

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA**

JONATAS CARLOS MATIAS LOPES

**VIABILIDADE DA APLICAÇÃO DAS ESCALAS AUDIT, EAT-26 E BITE NAS
VERSÕES DIGITAIS PARA RASTREAMENTO DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES E CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCENCIA**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
EDUCAÇÃO FÍSICA BACHARELADO
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E CIÊNCIAS DO ESPORTE

JONATAS CARLOS MATIAS LOPES

**VIABILIDADE DA APLICAÇÃO DAS ESCALAS AUDIT, EAT-26 E BITE NAS
VERSÕES DIGITAIS PARA RASTREAMENTO DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES E CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCENCIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Educação Física da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Educação Física.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Giane da Paz Ferreira Silva, CRB4/

L864v Lopes, Jonatas Carlos Matias.
Viabilidade da aplicação das escalas AUDIT, EAT-26 e BITE nas versões digitais para rastreamento de transtornos alimentares e consumo de álcool na adolescência / Jonatas Carlos Matias Lopes.- Vitória de Santo Antão: O Autor, 2015.
40 folhas.

Orientadora: Rosana Christine Cavalcanti Ximenes

TCC (Graduação) – Universidade Federal de Pernambuco, CAV. Bacharelado em Educação Física, 2015.
Inclui anexos.

1. Adolescente. 2. Alcoolismo. 3. Transtorno alimentar. I. Ximenes, Rosana Christine Cavalcanti (Orientadora). II. Título.

612.3 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-109/2015

JONATAS CARLOS MATIAS LOPES

**VIABILIDADE DA APLICAÇÃO DAS ESCALAS AUDIT, EAT-26 E BITE NAS
VERSÕES DIGITAIS PARA RASTREAMENTO DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES E CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCENCIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Educação Física da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Educação Física.

Aprovado em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Rosana Christine Cavalcanti Ximenes (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Rafael Danyllo da Silva Miguel
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Raphaele Lima de Almeida Beltrão
Universidade Federal de Pernambuco

A Deus, pois sem Ele nós não
chegaríamos a lugar algum.

A minha avó Erli Maria (*in memoriam*) que
seu maior sonho era está presente neste
momento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que com seu infinito amor me deu sabedoria e força pra chegar até aqui.

A toda minha família por tudo, em especial a meus pais Cleide e Carlos que nunca me deixaram parar no meio do caminho e sempre estavam ao meu lado, amo vocês. A minha Tia Quiteria (Tel) por sempre torcer por minha vitória.

A minha avó Erli Maria (*in memoriam*) pelas orações e pelo seu sonho de viver comigo esse momento único em minha vida, hoje está com Deus me ajudando na caminhada da vida, te amo pra sempre.

A minha namorada Amanda Alves pelo companheirismo e paciência nesse tempo, e por está ao meu lado em todos os dias.

A minha grande orientadora Rosana Ximenes que em seu grande amor e coração de um anjo me ajudou todos esses anos na minha formação acadêmica, me guiou nos melhores caminhos possíveis, sempre confiou no meu potencial e fez da minha vida um jardim lindo e cheio de flores, onde ela foi a mais bela de todas. Obrigado por tudo Professora, pois sem você nada disso teria acontecido e todo agradecimento aqui é pouco.

Agradeço a toda família Deus e Mello, pois essa foi minha segunda família numa caminhada tão difícil, em especial a dona Cândida Barbosa e Elias de Deus que me acolheram como um filho. A Tereza Lira por sua imensa alegria contagiante, onde cada palavra sua foi muito importante em minha formação. Aos professores Erasmo Neto e Diêgo Mello que são meus espelhos na vida profissional, onde a cada dia aprendo mais e mais, obrigado professores, um dia serei igual vocês.

A banca examinadora, Rafael Danyllo e Raphaele Lima por aceitarem o convite em avaliar um trabalho de anos de preparação, obrigado me sinto honrado por ser avaliado por profissionais qualificados.

E por fim aos amigos que torceram por mim e sempre me deram forças nessa jornada, em especial a Isael Lima e Pedro Vinicius onde nesses quatro anos nos tornamos irmãos, e com toda certeza essa amizade será pra sempre. Obrigado meus irmãos, amo vocês.

“Todo jardim começa com uma história de amor: antes que qualquer árvore seja plantada ou um lago construído, é preciso que eles tenham nascido dentro da alma. Quem não planta seu jardim por dentro, não planta jardins por fora e nem passeia por eles.”

Alves R. 2004

RESUMO

A utilização de inquéritos por meio de ferramentas digitais em pesquisa tem crescido no Brasil. Iniciativas como o sistema de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, ou condições graves como os transtornos alimentares e alcoolismo, por meio da internet ou por ferramentas computadorizadas podem alcançar bons resultados em áreas urbanas brasileiras. Este estudo teve como proposta comparar a reprodutibilidade da aplicação das escalas Teste para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool (AUDIT), Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) e Teste de Investigação Bulímica de Edinburg (BITE) pela forma impressa e pela versão digital. A amostra foi composta por 60 alunos de uma escola estadual da cidade de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, de ambos os sexos, com idade entre 10 a 19 anos, escolhidos aleatoriamente por sorteio. O cálculo amostral considerou 10% do valor da amostra do estudo maior. Os testes foram respondidos na escola, em uma sala separada, no intervalo das aulas, apenas com a presença do pesquisador e do aluno. Com a finalidade de verificar a confiabilidade teste-reteste, os instrumentos foram aplicados uma primeira vez, na versão impressa, por um pesquisador (examinador A) nos 60 adolescentes e, após sete dias, aconteceu o reteste, onde 30 adolescentes foram reavaliados pelo examinador A na forma digital para tablet e 30, por outro pesquisador (examinador B), no celular. Os resultados comprovaram que o formato digital pode ser utilizado para essas escalas, pois não houve diferença significativa na aplicação dos dois métodos. Além disso, um dos pontos positivos foi o ganho de tempo na pesquisa com o método digital. Após a análise dos resultados, conclui-se que não houve diferenças significantes nas formas de aplicação impressas e digitais das escalas EAT-26, BITE e AUDIT. Dessa forma, comprova-se que a versão digital pode ser uma excelente metodologia para ser aplicada em estudos populacionais.

