

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Comportamentos Alimentares Inadequados Durante a
Gestação: prevalência e fatores associados em amostra de
serviços públicos de saúde no sul do Brasil.**

Rafael Marques Soares

Orientador: Prof. Dr. Bruce Bartholow Duncan

Co-orientador: Prof^ª.dr^ª. Maria Angélica Nunes

Porto Alegre, março de 2007

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Comportamentos Alimentares Inadequados Durante a
Gestação: prevalência e fatores associados em amostra de
serviços públicos de saúde no sul do Brasil.**

Rafael Marques Soares

Orientador: Prof.Dr. Bruce Bartholow Duncan

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.

2007

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Inês Schmidt Programa de Pós-Graduação em epidemiologia,
Universidade federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dra. Maria Teresa Anselmo Olinto – Programa de Pós-Graduação em saúde
coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Prof. Dra. Andréa Dâmaso Bertoldi – Programa de Pós-Graduação em saúde
coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

MENSAGEM E DEDICATÓRIA

“Um cientista nunca procura provar coisa alguma

Tenta apenas encontrar a verdade dos fatos”.

Stefansson, Vilhjalmur

**Dedico este trabalho aos meus pais,
pois se nunca precisei de ídolos,
foi porque os tinha em casa ao meu lado.**

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. Bruce Bartholow Duncan, agradeço pela atenção e convívio. E por ter recebido muito mais que uma orientação de mestrado, aprendi que o conhecimento deve ser compartilhado com simplicidade e humildade.

Aos professores Dra. Maria Inês Schmidt e Dr. Bruce Bartholow Duncan, que estenderam suas mãos e carinhosamente cuidam do ECCAGe e encontram em suas vidas de ilustres pesquisadores, tão repleta de compromissos, o tempo necessário para dar sua preciosa e inigualável contribuição a este estudo.

A professora Dra. Maria Angélica Nunes por todas as portas que não hesitou em abrir, pela preciosa orientação e confiança a mim dedicada, não só neste trabalho, mas em todos os aspectos do meu crescimento como pessoa, pesquisador e profissional.

A Prof. Dra. Suzi Camey pelo tempo dedicado à análise estatística e o enriquecimento deste trabalho com sua genialidade.

Aos professores Dr. Sotero Serrate Mengue, Dr. Erno Harzheim e Dr. Otávio Berwanger, que me ofereceram mais do que ensinamentos, foram amigos aos quais recorri em momentos que precisei de ajuda.

A professora Maria Teresa Olinto responsável pelo início de minha paixão por pesquisa e epidemiologia, as professoras Andréa Dâmaso Bertoldi e Maria Inês Schmidt por darem continuidade a ela. E por prontamente aceitarem dedicar seu tempo e atenção a esta dissertação.

Ao programa de Pós-Graduação em Epidemiologia pela qualidade de ensino que proporcionam aos alunos e cuja estrutura e disponibilidade deram suporte para a realização deste trabalho.

Aos meus queridos colegas de mestrado pelo ótimo convívio e a oportunidade de fazer novas e boas amizades.

A Gabriela Feiden, Juliana Feiden e Fernando Feiden por serem incansáveis e sempre dispostos a ajudar.

Ao extraordinário Grupo de Pesquisa ECCAGe, pelo convívio, apoio, aprendizado, favores e palavras de incentivo.

A todas as entrevistadoras pela dedicação e entendimento de sua importância para a realização deste projeto.

Aos meus queridos colegas do GEATA (Grupo de estudos e Assistência em Transtornos Alimentares) pelos imprescindíveis ensinamentos sobre o tratamento de transtornos alimentares e pela paciência e compreensão com a minha ausência.

Aos meus novos colegas do Instituto de Medicina Vascular pela compreensão com meu momento como acadêmico.

A Letícia, pelo carinho com que entendeu as horas de ausência, pois sabia que esta etapa é parte de um grande sonho meu, e por mais uma vez estar ao meu lado em momentos importantes da minha vida sejam eles tristes ou felizes.

Ao meu irmão pelo seu jeito único de me apoiar.

A meus pais, pelo carinho, atenção, educação e oportunidades, e hoje em especial a minha mãe pelo apoio incondicional.

SUMÁRIO

MENSAGEM E DEDICATÓRIA.....	4
AGRADECIMENTOS.....	5
ABREVIATURAS E SIGLAS.....	8
LISTA DE QUADROS E TABELAS	9
APRESENTAÇÃO	10
REVISÃO DA LITERATURA.....	11
1. INTRODUÇÃO.....	12
2. RECOMENDAÇÕES PARA GANHO DE PESO GESTACIONAL	13
3. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS NA GESTAÇÃO.....	14
3.1 QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR (QFA)	16
4. COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS.....	17
4.1 AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA – PRIME-MD.....	19
5. GRAVIDEZ E IMAGEM CORPORAL	20
6. EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR	21
6.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NO BRASIL	23
7. TRANSTORNOS ALIMENTARES NÃO ESPECÍFICOS (TANE).....	24
7.1 COMPORTAMENTOS ALIMENTARES INADEQUADOS NA GESTAÇÃO	25
8. INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	27
8.1 QUESTIONÁRIOS DE AUTO-APLICAÇÃO	27
8.2 ENTREVISTAS CLÍNICAS	28
9. EATING DISORDERS EXAMINATION QUESTIONNARIE – EDE-Q.....	30
10. CONCLUSÕES	31
REFERÊNCIAS	32
OBJETIVOS.....	36
ARTIGO.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
ANEXO I – PROJETO DE PESQUISA.....	61
ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	73
ANEXO III - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA.....	75
ANEXO IV – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	76
ANEXO V – QUESTIONÁRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE	98
ANEXO VI – MANUAL DE INSTRUÇÕES.....	100
ANEXO VII – RELATÓRIO TRABALHO DE CAMPO	140

ABREVIATURAS E SIGLAS

EDE - *Eating Disorders Examination Questionnaire*

EDE-Q - *Eating Disorder Examination Questionnaire*

IMC – Índice de Massa Corporal

IOM – *Institute of Medicine*

PRIME –MD - *The primary care evaluation of mental disorders*

VET – Valor Energético Total

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Recomendação de ganho de peso (em kg) na gestação segundo estado nutricional inicial.....	12
Tabela 1 – Características de 515 gestantes atendidas em serviços públicos em duas cidades do sul do Brasil, 2006.....	55
Tabela 2 – Prevalência de transtornos alimentares e comportamentos alimentares inadequados em 515 gestantes atendidas em serviços públicos em duas cidades do sul do Brasil, utilizando o EDE-Q, 2006.....	56
Tabela 3 – Fatores associados à compulsão alimentar durante a gestação em 515 gestantes atendidas em serviços públicos em duas cidades do sul do Brasil, 2006.....	57

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação intitulada “Comportamentos Alimentares Inadequados Durante a Gestação: prevalência e fatores associados em amostra de serviços públicos de saúde no sul do Brasil” é uma das exigências do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de mestre. Faz parte de um projeto maior do grupo de pesquisa Estudo do Consumo e Comportamento Alimentar em Gestantes – ECCAGE, intitulado “**Medida do Padrão de Consumo Alimentar, Prevalência de Transtornos Mentais e Violência em uma Amostra de Gestantes**” arroladas entre agosto de 2006 a março de 2007, em 10 Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre e em 8 Unidades Básicas de Saúde e Centro de Referência Materno Infantil de Bento Gonçalves, RS. O questionário aplicado é o Questionário de Investigação de Transtornos Alimentares (EDE-Q), acompanhado de questões sócio demográficas, de questões sobre violência sofrida pela gestante, do Questionário de Frequência Alimentar e do Questionário de Avaliação de Transtornos Mentais para Atenção Primária (PRIME-MD).

