo ou me arranharam			
3 Me ameaçaram			
4 Fui obrigado(a) a entregar dinheiro ou minhas coisas			
5 Pegaram sem consentimento meu dinheiro ou minhas coisas			
6 Estragaram minhas coisas			
7 Me xingaram			
8 Me insultaram por causa da minha cor ou raça			
9 Me insultaram por causa de alguma característica física			
10 Fui humilhado(a) por causa da minha orientação sexual ou jeito			
11 Fizeram zoações por causa do meu sotaque			
12 Deram risadas e apontaram para mim			
13 Colocaram apelidos em mim que eu não gostei			
14 Fui encurralado(a) ou colocado(a) contra a parede			
15 Fui perseguido(a) dentro ou fora da escola			
16 Fui sexualmente assediado(a)			
17 Não me deixaram fazer parte de um grupo de colegas			
18 Me ignoraram completamente, me deram "gelo"			
19 Inventaram que peguei coisas dos colegas			
20 Disseram coisas maldosas sobre mim ou sobre minha família			
21 Fizeram ou tentaram fazer com que os outros não gostassem de mim			
22 Fui forçado(a) a agredir outro(a) colega			
23 Usaram da internet ou celular para me agredir			



### QUESTIONÁRIO DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR (PENSE)

**1. O que você está fazendo em relação a seu peso?**  
 (1) Não estou fazendo nada  
 (2) Estou tentando perder peso  
 (3) Estou tentando ganhar peso  
 (4) Estou tentando manter o mesmo peso

**2. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você vomitou ou tomou laxantes para perder peso ou evitar ganhar peso?**  
 (1) Sim (2) Não

**3. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para perder peso, sem acompanhamento médico?**  
 (1) Sim (2) Não

**4. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para ganhar peso ou massa muscular sem acompanhamento médico?**  
 (1) Sim (2) Não

### QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ)

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no colégio, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. **Suas respostas são MUITO importantes.**

**Para responder as questões lembre que:**

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal;
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

**Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS de cada vez.**

<b>1a</b> Em quantos dias da última semana você <b>CAMINHOU</b> por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?	( ) DIAS por SEMANA	( ) Nenhum
<b>1b</b> Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando <b>por dia</b> ?	Horas:	Minutos:
<b>2a.</b> Em quantos dias da última semana, você realizou atividades <b>MODERADAS</b> por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar <b>MODERADAMENTE</b> sua respiração ou batimentos do coração ( <b>POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA</b> )	( ) DIAS por SEMANA	( ) Nenhum
<b>2b.</b> Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades <b>por dia</b> ?	Horas:	Minutos:
<b>3a</b> Em quantos dias da última semana, você realizou atividades <b>VIGOROSAS</b> por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar <b>MUITO</b> sua respiração ou batimentos do coração.	( ) DIAS por SEMANA	( ) Nenhum
<b>3b</b> Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades <b>por dia</b> ?	Horas:	Minutos:
<b>4a.</b> Quanto tempo no total você gasta SENTADO durante um <b>dia de SEMANA</b> ?	Horas:	Minutos:
<b>4b.</b> Quanto tempo no total você gasta SENTADO durante em um <b>dia de FINAL DE SEMANA</b> ?	Horas:	Minutos:

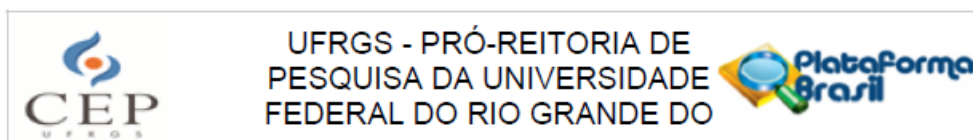
ipaq | | ipaqss | | ipaqsf | |

Nome: \_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA			
Peso 1: _____ kg	Peso 2: _____ kg	Altura 1: _____ cm	CC 1: _____ cm
Obs: _____		Altura 2: _____ cm	CC 2: _____ cm
_____			
_____			

Pesom | |  
 IMCn | |  
 IMCz | |  
 IMCias | |  
 Altm | |  
 ccm | |  
 ccclat | |

## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O COMPORTAMENTO ALIMENTAR, O USO DE REDES SOCIAIS E A QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES

**Pesquisador:** Elza Daniel de Mello

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 86487218.4.0000.5347

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.019.841

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se da terceira versão do projeto. Após a leitura de todo o projeto, assume-se que a ideia é, em um estudo transversal, avaliar o estado nutricional, os fatores de risco para transtorno do comportamento alimentar (sic), a insatisfação corporal, o uso de redes sociais e dependência de internet, o nível de atividade física, a qualidade de vida relacionada à saúde, o perfil socioeconômico e demográfico de uma amostra representativa de estudantes do ensino médio de escolas particulares de Porto Alegre. A partir da descrição da análise estatística, percebe-se que um dos objetivos do estudo é relacionar essas variáveis e comparar grupos, mas isso não é descrito como objetivo.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Determinar o escore de atitude alimentar transtornadas e sua relação com aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais em adolescentes do ensino médio de escolas privadas na cidade de Porto Alegre/RS.