Palavras-chave: Adolescente. Alcoolismo. Transtornos da alimentação

ABSTRACT

The use of surveys using digital tools in research has grown in Brazil. Initiatives such as the monitoring system of risk factors for chronic diseases or serious conditions like eating disorders and alcoholism, through the internet or by computerized tools can achieve good results in Brazilian urban areas. This study aimed to compare the reproducibility of the application of the test scales to identify problems regarding alcohol use (AUDIT), Eating Attitudes Test (EAT-26) and Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE) for print and digital versions. The sample consisted of 60 students from a state school in the city of Vitoria de Santo Antao, Pernambuco, of both sexes, aged 10 to 19 years, randomly selected. The sample calculation considered 10% of the prior study sample. Tests were completed at the school, in a separate room, with the only presence of the researcher and the student. In order to verify the test-retest reliability, the instruments were applied for the first time in print, by a researcher (examiner A) in 60 adolescents. After seven days, there was the retest, where 30 teens were reassessed by the examiner A in digital form for tablet and 30 on the other researcher (examiner B) in digital form for cell. The results showed that the digital format can be used for these scales, as there was no significant difference in the application of the two methods. Furthermore, one of the positives achieves was gain in time with the digital survey method. After analyzing the results, it was concluded that there were no significant differences in the printed application forms and digital scales of the EAT-26, BITE and AUDIT. Thus, it checks that the digital version is an excellent methodology to be applied in population studies.

Keywords: Adolescent. Alcoholism. Eating disorders

LISTA DE ABREVIações

AUDIT	Teste para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool
BITE	Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh
BN	Bulimia Nervosa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DSM-V	Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais
EAT-26	Atitudes Alimentares
NA	Anorexia Nervosa
OMS	Organização Mundial de Saúde
TAs	Transtornos Alimentares

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos pacientes analisados segundo os dados sócio demográficos	25
Tabela 2	Avaliação da sintomatologia de transtornos alimentares segundo o EAT-26 impresso, comparado ao EAT-26 digital	26
Tabela 3	Avaliação dos sintomas de Bulimia Nervosa pelo BITE impresso (SINBITE), comparado ao BITE digital	27
Tabela 4	Avaliação da gravidade de sintomas de Bulimia Nervosa pelo BITE impresso (GRABITE), diferenciando do BITE digital	27
Tabela 5	Avaliação dos sintomas de alcoolismo segundo o AUDIT impresso, comparado ao AUDIT digital	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 Adolescência	16
2.2 Transtorno Alimentar.....	16
2.3 Álcool	17
2.4 Escalas de Avaliação.....	18
3 OBJETIVOS	20
4 MÉTODO	21
4.1 População, Amostra e Local de Estudo.....	21
4.2 Coleta de Dados.....	21
4.3 Análise dos Dados.....	23
4.4 Considerações Éticas.....	23
5 RESULTADOS	24
6 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31
ANEXO A - Questionário: Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh (BITE)	33
ANEXO B - Questionário: Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)	34
ANEXO C - Questionário: Teste para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool (AUDIT)	35
ANEXO D - Questionário: Biodemográfico Segundo Critério De Classificação Econômica (ABEP, 2013)	36
ANEXO E - Carta de aprovação do Comitê de Ética	39

1 INTRODUÇÃO

Com crescimento do mercado tecnológico, o uso da internet e de ferramentas digitais como métodos de pesquisa vem ganhando espaço e tem despertado o interesse de muitos em investir no uso da tecnologia, com o intuito de beneficiar seus processos e serviços. As pesquisas realizadas com auxílio da tecnologia estão ficando cada vez mais frequentes. A utilização de inquéritos por meio de versões digitais em várias pesquisas tem crescido no Brasil. Iniciativas como o sistema de monitoramento de fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis por meio da internet ou computadorizadas podem trazer bons resultados nas áreas da pesquisa (MONTEIRO *et al.*, 2005).

Este modo de monitoramento realizado por outros meios que não o presencial vem trazendo melhor apoio ao planejamento e avaliação de intervenções em saúde pública com intuito de contribuir para a redução de doenças. Além de tudo, permitem testar hipóteses já estabelecidas e propõem outras para serem analisadas futuramente, em estudos com delineamentos mais apropriados. Ainda se destaca a facilidade na obtenção das informações a partir de uma amostra representativa, sem grande custo, permitindo sua realização de forma sistemática e com rapidez em populações nas residências e escolas (MONTEIRO *et al.*, 2005; PEIXOTO *et al.*, 2008). Sendo assim métodos tecnológicos vem ganhando espaço e trazendo benefícios para a saúde, nesse caso para rastreamento de sintomas dos transtornos alimentares.