Inicialmente é feita uma revisão da literatura, que aborda recomendações do ganho de peso gestacional, gravidez e Imagem Corporal, epidemiologia dos Transtornos do Comportamento Alimentar com ênfase em dados epidemiológicos brasileiros. Também são descritos os conceitos de comportamentos alimentares inadequados e transtornos alimentares não específicos, com ênfase na gestação, bem como os instrumentos usados para avaliá-los em específico o utilizado na presente pesquisa, o *Eating Disorders Examination Questionnaire – EDE-Q*. A seguir são apresentados os objetivos da dissertação e o artigo científico com resultados preliminares, pois o término da coleta do projeto coordenado pelo grupo ECCAGE ocorrerá trinta dias após a defesa desta

dissertação. Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa apresentado anteriormente ao Programa, estão disponíveis nos anexos.

REVISÃO DE LITERATURA

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um período crítico, no qual o estado físico e mental materno influencia diretamente tanto a saúde da mãe, quanto do feto. A *American Dietetic Association* recomenda que as mulheres em idade reprodutiva mantenham um bom estado nutricional, através de um estilo de vida que promova a saúde materna e reduza o risco de problemas para o bebê (Kaiser & Allen, 2002). A gestação por ocorrer primariamente em mulheres jovens, configura-se como situação de risco para comportamentos alimentares inadequados, sendo as gestantes adolescentes as que apresentam maior susceptibilidade a esses problemas (Chen & Jin, 1996; Rondo Souza, Moraes, & Nogueira, 2004).

Na maior parte das regiões do Brasil praticamente inexiste informações confiáveis a respeito do padrão de consumo e comportamento alimentar das gestantes, considerando a importância dos nutrientes no desfecho da gestação e saúde do recém nascido. Sabe-se que comportamentos alimentares inadequados costumam estar associados a outros sintomas psiquiátricos, que podem ser desencadeados ou mesmo agravados em ambiente hostis e agressivos (Godart, Flament, Lecrubier, & Jeammet, 2000). Os comportamentos alimentares inadequados e outros sintomas psiquiátricos afetam o consumo alimentar (Delvenne, *et al.*, 1997).

A existência de instrumentos capazes de medir o comportamento alimentar torna factível e útil essa investigação (Cordás & Neves, 1999). Assim, o conhecimento sobre o consumo e comportamento alimentar das gestantes pode colaborar para o planejamento adequado de políticas de saúde e condutas eficazes na prática clínica, auxiliando na identificação dos grupos de maior risco para deficiências nutricionais.

A caracterização desses problemas na gestação permitirá o desenvolvimento de estudos de viabilidade da implantação de rotina de triagem no pré-natal, bem como de intervenções no período pré e pós-parto com o intuito de melhorar o estado nutricional das gestantes. Embora os procedimentos sejam factíveis, e isentos de risco, até o momento se desconhece estudos que tenham feito esta avaliação na gestação no Brasil.

2. RECOMENDAÇÕES PARA GANHO DE PESO GESTACIONAL

O ganho de peso recomendado atualmente (Institute of Medicine, American College of Obstetricians and Gynecologist e Maternal and Child Health Bureau, Committee on Maternal Nutrition) varia de acordo com o estado nutricional pré-gestacional, calculado a partir do Índice de Massa Corporal - IMC (kg/m^2) (IOM, 1992). O ganho de peso para mulheres pré-obesas e obesas deve ser menor do que mulheres com baixo peso conforme demonstra o Quadro 1.

Quadro 1 – Recomendação de ganho de peso (em kg) na gestação segundo estado nutricional inicial.

IMC Pré-gestacional	Ganho total no 1º trimestre - kg	Ganho semanal 2º e 3º trimestre - kg	Ganho total na gestação - kg
Baixo Peso IMC < 19,8	2,3	0,5	12,5 – 18
Peso Adequado IMC 19,8 – 26,0	1,6	0,4	11,5 – 16
Pré-obesidade IMC 26,1 a 29,0	0,9	0,3	7 – 11,5
Obesidade IMC > 29,0		0,3	7

Fonte: IOM, 1992

Conforme a *American Dietetic Association*, as recomendações de ganho de peso do *IOM* se relacionam a melhor evolução da gestação (Kaiser & Allen, 2002). Em uma revisão dos estudos publicados entre 1990 e 1997, que analisaram o ganho de peso

recomendando pelo *IOM* em mulheres que iniciaram a gestação com peso normal, não foram identificadas evidências de que esta recomendação de ganho de peso possa ser prejudicial para mães ou bebês. Os estudos indicam maior risco para baixo peso ao nascer e prematuridade quando o ganho de peso gestacional ocorre abaixo da recomendação, bem como maior risco de macrosomia, cesárea e retenção de peso quando o ganho de peso excede às recomendações (Abrams, Altman, & Pickett, 2000). A gravidez é um fator de vulnerabilidade para mulheres adquirirem sobrepeso e/ou obesidade. Pesquisa realizada por Linne (Linne, Barkeling, & Rossner, 2002), encontrou que 73% de 128 mulheres de uma unidade para tratamento de obesidade haviam retido mais de 10 kg após cada uma de suas gravidezes.

Sabe-se que muitas mulheres não mantêm um bom estado nutricional antes, durante e após a gestação. Estudos realizados em países desenvolvidos indicam consumo abaixo do recomendado para vários micronutrientes em mulheres em idade reprodutiva (Kaiser & Allen, 2002). Por outro lado, atualmente, muitas mulheres iniciam a gestação com sobrepeso (cerca de 19% a 38%), e apenas 30% a 40% apresentam ganhos de peso de acordo com as recomendações (Kaiser & Allen, 2002). Nucci, 2001, ao estudar mais de 3000 gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde em seis capitais brasileiras observou que menos de 1/3 obteve ganho de peso adequado (Nucci, *et al.*, 2001).

3. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS NA GESTAÇÃO

A partir de 2001, o *Food and Nutrition Board (FND)* publicou um conjunto de quatro valores de referência que correspondem a estimativas quantitativas de ingestão de nutrientes, estabelecidas para serem utilizadas no planejamento e avaliação das dietas de indivíduos saudáveis em um grupo. Estes valores, denominados de *Dietary Reference*

Intake (DRI), representam uma nova abordagem e um importante avanço, pois contemplam a preocupação contemporânea com a qualidade de vida (Amaya-Farfan, Domene, & RM., 2001; Fisberg, Slater, Marchioni, & Martini, 2005).