##### Objetivo Secundário:

a) Descrever a relação das atitudes alimentares transtornadas com aspectos biológicos, tais como:

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-080  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE  
PESQUISA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 3.019.841

- Estado Nutricional (IMC/I, circunferência da cintura e desenvolvimento puberal)
- Idade
- Sexo
- Nível de prática de atividade física
- b) Descrever a relação das atitudes alimentares transtornadas com aspectos psicológicos, tal como:
  - Qualidade de vida relacionada à saúde
  - Apreciação Corporal
- c) Descrever das atitudes alimentares transtornadas aspectos socioculturais, tais como:
  - Pressão da mídia e mídias sociais
  - Percentual de uso de redes sociais
  - Classificação socioeconômica

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:** Serão aplicados questionários na sala de aula, sobre classificação socioeconômica, qualidade de vida, atitudes alimentares transtornadas, atividade física, atitudes socioculturais em relação à aparência e frequência de uso de redes sociais. Desta forma, os riscos conhecidos pela participação na pesquisa são mínimos. Porém, pode ocorrer um desconforto ao responder os questionários, devido ao tempo de resposta e constrangimento ao responder o questionário de maturação sexual. O questionário de maturação sexual será aplicado em local reservado, no qual o adolescente irá assinalar na folha a figura que mais se parece com ele. Ainda, os adolescentes serão medidos e pesados, com balança e estadiômetro (aparelho para medir altura), o que não acarreta riscos à saúde, apenas poderá que o participante se sinta constrangido.

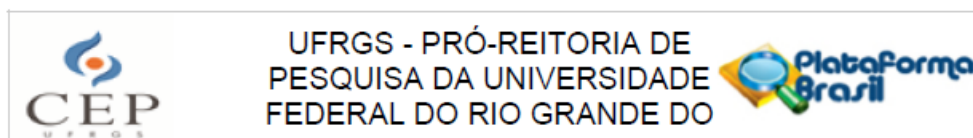
**Benefícios:** Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa serão: o diagnóstico do estado nutricional que será entregue individualmente. Os dados, de maneira geral, serão devolvidos como retorno às escolas participantes da pesquisa.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se da terceira versão do projeto apresentada ao CEP. As pesquisadoras sanaram a todas as questões indicadas nos pareceres anteriores, a saber:

- 1) Revisão da introdução e dos objetivos.
- 2) Retirar a frase "não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa" do projeto e dos demais documentos.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.019.841

- 3) No cálculo do tamanho da amostra, esclarecer a qual prevalência se referem. Foi incluída referência.
- 4) Retirar o campo para identificação do aluno do formulário de coleta de dados.
- 5) Substituir a frase "A pesquisa seguirá todos os preceitos éticos e morais preconizados pela Resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013) sobre a ética em pesquisa com seres humanos" por informações objetivas sobre os cuidados éticos (uso de TCLE e TALE, não identificação dos indivíduos, liberdade para os participantes retirarem-se do estudo, etc.)
- 6) Esclarecer qual será a conduta nos casos em que for identificado alto risco para transtorno do comportamento alimentar.
- 7) Esclarecer no TCLE e no TALE que o diagnóstico da situação do aluno será fornecido individualmente.
- 8) Incluir nos termos o contato do CEP.
- 9) Incluir o Termo de Anuência das escolas assinado pelo responsável. Ainda consta no projeto que será estudada uma amostra representativa de adolescentes estudantes do ensino médio em escolas privadas de Porto Alegre-RS, mas é apresentado o termo de anuência assinado de apenas uma escola.
- 10) Atualizar o cronograma.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE e TALE: adequados.

Projeto: adequado.

Cronograma: adequado.

Riscos e benefícios: adequados.

Cartas de anuência: adequados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Conforme solicitação, as autoras anexaram as cartas de anuências das seis escolas que serão incluídas na amostra, também modificaram a descrição da amostragem, alterando de sistemática representativa para amostra por conveniência.