Os transtornos alimentares (TAs) são considerados doenças que afetam particularmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, levando a acentuados prejuízos psicológicos, sociais e levando a um aumento de morbidade e mortalidade (CORDÁS, 2004). Dentre os principais de TAs, a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) são os mais prevalentes em adolescentes. A anorexia nervosa foi a primeira a ser explicada já no século XIX e, igualmente, a pioneira a ser adequadamente descrita e ter seus critérios reconhecidos já na década de 1990. Já a bulimia nervosa foi descrita por Gerald Russell em 1979, e um terceiro grupo heterogêneo de quadros assemelhados, mas que não apresentavam sintomas completos nem para diagnóstico de AN nem para BN foram classificados como TAs nos anos 1980 (CLAUDINO e BORGES, 2002; CORDÁS, 2004). Outro problema

paralelo à adolescência é o uso de álcool, e a utilização desta substância quando associada ao transtorno alimentar pode prejudicar ainda mais o quadro desse adolescente.

O uso precoce do álcool é um dos fatores que aumentam os futuros problemas de saúde, socioculturais e econômicos. O consumo antes dos 16 anos aumenta significativamente o risco para beber de forma excessiva na idade adulta, em ambos os sexos. Os jovens formam o grupo populacional que apresenta maiores problemas de consumo de bebidas alcoólicas. Mesmo sendo baixo, o consumo de álcool está relacionado ao maior risco de acidentes, uso de drogas e comportamento de risco, incluindo sexo desprotegido. A longo prazo, o consumo de bebidas alcoólicas pode levar ao suicídio e a doenças crônicas, incluindo desordens mentais, câncer, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, demência, convulsões e neoplasias (STRAUCHL et al., 2009). O consumo de álcool está associado a mais de 230 doenças e que os índices de mortalidade se tornam maiores em pacientes que, além do transtorno alimentar, fazem o uso de bebidas alcoólicas, em comparação com aqueles que não as consomem (RAMIS *et al.*, 2012).

Tanto o alcoolismo quanto os relatos sobre práticas que configuram a existência de possíveis transtornos alimentares são questões de difícil abordagem na população adolescente. Apesar de serem comportamentos frequentemente observados neste público-alvo, as pesquisas e inquéritos epidemiológicos apresentam uma vulnerabilidade grande aos vieses de resposta. Isto se justifica pelo fato de que se trata de comportamentos realizados de forma secreta, para que a família, a sociedade e os profissionais de saúde tenham pouco acesso a essas informações. O adolescente, muitas vezes, desconhece os riscos associados a estas questões e recusa o tratamento, acreditando que está diante de um comportamento “normal” dentro do seu grupo de amigos e que pode controlar suas consequências (LARANJEIRA, 2008).

A incorporação dos questionários em formato digital possibilitará um ganho de tempo nas avaliações e redução no viés de resposta dos participantes, podendo aumentar as características de confiabilidade, objetividade e operacionalidade dos instrumentos.

Este estudo tem como proposta comparar a reprodutibilidade da aplicação das escalas Teste para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool

(AUDIT), Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) e Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh (BITE) por mecanismo de forma impressa e digital. Caso seja verificado que os resultados observados nas avaliações com método de versões digitais apresentam resultados equivalentes aos resultados das avaliações com método convencional impresso, isso poderá representar uma nova forma de aperfeiçoar a realização de pesquisas que envolvem instrumentos em formato digital.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Adolescência

A adolescência é considerada como um dos períodos mais tensos na vida do indivíduo. É nessa fase que acontece a transição da infância à idade adulta caracterizada por mudanças físicas, sociais, cognitivas e psicológicas. O adolescente mostra-se, em geral, susceptível a instabilidades emocionais e a dúvidas pessoais. É frequente, nessa fase, a presença de problemas relacionados à autoestima, à aceitação social e à rejeição por parte de familiares e amigos. É também um período predisposto ao desenvolvimento da insatisfação com o seu próprio corpo. Diante de muitas mudanças físicas, da pressão psicológica exercida pelo grupo e da sedução exercida pelos meios de comunicação, o adolescente faz uma busca pelo padrão ideal de beleza (XIMENES, 2004).

Existem casos em algumas famílias que os adultos mostram preocupação exagerada em relação a crianças magras, onde estas crianças chegam a passar por uma fase de bombardeamento alimentar, através de vitaminas, farinhas e complementos, para evitar a magreza e algum tipo de doença. Em contrapartida, já na adolescência, acontece totalmente o oposto, onde tudo deve ser controlado para evitar que o adolescente engorde para que no futuro não se torne alvo de ofensas das pessoas ao seu redor. O adolescente gordo vai aprendendo que seu corpo é feio e desagradável, tornando-se cada vez mais seu inimigo, e sendo assim, pode procurar métodos para acabar de vez com esses episódios de sofrimento, pois o mesmo já passa por esse período de adolescência muito conturbador. Dessa forma, o adolescente está propenso a desenvolver condutas patológicas e dentre elas sintomas de transtornos alimentares TAs, especialmente a anorexia e a bulimia nervosas (KAUFMAN, 2000).

2.2 Transtornos Alimentares

Os transtornos alimentares (TAs) são síndromes comportamentais, apresentados como transtornos e não como doenças, pois ainda não se conhece bem sua etiopatogenia (CLAUDINO; BORGES, 2002). Os sistemas que classificam

os transtornos mentais que são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) e a classificação Internacional de Doenças (CID-10) destacam dois principais tipos de transtornos a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa. A anorexia nervosa é um distúrbio alimentar que provoca perda de peso acima do que é considerado saudável; a bulimia nervosa é um distúrbio alimentar no qual a pessoa faz uma ingestão exagerada de alimentos, e em seguida provoca o próprio vômito ou uso de laxantes para impedir o ganho de peso. Mesmo sendo classificados de forma separada, esses dois transtornos se encontram intimamente ligados por apresentarem características psicológicas comuns que é a preocupação excessiva com seu peso e forma corporal. Essa preocupação leva estas pessoas a se submeterem a dietas extremamente restritivas ou até mesmo utilizarem outros métodos com utilização de remédios inapropriados tudo em busca do corpo ideal (BIGHETTI, CORDÁS, 2004)

Geralmente esses transtornos desenvolvem suas primeiras manifestações na infância e na adolescência, com dois picos de prevalência: aos 14 e aos 16 anos. Contudo, a fase inicial da adolescência, que vai dos 10 aos 14 anos, é considerada a mais atribulada em relação às mudanças físicas. Muitos especialistas da área de saúde concordam que os motivos que levam aos TAs têm origem emocional e raízes na infância (APPOLINÁRIO, CLAUDINO, 2000; CAMPOS, 2002).