Os quatro valores de referência são 1) *RDA - Recommended Dietary Allowance*, ou “Recomendações de Doses ou Cotas Alimentares”; 2) *AI – Adequate Intake*, ou “Ingestão Adequada”; 3) *UL – Tolerable Upper Intake Level* ou “Limite de Ingestão Máxima Tolerável”; 4) *EAR (Estimated Average Requirement* ou “Estimativa do Requerimento Médio”. (Amaya-Farfan, *et al.*, 2001; Fisberg, *et al.*, 2005).

As recomendações para a ingestão dos nutrientes são expressas em categorias de acordo com os estágios da vida. As categorias são: Gestação e Lactação; Primeira Infância (do nascimento até 12 meses); Infância (de 1 a 3 anos de idade); Pré-escolar (de 4 a 8 anos de idade); Puberdade (de 9 a 18 anos); Adulto Jovem (19 a 30 anos); Adultos (31 a 51 anos); meia idade e idosos (de 51 a 70 e a partir dos 70 anos). As recomendações para gestantes e nutrizes são diferentes de acordo com a faixa etária, subdividindo-se em menores de 18 anos, 19 a 30 anos e 31 a 50 anos (Fisberg, *et al.*, 2005).

Conforme a *American Dietetic Association*, as necessidades energéticas adicionais durante o 2º e 3º trimestre gestacional são de 300 kcal/dia em adultos e adolescentes com mais de 14 anos. Assim, a maioria das mulheres necessita de aproximadamente 2500 a 2700kcal/dia.

O consumo adequado de alimentos é um dos fatores que determinarão se a gestante atingirá o ganho de peso e as recomendações nutricionais que se relacionam aos melhores desfechos tanto para ela quanto para o bebê. Porém, sabe-se que o consumo alimentar é afetado por fatores não só fisiológicos, como também psicológicos, econômicos, sociais e culturais (Feig & Naylor, 1998).

3.1 Questionário de Frequência Alimentar (QFA)

Está amplamente documentado que o Questionário de Frequência Alimentar é considerado o mais prático e informativo método de avaliação da ingestão dietética, sendo fundamentalmente importante em estudos epidemiológicos que relacionam a dieta com a ocorrência de doenças crônicas não-transmissíveis (Fisberg, *et al.*, 2005; Lopes, Caiaffa, Mingoti, & Lima-Costa, 2003; Slater, Philippi, Fisberg, & Latorre, 2003; Willett, 1994; Zulkifli & Stella, 1992).

O questionário de frequência alimentar consiste de uma lista de alimentos onde a frequência média de consumo é determinada, referente a um período de tempo (semana, meses, ano) (Zulkifli & Stella, 1992). É definido como “um questionário que apresenta uma lista de alimentos ao entrevistado, e lhe é solicitado dizer à frequência que consome cada item em termos de vezes por dia, semana ou mês. Os alimentos para compor a lista são geralmente escolhidos por objetivos específicos de um estudo, podendo não avaliar a dieta total” (Cade, Thompson, Burley, & Warm, 2002).

Inicialmente, o questionário de frequência alimentar foi desenvolvido para descrever padrões ou hábitos alimentares e não ingestão de nutrientes. No Brasil, diversos estudos foram realizados nos últimos anos, sob esta perspectiva (Alves, Olinto, Costa, Bairros, & Balbinotti, 2006; Castro, Kac, & Sichieri, 2006; Henn, 2006; Sichieri, 2002).

Comparado com outros métodos, o questionário de frequência alimentar requer menor especialização do entrevistador e pode ser aplicado em entrevista pessoa a pessoa, por telefone, correio ou ainda ser auto-administrado. Essas vantagens se traduzem em baixo custo e maior rapidez na análise dos resultados, quando comparado a registros e recordatórios, fatores importantes em especial para estudos epidemiológicos com grande número de indivíduos (Fisberg, *et al.*, 2005; Zulkifli & Stella, 1992).

O questionário de frequência alimentar, assim como o recordatório alimentar, mede o consumo habitual, sem alterar o mesmo, considerando-se que avalia o consumo que já ocorreu (método retrospectivo). Oferece a possibilidade da correta estratificação dos resultados em quartis de consumo de nutrientes para a análise de tendências de risco, segundo o grau de exposição e as diferenças entre os níveis extremos da ingestão (Fisberg, *et al.*, 2005; Slater, *et al.*, 2003).

Entre as desvantagens, destaca-se que o desenho do instrumento requer esforço e tempo. Por ser um questionário fechado, onde os alimentos são previamente definidos, sua validade pode estar comprometida por uma lista incompleta ou excessiva, assim, deve ser testada a cada novo questionário (Fisberg, *et al.*, 2005; Lopes, *et al.*, 2003). Além disso, não é recomendado que um questionário elaborado em determinado país seja utilizado em outros países, a menos que os hábitos alimentares da população sejam muito semelhantes. O uso do QFA também não é recomendado em estudos que necessitem de absoluta precisão a respeito da ingestão de determinado nutriente (Cade, *et al.*, 2002).

Assim, o questionário de frequência alimentar poderá ser uma ferramenta útil nos estudos epidemiológicos sempre que o desenvolvimento deste seja cuidadosamente planejado. A escolha adequada tanto dos alimentos quanto das opções para avaliar frequência e quantidade são aspectos importantes, que posteriormente garantirão maior confiabilidade e precisão dos dados (Slater, *et al.*, 2003).

4. COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

Recentes estudos examinam a associação entre comportamentos alimentares inadequados e outras sintomatologias psiquiátricas.

Rowe et al (2002) em amostra de base populacional confirma e amplia achados prévios da associação entre sintomas bulímicos (compulsão alimentar, vômito auto-induzido, uso de laxantes e outros) com transtorno de ansiedade, depressão e transtorno de conduta (Bulik, Sullivan, & Kendler, 2002; Rowe, Pickles, Simonoff, Bulik, & Silberg, 2002). (Bulik, *et al.*, 2002) estudaram especificamente a associação entre compulsão alimentar e psicopatologia em amostra de mulheres obesas. A compulsão alimentar esteve fortemente associada com depressão e transtorno de ansiedade. Os resultados do estudo apontam que esta associação em indivíduos obesos é independente do peso.

Da mesma forma várias pesquisas mostram associação de transtorno alimentar e outros transtornos psiquiátricos: transtorno do humor, transtorno de ansiedade, uso de álcool etc (Grilo, 2002; O'Brien & Vincent, 2003). Similarmente estudos de seguimento reforçam achados anteriores que adolescentes com comportamentos alimentares inadequados e/ou com transtornos alimentares apresentam risco elevado de desenvolverem comorbidades psiquiátricas quando adultos. Ansiedade e depressão na adolescência estão associadas à sintomatologia anoréxica ou bulímica, bem como risco aumentado de vários tipos de comportamentos alimentares inadequados inclusive compulsão alimentar recorrente (Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2002; Johnson, Cohen, Kotler, Kasen, & Brook, 2002).