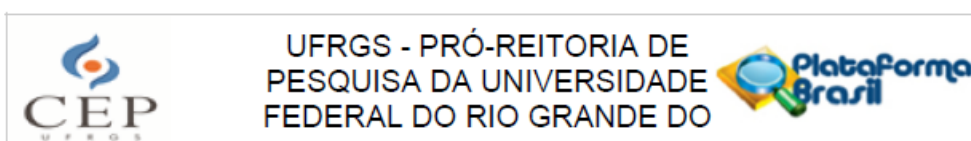
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br





Continuação do Parecer: 3.019.841

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1080387.pdf	08/11/2018 14:49:35		Aceito
Outros	cartas.pdf	08/11/2018 14:48:38	Elza Daniel de Mello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetotres.pdf	08/11/2018 14:43:05	Elza Daniel de Mello	Aceito
Cronograma	2018.pdf	08/11/2018 14:36:52	Elza Daniel de Mello	Aceito
Orçamento	orcamentonovo.pdf	03/07/2018 17:12:23	Elza Daniel de Mello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcletanovo.pdf	03/07/2018 17:12:01	Elza Daniel de Mello	Aceito
Folha de Rosto	FRHELEN.pdf	28/03/2018 10:48:15	Elza Daniel de Mello	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 14 de Novembro de 2018

---

Assinado por:  
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA  
(Coordenador(a))

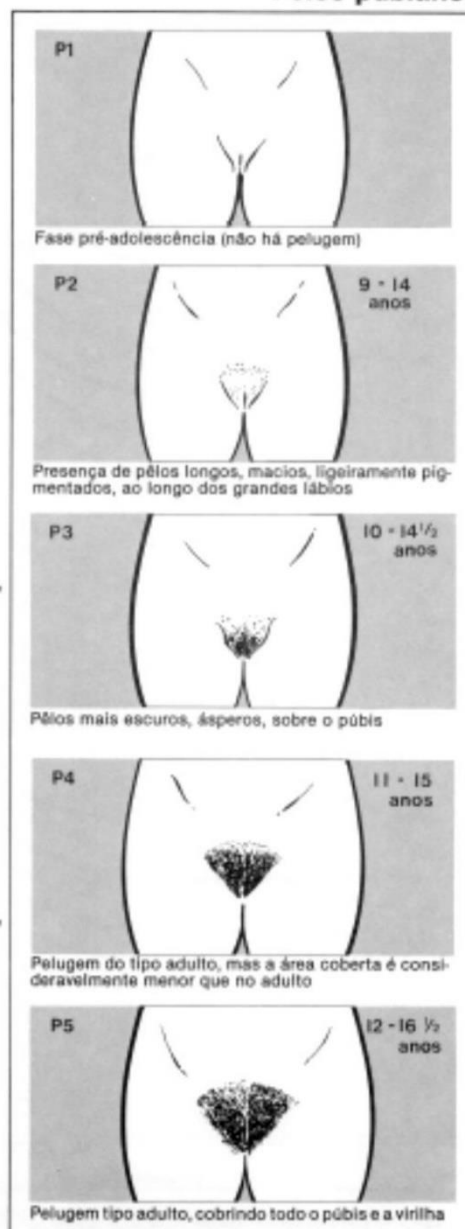
## ANEXO B - ESTÁGIOS DO DESENVOLVIMENTO PUBERAL

### Desenvolvimento Puberal Feminino Critérios de Tanner

#### Mamas



#### Pêlos pubianos

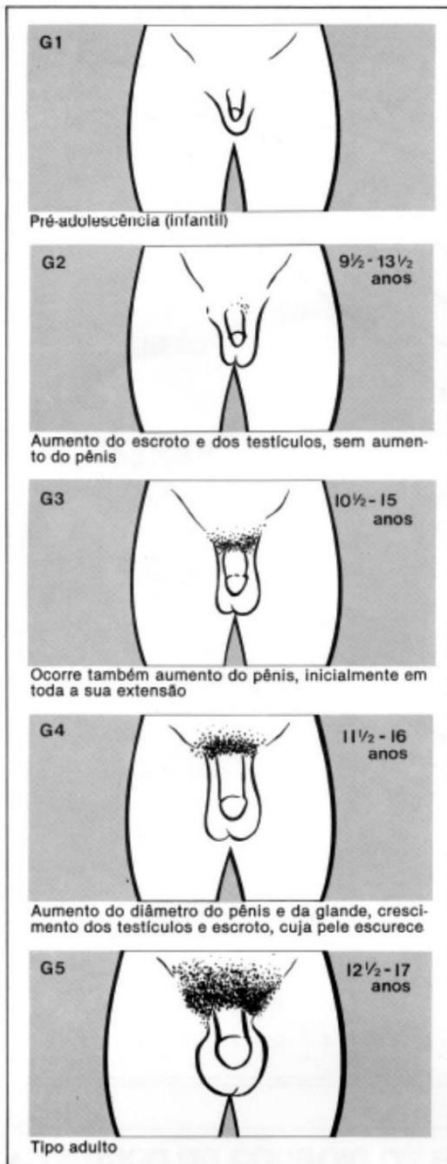


119 3m  
↑  
M  
E  
N  
A  
R  
C  
A  
↓  
116 0m

## Desenvolvimento Puberal Masculino

### Crítérios de Tanner

#### Genitália



#### Pêlos pubianos