2.3 Álcool

Devido a todas as influências psicossociais incidentes durante a fase da adolescência, muitos jovens tendem a aumentar o consumo de bebidas alcoólicas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica o álcool como a substância psicoativa mais consumida no mundo e também como droga de uso entre crianças e adolescentes. No Brasil o álcool é também apontado como a droga mais utilizada em qualquer faixa etária e seu consumo só aumenta entre os mais adolescentes, principalmente entre os jovens de 12 a 15 anos de idade e também por meninas. Uma pesquisa feita em 2004 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e constatou que 65% dos estudantes apontaram usar bebida alcoólica (OMS, 2001, 2004).

Apesar da alta prevalência de consumo de álcool por adolescentes, outros dois fatores são extremamente importantes a serem observados, como a idade de início do uso de álcool e a frequência de consumo. No Brasil, o início da ingestão de álcool está se tornando cada vez mais precoce, onde a idade média para o primeiro episódio de consumo está aos 12,5 anos.. (OMS, 2001,2004). Sendo assim quanto mais precoce é o uso de álcool, piores serão as consequências e maiores os riscos de desenvolver abuso e dependência desta droga (MELONI, LARANJEIRA, 2004). Quanto à frequência de consumo, foi visto que quanto mais os adolescentes bebem, tendem a beber de forma pesada, chegando até a apresentar episódios de abuso agudo, ou seja, beber cinco ou mais doses em uma única ocasião. Dessa forma, isso aumenta ainda mais o risco de outros grandes problemas sociais e de saúde incluindo doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não planejada, infarto do miocárdio, acidentes de trânsito, problemas comportamentais e violência (REBOUSSIN *et al.*2006).

Os adolescentes portadores de TAs podem também começar a fazer uso de bebidas alcoólicas, ocasionando uma redução no consumo de alimentos. Este consumo de álcool de forma excessiva causa prejuízos funcionais, afetando os processos de absorção e digestão dos alimentos nesses adolescentes (BARBOSA *et al.*, 2012).

A sensação anorexígenas promovida pelo uso do álcool é consequência da maior liberação da leptina, um hormônio anorexígeno que modula a saciedade diminuindo a vontade de comer. (BARBOSA *et al.*, 2012).

2.4 Escalas de Avaliação

A popularização da utilização de ferramentas digitais abre novas possibilidades para a realização de estudos epidemiológicos. Os questionários auto aplicativos disponíveis no formato digital pode ser usados para investigar qualquer temática, desde que seja atendida a condição de que o pesquisado e o pesquisador estejam familiarizados com os ambientes em que serão realizados (MONTEIRO,2005).

Para o diagnóstico de algum tipo de transtorno alimentar são utilizados escalas validadas que iram gerar um escore final e dessa forma será classificada os

sintomas e gravidades de TAs de acordo com uma referência. Dentre todas as escalas, ganham destaque o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo (BITE) e a escala Teste para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool (AUDIT) nos formatos desenvolvidos para o adolescente e validadas em população brasileira (MENDEZ, 1999; BIGHETTI *et al.*, 2004; XIMENES *et al.*, 2011).

A escala Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) é um questionário composto de 26 perguntas com as opções de respostas: sempre, muitas vezes, às vezes, poucas vezes, quase nunca e nunca (tipo Likert). Essa escala é utilizada para rastreamento de Transtornos alimentares em geral. Já a escala Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo (BITE) é um questionário composto de 33 perguntas com as opções de respostas entre SIM e NÃO. Essa escala é responsável pelo rastreamento de sintomas e gravidades de um tipo de transtorno alimentar específico chamado bulimia nervosa. E a escala Teste para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool (AUDIT) é um questionário composto de 10 perguntas com as opções de respostas que indicam a frequência do consumo de bebida alcoólica. É uma escala utilizada para rastreamento do consumo abusivo de álcool.

Sendo assim ao final de cada questionário é gerado um escore, onde o indivíduo será classificado de acordo com sua pontuação, podendo ou não estar dentro da margem de acometimento de algum tipo de transtorno alimentar ou identificado como consumidor abusivo de álcool.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Comparar a reprodutibilidade da aplicação das escalas AUDIT, EAT-26 e BITE por mecanismo de forma impressa e na forma de versão digital.

Objetivos Específicos:

- Construir aplicativos para tablet e celular contendo as escalas EAT-26, BITE e AUDIT;
- Descrever as características sociodemográficas da população estudada;
- Determinar a prevalência de sintomas de transtornos alimentares através da versão impressa e digital;
- Determinar a prevalência de alcoolismo através da escala impressa e digital;
- Comparar os métodos de aplicação dos questionários (versão impressa e digital).