4.1 Avaliação de Transtornos Mentais para Atenção Primária – PRIME-MD

Transtornos mentais são comuns, incapacitantes e freqüentemente não reconhecidos na atenção primária à saúde. Poucos estudos examinaram gestantes, e na maioria se restringiram a pequenas amostras (Spitzer, Williams, Kroenke, Hornyak, & McMurray, 2000). Mulheres em geral têm um alto risco para depressão assim como outros transtornos mentais comuns (Spitzer, Kroenke, & Williams, 1999; Spitzer, Williams, Kroenke, Hornyak, & McMurray, 2000).

Para avaliar a presença destes transtornos mentais na atenção primária existe o instrumento *screening* denominado PRIME-MD - Avaliação de Transtornos Mentais para Atenção Primária (*The primary care evaluation of mental disorders*)(Spitzer, et al., 1994), que foi traduzido e validado para o português brasileiro (Fraguas, et al., 2006). O PRIME-MD é usado como *screening* para a presença de transtornos mentais em pacientes em atenção primária. O PRIME-MD originalmente abrange os diagnósticos de transtornos de humor, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, transtornos somatoformes e abuso de álcool ou transtorno de dependência. O PRIME-MD tem 2 componentes. O primeiro é o **Questionário do Paciente (QP)** constituído de uma página, que é auto preenchido pelo paciente. O QP consiste de 10 questões sim/não, uma a respeito da intensidade dos problemas e outra questão acerca de saúde global . O segundo componente do PRIME-MD é um **Guia de Avaliação Clínica (GAC)** que é perguntado pelo médico e/ou entrevistador, o qual é usado para obter informações adicionais das áreas de diagnóstico onde o paciente responde positivamente no QP.

5. GRAVIDEZ E IMAGEM CORPORAL

Comportamentos alimentares inadequados não muito são raros em mulheres na idade reprodutiva com prevalência superior a 4% quando incluímos mulheres com extrema preocupação com o peso e aparência corporal e padrões alimentares inadequados. A gestação por si tem um inevitável e complexo impacto nas atitudes com relação ao peso e aparência e nos comportamentos alimentares inadequados. Para muitas mulheres é o primeiro momento que experimentam importantes mudanças corporais desde a puberdade. Existe evidencia que mulheres grávidas geralmente aceitam esta mudança corporal e fazem poucos esforços em controlá-las. Entretanto outras podem expressar sentimentos negativos acerca do peso ganho e mudanças na aparência corporal especialmente aquelas que antes da gestação já apresentavam preocupações exageradas e comportamentos alimentares inadequados (Senior, Barnes, Emberson, & Golding, 2005).

A gravidez está intrinsecamente associada com pré-obesidade. Essa é uma das causas mais naturais e biológicas de mudanças de peso e pode ser um importante fator para o desenvolvimento de problemas com o peso e por conseqüência com a imagem corporal (Franko & Walton, 1993). Resultados do *Stockholm Pregnancy and Weight Development Study* (Rossner & Ohlin, 1995) mostraram que o mais importante fator de risco para a manutenção do peso adquirido após um ano do parto foi o excesso de peso adquirido durante a gravidez. Muitos outros fatores foram estudados e não mostraram associação com o peso após o parto: peso corporal anterior à gravidez, paridade, práticas contraceptivas, classe social, estado marital, ocupação, nacionalidade e dieta seguida durante a gravidez. Os autores constataram o quanto é difícil identificar preditores de substancial retenção de peso, uma vez que o aumento de peso durante a gravidez, mais do que peso corporal inicial (anterior à concepção), determina o eventual desfecho.

Apesar de inúmeros trabalhos examinarem os potenciais preditores da psicologia do comportamento, muitas das variáveis permanecem ainda inexploradas. Mudanças na imagem corporal durante a gestação parecem estar relacionadas com a saúde materna e do neonato. Estudo conduzido por Fox & Yamaguchi (Fox & Yamaguchi, 1997) examinou a relação entre peso corporal pré-gravidez e mudanças de imagem corporal em mulheres primigestas. Através de um questionário auto-aplicado e do *Body Shape Questionnaire* (BSQ), 76 primíparas com no mínimo 30 semanas de gestação descreveram seus sentimentos acerca de sua aparência atual e imagem corporal e foi comparado com os sentimentos experimentados previamente a gravidez. Gestantes com sobrepeso antes da gravidez eram mais prováveis de experimentar uma mudança positiva em sua imagem corporal. Aquelas que tinham peso normal antes da gravidez apresentaram mais sentimentos negativos com as mudanças durante a gravidez. As mulheres com sobrepeso apresentaram mais preocupações com a imagem corporal que aquelas com peso normal. Esse trabalho sublinha a relação entre valores sociais, peso corporal antes da gravidez e mudanças corporais durante gravidez e conclui que algumas poderiam se beneficiar de compartilhar essas experiências em um contexto psicoeducacional.

6. EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Pesquisas epidemiológicas têm demonstrado que as taxas de prevalência de anorexia nervosa e bulimia nervosa giram em torno de 0.5% e 1%, respectivamente (Fairburn & Beglin, 1990; Hsu, 1996) Estes transtornos são, ainda hoje, raros e não há evidência de que tenham atingido proporções epidêmicas. No entanto, vários estudos vêm consistentemente demonstrando um aumento da sua incidência nas sociedades

industrializadas do ocidente entre os anos 50 a 80, quando parecem ter atingido um platô (Hsu, 1996).

É preciso considerar com cautela as informações sobre o aumento de incidência dos transtornos alimentares. O desenvolvimento do conhecimento nessa área e a intensa divulgação sobre o assunto podem ter levado a um maior reconhecimento dos casos e maior utilização dos serviços especializados, causando um aumento apenas aparente das taxas de incidência (Lucas, Crowson, O'Fallon, & Melton, 1999).

Ainda não se tem informações consistentes quanto à epidemiologia do transtorno da compulsão alimentar periódica, uma possível terceira categoria de transtornos alimentares ainda em fase de pesquisa. Entretanto dois estudos, Martin et al(200) e Ricca et al(2001) encontraram prevalências de 9,7% e 8,5% respectivamente em pacientes atendidos em ambulatórios específicos de transtornos alimentares (Martin, Williamson, & Thaw, 2000; Ricca, *et al.*, 2001).

Os trabalhos epidemiológicos também fornecem informações relevantes sobre a distribuição dos transtornos alimentares, que são claramente mais prevalentes entre mulheres do que homens, numa proporção de 10:1 (Hsu, 1996). Embora se acredite que ocorram mais freqüentemente entre indivíduos da raça branca, existem vários estudos demonstrando sua ocorrência em outros grupos raciais. Em relação ao nível sócio-econômico, os transtornos alimentares têm sido classicamente associados aos estratos mais altos da sociedade. Recentemente, no entanto, diversos autores têm questionado essa relação e demonstrado que ela não é tão consistente quanto se pensava (Fairburn & Harrison, 2003).

Pesquisadores também têm investigado a prevalência do desejo de emagrecer, o grau de insatisfação com o corpo, a história da dieta e outros comportamentos que visam à perda

de peso em diversas populações norte-americanas e européias (Hsu, 1996). De modo geral confirma-se a impressão de que atualmente muitas mulheres fazem dieta e sentem-se insatisfeitas com o seu corpo, mesmo quando não estão acima do peso normal. Há evidências de que esses comportamentos têm se manifestado cada vez mais cedo, inclusive em pré-púberes e crianças (Pinheiro & Giugliani, 2006).