4 MÉTODOS

Esta pesquisa está vinculado a um projeto aprovado pelo Programa Nacional de Pós-Doutorado da CAPES (PNPD/CAPES), intitulado de “Avaliação Multidisciplinar dos Transtornos Alimentares na Adolescência”, em vigência desde 2011, com término previsto para 2016. O projeto é desenvolvido pela bolsista de Pós-Doutorado Flávia Maria Nassar de Vasconcelos e supervisionado pelo Prof. Dr. Everton Botelho Sougey, do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento/UFPE. A orientadora deste subprojeto, Profa. Dra. Rosana Christine Cavalcanti Ximenes é pesquisadora integrante do projeto maior e líder do grupo de pesquisa “Comportamentos e transtornos alimentares”, credenciado ao CNPq, no qual os projetos estão vinculados.

4.1 - População, Amostra e Local de Estudo

A amostra foi composta por 60 alunos de uma escola estadual da cidade de Vitória de Santo Antão. A população de estudo foi adolescente de ambos os sexos, com idade entre 10 a 19 anos, matriculados no biênio 2014/2015, escolhidos aleatoriamente por sorteio. O cálculo amostral considerou 10% do valor da amostra do estudo maior.

Os testes foram respondidos na escola, em uma sala separada, no intervalo das aulas, apenas com a presença do pesquisador e do aluno.

4.2 - Coleta de Dados

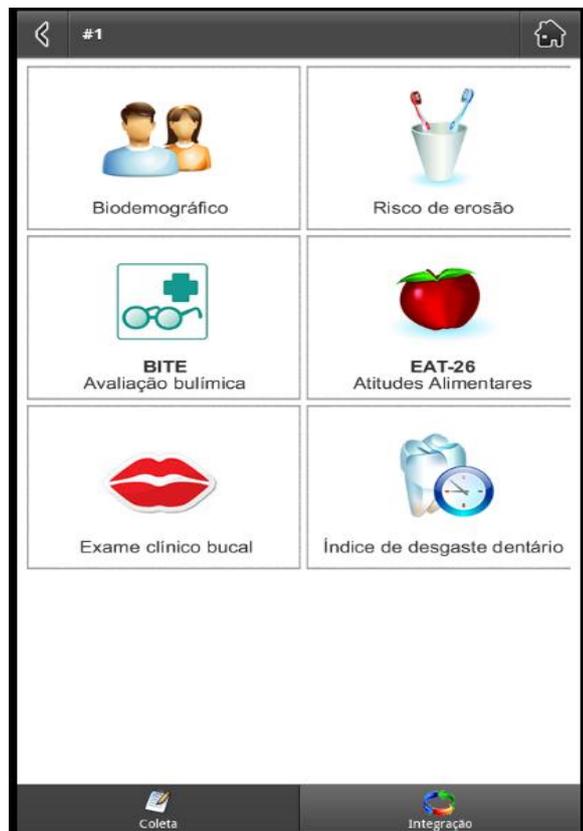
O aplicativo foi criado por profissionais da área de ciências da computação em parceria com o Núcleo de Telessaúde - NUTES – UFPE. Logo após a criação do aplicativo houve o treinamento do pesquisador na UFPE – Recife.

Os instrumentos de avaliação foram as escalas Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh (BITE) (anexo A), Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) (anexo B), Teste para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool (AUDIT) (anexo C) e o questionário biodemográfico (anexo D).

Cada participante foi submetido a uma avaliação com o método impresso e o método digital (tablete e celular).

Com a finalidade de verificar a confiabilidade teste-reteste, os instrumentos foram aplicados uma primeira vez, na versão impressa, por um pesquisador (examinador A) nos 60 adolescentes e, após sete dias, tempo recomendado por Henderson e Freeman (1987), aconteceu o reteste, onde 30 adolescentes foram reavaliados pelo examinador A na forma digital para tablet e 30, por outro pesquisador (examinador B), no celular. A disposição dos aplicativos das escalas para tablet e celular se encontra na figura 1.

Figura 1 – Disposição dos aplicativos na versão digital



Nutes, 2014

4.3 Análise dos Dados

Na análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas, percentuais das variáveis categóricas e as medidas estatísticas: média, desvio padrão e mediana para as variáveis numéricas. Para a comparação entre o tempo de preenchimento do formulário pelos dois métodos foi utilizado o teste de Wilcoxon para dados pareados. Para verificar o grau de concordância entre os dois métodos de avaliação foram obtidos os valores de kappa com intervalo de confiança e foi utilizado o teste de Mc-Nemar para a comparação entre os métodos.

Ressalta-se que a escolha do teste de Wilcoxon para dados pareados foi devido à ausência da hipótese de normalidade.

A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 21.

4.4 - Considerações Éticas

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE (nº do parecer: 236.169), (ANEXO D).

Todos os Participantes assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo.

Riscos: Este projeto não apresentou maiores dificuldades para a sua realização, devido ao fato de que os instrumentos que foram utilizados para a sua realização são de fácil obtenção e baixo custo. Sendo assim, esta pesquisa foi caracterizada como risco mínimo.

Benefícios: O adolescente que apresentou sintomas de algum tipo de TAs foi encaminhado para o ambulatório de psiquiatria do Hospital das Clínicas – UFPE.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade média dos pacientes analisados foi de 15,08 anos \pm 2,15 anos, com mediana de 15,00 anos.

Na Tabela 1 se apresenta os resultados dos 60 participantes da pesquisa onde se destaca que: a maioria tinha 15 a 19 anos (68,3%); 60,0% eram do sexo feminino; 91,7% tinham irmãos e entre estes, os percentuais dos que eram caçulas, intermediários e mais velhos foram 30,0%, 28,3% e 33,3%, respectivamente. Em relação à escolaridade se observa que o maior percentual (30,0%) correspondeu aos que tinham fundamental I, seguido dos que tinham fundamental II e ensino médio, cada um com 23,3% e os responsáveis pelos alunos apresentaram percentuais de 16,7% e 6,7% analfabetos e com ensino superior foram.

Em relação a quantas pessoas haviam na casa, se constatou que 23,3% apresentavam 3 pessoas, 38,3% possuíam 4 pessoas e 23,3% cinco ou mais pessoas. As duas classes sociais mais frequentes foram: C1 e C2 com 38,3% e 30,0%.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes analisados segundo os dados sócio demográficos.

Variável	n	%
TOTAL	60	100,0
• Faixa etária		
11 a 14	19	31,7
15 a 19	41	68,3
• Sexo		
Masculino	24	40,0
Feminino	36	60,0
• Irmãos		
Sim	55	91,7
Não	5	8,3
• Lugar que ocupa em relação aos irmãos		
Não tem	5	8,3
Caçula	18	30,0
Intermediário	17	28,3
Mais velho	20	33,3
• Escolaridade do responsável		
Analfabeto	10	16,7
Fundamental I	18	30,0
Fundamental II	14	23,3
Médio	14	23,3
Superior	4	6,7
• Número de pessoas na casa		
Até 3	14	23,3
4	23	38,3
5 ou mais	23	38,3
• Número de cômodos da casa		
Até 3	20	33,3
4 a 6	24	40,0
7 ou mais	16	26,7
• CCEB		
B1 + B2	12	20,0
C1	23	38,3
C2	18	30,0
D	7	11,7

Nas Tabelas 2 a 5 se apresentam os resultados das escalas EAT-26, BITE (sintomas e gravidade) e AUDIT.

Da Tabela 2 se destaca que: dos 60 pesquisados, 36 foram submetidos aos dois testes (EAT-26 impresso e EAT-26 digital); em 1/4 cada método foi classificado como positivo pelo EAT-26 e não se comprova diferença significativa entre os dois métodos ($p > 0,05$). Foi registrada em 77,8% de concordância correspondendo a 28 participantes e o valor do kappa foi moderado.

Tabela 2 – Avaliação da sintomatologia de transtornos alimentares segundo o EAT-26 impresso, comparado ao EAT-26 digital.

Variável	EAT		EAT digital		Valor de p	Concordância		IC à 95%
	n	%	n	%		Observada	Kappa	
TOTAL	36	100,0	36	100,0		28	77,8	0,41
Positivo	9	25,0	9	25,0	$p^{(1)} = 1,000$			
Negativo	27	75,0	27	75,0				

(1): Através do teste de McNemar.

Para 35 pesquisados que responderam ao BITE, se dispunha dos resultados das duas formas de avaliação e para estes se verifica que o maior percentual em cada método correspondeu aos que não apresentavam sintomas de Bulimia Nervosa (Tabela 3). Ressalta-se que: 35 foram submetidos aos dois testes (BITE impresso e BITE digital), sendo a maioria considerada sem sintomas (62,8% pelo BITE impresso e 65,7% pelo BITE digital). O segundo maior percentual correspondeu aos classificados com escore médio e não se comprova diferença significativa entre os dois métodos em relação aos resultados dos sintomas no BITE ($p > 0,05$). Foi registrada a concordância em 65,7%, correspondendo a 23 participantes e o valor do kappa igual a 0,28 pode ser considerado baixo.

Tabela 3 – Avaliação dos sintomas de Bulimia Nervosa pelo BITE impresso (SINBITE), comparado ao BITE digital.

Variável	SINBITE		SINBITE digital		Valor de p	Observada n	Concordância Kappa	(IC à 95%)
	n	%	n	%				
TOTAL	35	100,0	35	100,0		23	65,7	0,28 -0,02 a 0,58
Sem sintomas	22	62,8	23	65,7	$p^{(1)} = 0,572$			
Escore médio	12	34,3	11	31,4				
Escore elevado	1	2,9	1	2,9				

(1): Através do teste de McNemar.

Os resultados da gravidade do BITE impresso e digital mostram que a maioria (77,1% em cada método, foi classificada sem sintomas de gravidade) e o mesmo percentual (17,1%) foi classificado com escore médio e não se comprova diferença significativa ($p > 0,05$). A concordância ocorreu em 24 (68,6%), o valor do kappa foi 0,16, sendo considerado baixo (TABELA 4).

Tabela 4 – Avaliação da gravidade de sintomas de Bulimia Nervosa pelo BITE impresso (GRABITE), diferenciando do BITE digital.

Variável	BITE		BITE digital		Valor de p	Observada N	Concordância Kappa	(IC à 95%)
	n	%	n	%				
TOTAL	35	100,0	35	100,0		24	68,6	0,16 -0,15 a 0,46
Sem sintomas	27	77,1	27	77,1	$p^{(1)} = 0,688$			
Escore médio	6	17,1	6	17,1				
Escore elevado	2	5,7	2	5,7				

(1): Através do teste de McNemar.

Apenas um participante foi considerado como AUDIT positivo em cada método, sem comprovação de diferença significativa entre os grupos. A concordância observada foi 94,4%, entretanto, o valor do kappa foi negativo, conforme resultados contidos na Tabela 5.

Tabela 5 – Avaliação dos sintomas de alcoolismo segundo o AUDIT impresso, comparado ao AUDIT digital.

Variável	AUDIT		AUDIT digital		Valor de p	Observada	Concordância Kappa	(IC à 95%)
	n	%	n	%		N	%	
TOTAL	36	100,0	36	100,0		34	94,4	-0,03
Positivo	1	2,8	1	2,8	$p^{(1)} = 1,000$			
Negativo	35	97,2	35	97,2				

(1): Através do teste de McNemar.