No nosso país, apenas nos últimos 15 anos os transtornos alimentares se constituíram área de pesquisa de grupos acadêmicos relacionados a universidades públicas e privados. Ainda hoje não dispomos de programas de saúde financiados pelo governo brasileiro que contemplem transtornos alimentares, patologias não consideradas problemas de saúde pública, exceto para a obesidade.

6.1 Dados Epidemiológicos no Brasil

No Brasil não existem dados populacionais, sobre prevalência e incidência de transtornos alimentares, e tampouco registros fidedignos do número de pacientes que recebem esse diagnóstico na rede pública de saúde. Há a mesma ausência de dados epidemiológicos referentes aos transtornos alimentares e comportamentos inadequados em gestantes.

Através de um estudo (M. A. Nunes, Barros, Olinto, Camey, & Mari, 2003) de base populacional realizado no sul do Brasil, dispomos de resultados de prevalência de comportamentos alimentares inadequados e de práticas inadequadas de controle de peso em uma amostra significativa de mulheres jovens (12-29 anos). Os resultados do estudo indicam uma prevalência de 11% de comportamentos alimentares anormais. Dos métodos compensatórios de controle de peso utilizados, o uso de laxantes foi o mais prevalente (8%), seguido pelo uso de anorexígenos (5,1%), provavelmente pela venda ilegal do produto no Brasil e não encontrou diferenças estatísticas entre as classes sociais.

O impacto do padrão de beleza no comportamento da nossa população se revela no desejo generalizado, especialmente entre as mulheres, por um corpo mais magro. A discrepância entre o corpo real e o ideal foi avaliada em um estudo que mediu a influência da percepção do peso corporal e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares. Os resultados indicam que 46% das mulheres de 12-29 anos queriam pesar menos, mas apenas 32% apresentavam índice de massa corporal de sobrepeso-obesidade. Das 38% que se consideravam gordas, 65% tinham índice de massa corporal dentro da normalidade, o que reforça o ideal preconizado pela cultura. As mulheres que se sentiam gordas apresentaram chance quatro vezes maior de terem comportamentos alimentares anormais (M. A. Nunes, Barros, Olinto, & Camey, 2000).

Não há mais dúvidas de que os transtornos alimentares ocorrem em nosso país com características semelhantes às descritas na literatura, embora provavelmente sejam subdiagnosticados.

7. TRANSTORNOS ALIMENTARES NÃO ESPECÍFICOS (TANE)

De acordo com o CID-10 (APA, 2000) e o DSM IV-TR (WHO, 1993) nessa categoria encontramos pacientes que não preenchem todos os critérios diagnósticos para anorexia nervosa ou bulimia nervosa mas apresentam alterações importantes no comportamento alimentar e sofrimento psicológico em decorrência dos sintomas. Por serem erroneamente considerados estados subclínicos e de “leve” severidade são negligenciados pelos pesquisadores, mesmo sendo o diagnóstico mais comum apresentando uma prevalência de 60% dos casos em estudos clínicos (Fairburn, Agras, Walsh, Wilson, & Stice, 2004).

Em amostras clínicas, indivíduos com TANE compreendem 1/3 a 1/2 dos pacientes (Hall & Hay, 1991). Martin et al (2000), Ricca et al (2001) e Turner and Bryant-Waugh (2004), em seus estudos feitos com pacientes de ambulatórios específicos de tratamento de transtornos alimentares encontraram em suas amostras prevalências de 48%, 41,8% e 70,5% respectivamente, todos excluindo pacientes com comer compulsivo (Martin, *et al.*, 2000; Ricca, *et al.*, 2001; Turner & Bryant-Waugh, 2004).

Poucos estudos examinam a prevalência dos transtornos alimentares não especificados, entretanto existe uma convicção de que eles representam a maioria dos transtornos alimentares. Além disso, pouco é sabido acerca da história natural dessa categoria e quais as estimativas para o desenvolvimento completo do transtorno.

7.1 Comportamentos Alimentares Inadequados na Gestação

Atualmente é comum a preocupação com o peso corporal e a aparência física. Muitas adolescentes e mulheres jovens, insatisfeitas com sua aparência e peso, tentam mudá-lo com dietas e exercícios. Outras, uma minoria, usa métodos mais extremos como indução de vômito, uso de laxantes e diuréticos e dietas muito restritivas (Fairburn, Stein, & Jones, 1992; M. A. Nunes, Barros, Olinto, *et al.*, 2003). Também são comuns, outros comportamentos inadequados característicos dos transtornos alimentares, como por exemplo, a ingestão excessiva de alimentos, o que normalmente cursa com um ganho de peso elevado. Fairburn e Welch em 1990 (Fairburn & S. L. Welch, 1990), observaram que 25% das mulheres grávidas revelaram episódios de ingestão excessiva de alimentos e sentimentos de perda de controle durante o episódio. Abraham em 1994 (Abraham, King, & Llewellyn-Jones, 1994) revela taxas de 44% ou mais do mesmo comportamento. Esses episódios são mais comuns entre mulheres que antes da gravidez estavam em dieta, o que

também poderia acontecer devido ao aumento da fome durante a gravidez, a propensão do comer em resposta a humor depressivo e ao abandono da prévia dieta restritiva (Abraham, *et al.*, 1994; Fairburn & S. L. Welch, 1990).

Ainda não existem evidências e informações suficientes da evolução de mulheres que apresentam esses comportamentos no período gestacional tornando os transtornos alimentares e seus comportamentos inadequados um evento particularmente interessante no contexto da gestação. Sabe-se que muitas destas mulheres passam a se alimentar de forma mais saudável e correta após o conhecimento da gravidez (Fairburn, *et al.*, 1992; Rocco, *et al.*, 2005). Contudo para algumas a gravidez torna-se um desafio no que se refere ao controle do peso, comportamento alimentar e percepção da imagem corporal principalmente devido à influência das mudanças, esperadas, no peso corporal e na aparência física (Abraham, *et al.*, 1994; Conti, Abraham, & Taylor, 1998; Fairburn, *et al.*, 1992). Estas mudanças podem levar as gestantes a desenvolverem comportamentos alimentares inadequados, ou mantê-los, caso o apresentassem no período pré-gestacional. Há uma tendência de declínio na gravidez dos sintomas no início da gestação, decorrente do desejo de se alimentar de forma mais saudável, entretanto, este declínio é temporário. Com o avanço da gestação a frequência e a gravidade dos sintomas aumentam. Este aumento, provavelmente está relacionado ao medo de que o peso adquirido durante a gestação não seja mais perdido (Fairburn, *et al.*, 1992).

Pouco se sabe sobre os efeitos de um comportamento alimentar inadequado na gravidez. Das informações disponíveis sabemos que podem ocorrer conseqüências desastrosas tanto para o bebê como para a mãe quando um transtorno alimentar está presente, como por exemplo nascimentos prematuros, baixo peso ao nascer, restrição no crescimento intra-uterino, parto cesáreo e baixos escores de Apgar (Abraham, *et al.*, 1994;

Conti, *et al.*, 1998; Fairburn & S. L. Welch, 1990; James, 2001; Kouba, Hallstrom, Lindholm, & Hirschberg, 2005), bem como, macrossomia e risco aumentado de futura obesidade nos casos de alimentação excessiva.

8. INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Com a necessidade de se sistematizar os estudos que investigavam os transtornos alimentares deu-se início a elaboração de instrumentos específicos para avaliação destes transtornos, além de conjuntamente precisarem acompanhar o aprimoramento de seus critérios diagnósticos nas várias edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM e da Classificação Internacional de Doenças – CID (WHO, 1993). Nos dias de hoje os métodos mais comuns de avaliação são os instrumentos auto-aplicados e as entrevistas clínicas semi-estruturadas (Freitas, Gorestein, & Appolinario, 2002).

8.1 Questionários de auto-aplicação

Questionários de auto-aplicação têm várias utilidades na abordagem de sintomas alimentares e também os de outra natureza. Primeiramente, apesar de esses instrumentos não poderem substituir uma entrevista clínica para se fazer o diagnóstico, eles servem para seleção da presença ou da gravidade dos sintomas alimentares. Em segundo lugar, como a apresentação clínica desses transtornos é muito heterogênea, servem para identificar os problemas que merecem maior ênfase durante o tratamento. Finalmente, como esses instrumentos medem o progresso dos pacientes, podem ser aplicadas várias vezes ao longo do tratamento (Cordás & Neves, 1999)

Os dois instrumentos mais usados na clínica e pesquisa são o *Eating Attitudes Test* (EAT) e o *Eating Disorder Inventory* (EDI), versão 1 e 2. O EAT foi originariamente

desenvolvido para avaliar atitudes e comportamentos típicos de pacientes com anorexia nervosa. Essa escala diferencia pacientes anoréxicos dos controles e também diferencia pacientes bulímicos dos controles. A análise fatorial de seus 40 itens resultou numa versão resumida, o EAT-26 (Gross, Rosen, Leitenberg, & Willmuth, 1986; M. A. Nunes, *et al.*, 1994)

A maioria dos instrumentos existentes, por exemplo o EAT, foi elaborado especificamente para a anorexia nervosa; com o aumento da importância epidemiológica da bulimia nervosa, instrumentos específicos como o *Bulimia _ test* (BULIT-R) e o *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE) foram elaborados.

Outro fator importante na abordagem dos transtornos alimentares está no sintoma distorção de imagem corporal. Esse sintoma apresenta várias facetas: distorção da imagem corporal, insatisfação corporal e evitação da imagem corporal (Rosenfeld, 1992).

O *Body Shape Questionnaire* (BSQ) mede as preocupações com a forma do corpo, autodepreciação devido à aparência física e a sensação de estar "gorda". As medidas psicométricas do BSQ são muito promissoras e essa escala é muito útil para pacientes com transtorno alimentar (Freitas, *et al.*, 2002).

8.2 Entrevistas clínicas

As entrevistas clínicas foram os primeiros métodos de obtenção de informação sobre os transtornos alimentares. O desenvolvimento de entrevistas semi-estruturadas representou um grande avanço do conhecimento na área (Cordás & Neves, 1999).

Durante a última década, foram publicados vários tipos de entrevistas estruturadas: *Clinical Eating Disorders Rating Instrument - CEDRI* (Palmer, Christie, Davies, & Kenrick, 1987), *Eating Disorder Examination - EDE* (C. Fairburn & M. J. Cooper, 1993), a *Interview for Diagnosis of Eating Disorders - IDEED* (Williamson, 1990) e a *Structured*

Interview for Anorexia and Bulimia Nervosa – SIAB (Fichter, *et al.*, 1991). Todas essas escalas fornecem informações gerais sobre sintomatologia dos transtornos alimentares, mas a EDE, a IDED e SIAB são mais usadas para fins diagnósticos, enquanto a CEDRI e SIAB dão mais informações sobre a psicopatologia individual ou familiar relacionada ao transtorno alimentar (Cordás & Neves, 1999)

Atualmente o *Eating Disorder Examination* (EDE) é a entrevista diagnóstica mais utilizada para a avaliação dos aspectos comportamentais e psicopatológicos-chave dos TAs em adultos. O diagnóstico se dá de acordo com a quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (APA, 2000), e está dividido em quatro escalas (restrição alimentar, preocupação alimentar, forma corporal e preocupação com o peso). Constitui, hoje, o "padrão-ouro" entre as anamneses diagnósticas e apresenta-se sensível a mudanças de tratamento e aos efeitos do tratamento psicológico. Suas vantagens incluem um paradigma conceitual que inclui várias formas de alimentação excessiva, a organização pela qual são obtidas informações detalhadas sobre sintomatologia alimentar e questões desenhadas para facilitar a precisão dos dados. Contudo o EDE exige cerca de 60 minutos para sua aplicação e um treinamento muito longo para capacitar entrevistadores, o que dificulta sua utilização como ferramenta de rastreamento, principalmente em situações de aplicação de larga escala, como por exemplo em rastreamentos populacionais (C. Fairburn & S. J. Beglin, 1994).

Possivelmente motivados por estas limitações, Fairburn e Beglin (C. Fairburn & S. J. Beglin, 1994) desenvolveram o EDE-Q, uma versão de autopreenchimento, reduzida e custo menor de aplicação (Passi, Bryson, & Lock, 2003).

9. EATING DISORDERS EXAMINATION QUESTIONNAIRE – EDE-Q

O EDE-Q é constituído das mesmas quatro subescalas presentes no EDE: [1] restrição alimentar, [2] preocupação com a comida, [3] preocupação com o corpo, [4] preocupação com o peso, e foi planejado para ser aplicado em 15 minutos (Passi, *et al.*, 2003) sendo extremamente útil para rastrear transtornos alimentares. Por estas razões o EDE-Q é crescentemente utilizado em estudos epidemiológicos de base populacional (Mond, Hay, Rodgers, & Owen, 2006).

Luce e Crowtther (Luce & Crowther, 1999) mostraram que o EDE-Q tem boa consistência interna (alfa de Chrombach variou entre 0,78 a 0,93 nas quatro subescalas) e confiabilidade teste-reteste, o coeficiente de Pearson variou de 0,81 a 0,94 nas quatro subescalas, com p sempre menor que 0,001. No entanto, como é de se esperar de um instrumento de auto preenchimento, o EDE-Q tem algumas limitações. Quando aplicado nos mesmos sujeitos e comparado com o EDE, o EDE-Q tende a apresentar pontuações mais altas (C. Fairburn & S. J. Beglin, 1994; Luce & Crowther, 1999), principalmente nas questões que investigam conceitos complexos como compulsão alimentar e preocupação com o corpo. A elucidação de alguns conceitos-chave e esclarecimentos sobre as questões ambíguas ou vagas (como compulsão alimentar e preocupação com a forma do corpo) podem melhorar a qualidade dos dados colhidos pelo EDE-Q e aumentar sua concordância com o EDE, tornando-o mais válido e acurado (Carter, Stewart, & Fairburn, 2001; C. Fairburn & S. J. Beglin, 1994; Mond, Hay, Rodgers, Owen, & Beumont, 2004; Passi, *et al.*, 2003).