Entre os muitos fatores responsáveis pelas mudanças que tem ocorrido na sociedade, estão: a Revolução Digital; a nova organização em rede de diversas esferas (sociedades, instituições, empresas, grupos de solidariedade, relacionamentos e outros); a crescente mobilidade (real e/ou virtual) de grandes parcelas da população mundial; a volatilidade ou fluidez de muitos elementos da vida social e individual (a começar pelo próprio capital) e o incremento acentuado do processo de globalização, dentre outros. Muitas das coisas que tínhamos como estáveis e sólidas ao longo do século XX provaram ser frágeis ou passageiras. Muitas certezas deram lugar ao completamente desconhecido. No contexto geral, passou a vigorar um paradoxo: um *estado de mudanças constantes* que gera sucessivas levas de indagações (NICOLACI-DA-COSTA, ROMAO-DIAS, DI LUCCIO, 2009).

A necessidade de explorar os diversos aspectos das transformações que não param de ocorrer provocou uma profunda transformação no cenário das pesquisas nas ciências sociais e humanas (JODELET, 2003), atualmente também nas ciências da saúde. Dentre essas mudanças, se encontram o uso da tecnologia como inovação na pesquisa científica.

O uso de ferramentas tecnológicas em pesquisa foi relatado no estudo de Monteiro et al. (2005), que mostraram que o sistema de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis a partir de entrevistas telefônicas pode alcançar bom desempenho em áreas urbanas brasileiras semelhantes a São Paulo, seja quanto a aspectos relacionados à representatividade da amostra de indivíduos estudados, seja quanto ao custo e agilidade do sistema.

Com o advento da difusão da Internet, muitas das conversas cotidianas migraram para ambientes on-line, que se tornaram cada vez mais atraentes e frequentados. Tal migração justifica que a conversa informal digitada on-line seja tomada como modelo para entrevistas igualmente informais e igualmente digitadas on-line nos ambientes nos quais elas comumente ocorrem (NICOLACI-DA-COSTA, ROMAO-DIAS, DI LUCCIO, 2009).

Nesta pesquisa, vimos que a resposta dos adolescentes aos instrumentos foi tida como semelhante, independente da forma de aplicação (impressa ou digital). Tratando-se de problemas como o alcoolismo e os transtornos alimentares, que apresentam características de omissão de comportamentos, foi observada uma maior adesão dos participantes a forma digital. Além disso, o tempo de resposta foi duas vezes mais rápida quando realizada na versão para tablet e celular, comparada a impressa. Dessa forma, comprova-se que a versão digital pode ser um excelente método para ser aplicada em estudos populacionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez que não foi verificada diferenças nos escores entre a aplicação dos questionários EAT-26, BITE e AUDIT nas formas impressas e digitais e que a versão digital apresenta maior velocidade de aplicação e menor impacto ambiental, podemos sugerir a aplicação da versão digital para substituição da versão impressa. É válido salientar que nem todas as regiões do Brasil dispõem de condições financeiras para investir na aquisição de tablets, entretanto, como esta versão digital pode ser aplicada via telefone celular, a barreira da ausência de tablete pode ser superada.

REFERÊNCIAS

BIGHETTI, F. *et al.* Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. São Paulo - SP, v.53, n.6, p.339-346, 2004.

CORDÁS, T.A. *et al.* Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo - SP. v.31, n.4, p.154-157, 2004.

MELONI, J.N; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo - SP. v.26, n.1, p.7-10, 2004.

MENDEZ, B.E. **Uma versão brasileira do AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test**. 1999. f 128. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pelotas, Centro de Pesquisas Epidemiológicas – Departamento de Medicina Social, Pelotas, 1999.

MONTEIRO, C.A. *et al.* Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Revista Saúde Pública**. São Paulo - SP, v.39, n.1, p.47-57, 2005.

NICOLACI-DA-COSTA, A.M.; ROMAO-DIAS, D.; DI LUCCIO, F. Uso de entrevistas on-line no método de explicitação do discurso subjacente (MEDS). **Psicologia Reflexão e Crítica**. Rio Grande do Sul - RS, v.22, n.1, p. 36-43, 2009.

NUNES, M. A. *et al.* Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT-26). **Revista Associação Brasileira de Psiquiatria and Asociación Psiquiátrica de América Latina**. São Paulo - SP, v.16, p.7-10, 1994.

NUTES. **Aplicativo para tablet e celular contendo as escalas AUDIT, BITE e EAT-26**. Recife – PE. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório de status global: álcool e os jovens**. Genebra: OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre álcool**. Genebra: OMS, 2004.

PEIXOTO, M.R.G. *et al.* Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro - RJ, v. 6, n. 24, p.1323-1333, 2008.

RAMIS, T.R.; et al. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associado. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo – SP, v.15, n.2, p.376-385, 2012.

REBOUSSIN, B.A. *et al.* **A análise de classe latente de menores de idade problema com a bebida: evidência de uma comunidade amostra de 16-20 anos de idade.** 2012. 175 f. Tese (Doutorado) em Doutor em Ciências, Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem – Universidade de São Paulo.

ROBINSON, T.N.;CHEN, H.L.; KILLEN.J.D. Television and music video exposure and risk of adolescent alcohol use. **Pediatrics**. Canadá – EUA, v.102, n.5, p 6-54. 1998.

STRAUHL,E.S et al. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. São Paulo. **Revista de saúde pública**. São Paulo – SP, v.43, n.4, p.647-655

VIEIRA, D.L. *et al.* Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. **Revista Saúde Pública**. São Paulo – SP, v.41, n.3. 2007

XIMENES, R.C.C. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade na adolescência.** Curitiba-PR: CRV, 2012. 152p.