10. CONCLUSÕES

Está bem estabelecido que muitas mulheres nas sociedades ocidentais estão insatisfeitas com o seu peso e a imagem de seu corpo, e estão dispostas a modificá-los através de dietas e exercícios, e uma minoria usa métodos mais extremos como, por exemplo, indução de vômitos e o uso de laxantes. Muitas destas mulheres estão em idade reprodutiva, e poucos estudos foram realizados para avaliar como elas reagem às mudanças de seu peso e aparência inerentes ao período gestacional e se caso os possuam antes da gestação estão dispostas a mantê-los.

A avaliação do comportamento alimentar de gestantes, principalmente no que se refere aos comportamentos ligados aos transtornos alimentares é um tema importante e ainda não estudado no Brasil. Do mesmo modo encontram-se poucos estudos internacionais, principalmente na Inglaterra (Fairburn & S. L. Welch, 1990) e Austrália (Abraham, *et al.*, 1994), estes com amostras pequenas e uma variação na utilização dos instrumentos de rastreamento, e nem sempre utilizando o (EDE-Q) considerado o mais apropriado.

Portanto a proposta desta dissertação é caracterizar esses problemas na gestação, utilizando a ferramenta mais adequada para o rastreamento de Transtornos Alimentares e Comportamentos Alimentares Inadequados. Os resultados contribuirão para o planejamento de rotina de triagem no pré-natal, bem como de intervenções no período pré e pós-parto com o intuito de melhorar o estado nutricional das gestantes.

REFERÊNCIAS

- Abraham, S., King, W., & Llewellyn-Jones, D. (1994). Attitudes to body weight, weight gain and eating behavior in pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, *15*(4), 189-195.
- Abrams, B., Altman, S. L., & Pickett, K. E. (2000). Pregnancy weight gain: still controversial. *Am J Clin Nutr*, *71*(5 Suppl), 1233S-1241S.
- Alves, A. L. S. A., Olinto, M. T. A., Costa, J. S. D. d., Bairros, F. S. d., & Balbinotti, M. A. A. (2006). Padrões Alimentares de mulheres adultas residentes em área urbana no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*, *40*(5), 865-873.
- Amaya-Farfan, J., Domene, S., & RM., P. (2001). DRI: Síntese comentada das novas propostas sobre recomendações nutricionais para antioxidantes. *Rev Nutr*, *14*(1).
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual IV-TR* (Fourth ed.). Washington, DC.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge-eating disorder. *Int J Eat Dis*, *32*(72-78).
- Cade, J., Thompson, R., Burley, V., & Warm, D. (2002). Development, validation and utilisation of food-frequency questionnaires - a review. *Public Health Nutr*, *5*(4), 567-587.
- Carter, J. C., Stewart, D. A., & Fairburn, C. G. (2001). Eating disorder examination questionnaire: norms for young adolescent girls. *Behav Res Ther*, *39*(5), 625-632.
- Castro, M. B., Kac, G., & Sichieri, R. (2006). [Dietary patterns among postpartum women treated at a municipal health center in Rio de Janeiro, Brazil]. *Cad Saude Publica*, *22*(6), 1159-1170.
- Chen, H. M., & Jin, J. C. (1996). [Body image, cognition, behavior and social support of married pregnant adolescents during the third trimester]. *Kaohsiung J Med Sci*, *12*(6), 370-380.
- Conti, J., Abraham, S., & Taylor, A. (1998). Eating behavior and pregnancy outcome. *J Psychosom Res*, *44*(3-4), 465-477.
- Cordás, T. A., & Neves, J. E. (1999). Escalas de avaliação de transtornos alimentares, *Revista de Psiquiatria Clínica* (Vol. 26).
- Delvenne, V., Goldman, S., De Maertelaer, V., Wikler, D., Damhaut, P., & Lotstra, F. (1997). Brain glucose metabolism in anorexia nervosa and affective disorders: influence of weight loss or depressive symptomatology. *Psychiatry Res*, *74*(2), 83-92.
- Fairburn, & Welch, S. L. (1990). The Impact os Pregnancy on Eating Habits and Attitudes to Shape and Weight. *Int J Eat Disord*, *9*(2), 153-160.
- Fairburn, C., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord*, *16*(4), 363-370.
- Fairburn, C., & Cooper, M. J. (1993). *The eating disorder examination* (12 ed.). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Agras, W. S., Walsh, B. T., Wilson, G. T., & Stice, E. (2004). Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *Am J Psychiatry*, *161*(12), 2322-2324.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, *147*(4), 401-408.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, *361*(9355), 407-416.

- Fairburn, C. G., Stein, A., & Jones, R. (1992). Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosom Med*, *54*(6), 665-672.
- Feig, D. S., & Naylor, C. D. (1998). Eating for two: are guidelines for weight gain during pregnancy too liberal? *Lancet*, *351*(9108), 1054-1055.
- Fichter, M. M., Elton, M., Engel, K., Meyer, A. E., Mall, H., & Potska, F. (1991). Development of a New Instrument for the Assessment of Eating Disorders. *Int J Eat Dis*, *10*, 571-592.
- Fisberg, R., Slater, B., Marchioni, D. M., & Martini, L. A. (2005). *Inquéritos Alimentares Métodos e bases científicas* (1a. ed. Vol. 1). Barueri.
- Fox, P., & Yamaguchi, C. (1997). Body image change in pregnancy: a comparison of normal weight and overweight primigravidas. *Birth*, *24*(1), 35-40.
- Fraguas, R., Jr., Henriques, S. G., Jr., De Lucia, M. S., Iosifescu, D. V., Schwartz, F. H., Menezes, P. R., et al. (2006). The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. *J Affect Disord*, *91*(1), 11-17.
- Franko, D. L., & Walton, B. E. (1993). Pregnancy and eating disorders: a review and clinical implications. *Int J Eat Disord*, *13*(1), 41-47.
- Freitas, S., Gorestein, C., & Appolinario, J. C. (2002). Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*(Suplemento 3), 24-28.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *Eur Psychiatry*, *15*(1), 38-45.
- Grilo, C. M. (2002). Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. *Curr Psychiatry Rep*, *4*(1), 18-24.
- Gross, J., Rosen, J. C., Leitenberg, H., & Willmuth, M. E. (1986). Validity of the Eating Attitudes Test and The Eating Disorders Inventory in Bulimia Nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 875-876.
- Hall, A., & Hay, P. J. (1991). Eating disorder patient referrals from a population region 1977-1986. *Psychol Med*, *21*(3), 697-701.
- Henn, R. L. (2006). *Padrão alimentar e excesso de peso em uma população adulta da cidade de Porto Alegre, RS*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Hsu, L. K. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*, *19*(4), 681-700.
- IOM. (1992). Nutrition During Pregnancy and Lactation: An Implementation Guide. *National Academy Press*.
- James, D. C. (2001). Eating disorders, fertility, and pregnancy: relationships and complications. *J Perinat Neonatal Nurs*, *15*(2), 36-48; quiz 32 p following 82.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, *59*(6), 545-552.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kotler, L., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *J Consult Clin Psychol*, *70*(5), 1119-1128.
- Kaiser, L. L., & Allen, L. (2002). Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc*, *102*(10), 1479-1490.