XIMENES, R.C.C. et al. Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes. **Arquivo Brasileiro em Psicologia**, Rio de Janeiro – RJ, v.63, n.1, p.52-63, 2011.

XIMENES,R.C.C. **Transtornos alimentares de ordem comportamental e repercussão sobre a saúde bucal na adolescência.** 2008. 188 f. Tese (Doutorado) em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento – Universidade Federal de Pernambuco.

ANEXO A – Questionário BITE

Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE								
01	Você segue um padrão regular de alimentação?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
02	Você costuma seguir dietas de forma rigorosa?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
03	Você considera um fracasso quebrar a dieta uma vez?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
04	Você conta as calorias de tudo o que come, inclusive quando não está de dieta?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
05	Você, de vez em quando, fica sem se alimentar por um dia inteiro? (Se a resposta for NÃO vá para a questão 07! Se for SIM, siga para a questão 06.)						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
06	Se sua resposta foi SIM para a questão 05, com que frequência você fica sem se alimentar por um dia inteiro?						Dia sim, dia não (5) 2-3 vezes por semana (4) Uma vez por semana (3) De vez em quando (2) Apenas uma vez (1)	
PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE À SUA RESPOSTA AQUI (____).								
07	Utiliza algum dos seguintes métodos para perder peso? Com que frequência?							
	Nunca	Raramente	Uma vez/semana	Dois ou três vezes/semana	Diariamente	Dois ou três vezes/dia	Cinco vezes/dia	
08	Os seus hábitos alimentares atrapalham sua vida?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
09	Você diria que a comida "domina" a sua vida?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
10	De vez em quando, você come até sentir-se mal fisicamente e ter que parar?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
11	Há momentos em que você SO consegue pensar em comida?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
12	Você come moderadamente em frente aos outros e, em compensação, exagera quando está sozinho?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
13	Você sempre consegue parar de comer quando quer?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
14	Você, de vez em quando, sente um desejo incontrolável de comer sem parar?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
15	Quando você está ansioso(a), tende a comer muito?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
16	A ideia de ficar gordo(a) apavora ?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
17	Você, de vez em quando, come rapidamente grandes quantidades de alimento (fora das refeições)?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
18	Você, alguma vez, sentiu vergonha de seus hábitos alimentares?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
19	O fato de você não conseguir se controlar para comer o(a) preocupa?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
20	Você busca na comida um conforto emocional?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
21	Você costuma deixar comida no prato ao final de uma refeição?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
22	Você engana os outros sobre o quanto come?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
23	A quantidade que você come é proporcional à fome que sente?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
24	Você já se alimentou de grande quantidade de alimentos em pouco tempo? (Se a resposta for NÃO vá para a questão 28! Se for SIM, siga para a questão 25)						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
25	Esse episódio o deixou deprimido?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
26	Esses episódios acontecem apenas quando você está sozinho(a)?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
27	Com que frequência esses episódios acontecem?						Quase nunca (1) Uma vez por mês (2) Uma vez por semana (3) Duas ou três vezes por semana (4) Diariamente (5) Duas ou três vezes por dia (6)	
PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE À SUA RESPOSTA AQUI (____).								
28	Você faria grandes sacrifícios para satisfazer uma vontade incontrolável de comer?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
29	Se você comer demais, sente-se muito culpado(a) por isso?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
30	Você, de vez em quando, come escondido?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
31	Você consideraria seus hábitos alimentares normais?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
32	Você se consideraria uma pessoa que come em exagero e não consegue parar?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
33	Seu peso aumenta ou diminui mais que 2kg em uma semana?						<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

ANEXO B – Questionário EAT-26

Por favor, responda às seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1. Fico apavorado com a <u>idéia</u> de estar engordando						
2. Evito comer quando estou com fome						
3. Sinto-me preocupado com alimentos						
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar						
5. Corto meus alimentos em pequenos pedaços						
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como						
7. Evito particularmente os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas etc.)						
8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais						
9. Vomito depois de comer						
10. Sinto-me extremamente culpado depois de comer						
11. Preocupo-me com o desejo de ser mais magro						
12. Penso em queimar calorias quando me exercito						
13. As pessoas me acham muito magro						
14. Preocupo-me com a <u>idéia</u> de haver gordura em meu corpo						
15. Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas						
16. Evito comer alimentos que contenham açúcar						
17. Costumo comer alimentos dietéticos						
18. Sinto que os alimentos controlam a minha vida						
19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos						
20. Sinto que os outros me pressionam para comer						
21. Passo muito tempo pensando em comer						
22. Sinto desconforto após comer doces						
23. Faço regimes para emagrecer						
24. Gosto de sentir meu estômago vazio						
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias						
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições						

ANEXO C – Questionário AUDIT

Questionário AUDIT

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? *[Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]*

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semanas
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por you ter bebido?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

ANEXO D – Questionário Biodemográfico Segundo Critério De Classificação
Econômica (ABEP, 2013)

	Quantidade de Itens				
					4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					
	Grau de Instrução do chefe de família				
Analfabeto / Fundamental 1					

Completo	
Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	
Fundamental 2 Completo / Médio Incompleto	
Médio Completo / Superior Incompleto	
Superior Completo	

Sistema De Pontos – CCEB, 2013

Posse de Itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do Chefe da Família

Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior Completo	8

Cortes Do Critério Brasil

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

ANEXO E- Carta de aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA

Pesquisador: Flávia Maria Nassar de Vasconcelos

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 05628612.6.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 236.169

Data da Relatoria: 05/04/2013

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria inicial.

Recomendações:

Indicado na relatoria inicial.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, através da PLATAFORMA BRASIL ou por meio de ofício impresso emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE.

RECIFE, 03 de Abril de 2013

Assinador por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)