- Kouba, S., Hallstrom, T., Lindholm, C., & Hirschberg, A. L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol*, *105*(2), 255-260.
- Linne, Y., Barkeling, B., & Rossner, S. (2002). Long-term weight development after pregnancy. *Obes Rev*, *3*(2), 75-83.
- Lopes, A. C. S., Caiaffa, W. T., Mingoti, S. A., & Lima-Costa, M. F. F. (2003). Ingestão Alimentar em Estudos Epidemiológicos. *Rev Bras Epidemiol*, *6*(3), 209-219.
- Lucas, A. R., Crowson, C. S., O'Fallon, W. M., & Melton, L. J., 3rd. (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, *26*(4), 397-405.
- Luce, K. H., & Crowther, J. H. (1999). The reliability of the Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). *Int J Eat Disord*, *25*(3), 349-351.
- Martin, C. K., Williamson, D. A., & Thaw, J. M. (2000). Criterion validity of the multi-axial assessment of eating disorders symptoms. *Int J Eat Disord*, *28*(3), 303-310.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for young adult women. *Behav Res Ther*, *44*(1), 53-62.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. (2004). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behav Res Ther*, *42*(5), 551-567.
- Nucci, L. B., Schmidt, M. I., Duncan, B. B., Fuchs, S. C., Fleck, E. T., & Santos Britto, M. M. (2001). Assessment of weight gain during pregnancy in general prenatal care services in Brazil. *Cad Saude Publica*, *17*(6).
- Nunes, M. A., Bagatini, L., Albanese, M. T., Kunz, A., Nunes, M. I., Ramos, D., et al. (1994). O teste de atitudes Alimentares em adolescentes de Porto Alegre. *Arquivos Brasileiros de psiquiatria*, *1*(1), 132-137.
- Nunes, M. A., Barros, F. C., Olinto, M. T., & Camey, S. (2000). A influência da percepção do peso corporal e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais em mulheres jovens. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *23*, 21-27.
- Nunes, M. A., Barros, F. C., Olinto, M. T., Camey, S., & Mari, J. D. (2003). Prevalence of abnormal eating behaviours and inappropriate methods of weight control in young women from Brazil: a population-based study. *Eat Weight Disord*, *8*(2), 100-106.
- O'Brien, K. M., & Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clin Psychol Rev*, *23*(1), 57-74.
- Palmer, R., Christie, M., Davies, D., & Kenrick, J. (1987). The clinical Eating Disorder Rating Instrument. *Int J Eat Dis*, *6*, 9-16.
- Passi, V. A., Bryson, S. W., & Lock, J. (2003). Assessment of eating disorders in adolescents with anorexia nervosa: self-report questionnaire versus interview. *Int J Eat Disord*, *33*(1), 45-54.
- Pinheiro, A. P., & Giugliani, E. R. (2006). Body dissatisfaction in Brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica*, *40*(3), 489-496.
- Ricca, V., Mannucci, E., Mezzani, B., Di Bernardo, M., Zucchi, T., Paionni, A., et al. (2001). Psychopathological and clinical features of outpatients with an eating disorder not otherwise specified. *Eat Weight Disord*, *6*(3), 157-165.

- Rocco, P. L., Orbitello, B., Perini, L., Pera, V., Ciano, R. P., & Balestrieri, M. (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. *J Psychosom Res*, 59(3), 175-179.
- Rondo, P. H., Souza, M. R., Moraes, F., & Nogueira, F. (2004). Relationship between nutritional and psychological status of pregnant adolescents and non-adolescents in Brazil. *J Health Popul Nutr*, 22(1), 34-45.
- Rosenfeld, D. (1992). Psychic changes in the paternal image. *Int J Psychoanal*, 73 (Pt 4), 757-771.
- Rossner, S., & Ohlin, A. (1995). Pregnancy as a risk factor for obesity: lessons from the Stockholm Pregnancy and Weight Development Study. *Obes Res*, 3 Suppl 2, 267s-275s.
- Rowe, R., Pickles, A., Simonoff, E., Bulik, C. M., & Silberg, J. L. (2002). Bulimic symptoms in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development: correlates, comorbidity, and genetics. *Biol Psychiatry*, 51(2), 172-182.
- Senior, R., Barnes, J., Emberson, R., & Golding, J. (2005). Early experiences and their relationship to maternal eating disorders symptoms, both lifetime and during pregnancy. *British J Psychiatric*, 187, 268-273.
- Sichieri, R. (2002). Dietary patterns and their associations with obesity in the Brazilian city of Rio de Janeiro. *Obes Res*, 10(1), 42-48.
- Slater, B., Philippi, S. T., Fisberg, R. M., & Latorre, M. R. (2003). Validation of a semi-quantitative adolescent food frequency questionnaire applied at a public school in Sao Paulo, Brazil. *Eur J Clin Nutr*, 57(5), 629-635.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *Jama*, 282(18), 1737-1744.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Hornyak, R., & McMurray, J. (2000). Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol*, 183(3), 759-769.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F. V., 3rd, Hahn, S. R., et al. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *Jama*, 272(22), 1749-1756.
- Turner, H., & Bryant-Waugh, R. (2004). Eating disorder not otherwise specified(EDNOS): profiles of cliente presenting at a community eating disorder service. *European Eating Disorders Review*, 12, 18-26.
- WHO. (1993). *Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10*. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Willett, W. C. (1994). Future directions in the development of food-frequency questionnaires. *Am J Clin Nutr*, 59(Suppl), 171S-174S.
- Williamson, D. A. (1990). Assesment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa. *Pergamon Press*, 29-79.
- Zulkifli, S. N., & Stella, M. Y. (1992). The food frequency method for dietary assessment. *J Am Diet Assoc*, 92(6), 681-685.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

A partir de questionário validado, estudar as características, frequência e os correlatos sócio-demográficos e psicológicos de comportamentos alimentares inadequados em amostra de gestantes.

Objetivos Específicos

Especificamente, pretende-se

1. Estimar a prevalência de comportamentos alimentares inadequados durante a gestação
2. Comparar a prevalência de comportamentos alimentares inadequados em gestantes em relação com IMC pré-gestacional.
3. Comparar prevalência de comportamentos alimentares inadequados em gestantes com preocupações prévias com o peso corporal.
4. Comparar a prevalência de comportamentos alimentares inadequados em gestantes com preocupações prévias com a imagem corporal.
5. Analisar a relação entre depressão e ansiedade com comportamentos alimentares inadequados.

Artigo

Comportamentos Alimentares Inadequados Durante a Gestação: prevalência e fatores associados em amostra de serviços públicos de saúde no sul do Brasil.

“Inappropriate eating behaviors during pregnancy: prevalence and factors associated with among women receiving prenatal care in selected public clinics in southern Brazil”

Autores

Rafael Marques Soares¹ - Mestrando em Epidemiologia pela UFRGS

Maria Angélica Nunes¹

Maria Inês Schmidt¹

Andressa Giacomello¹

Patrícia Manzolli¹

Suzi Camey²

Caroline Buss¹

Michele Drehmer¹

Bruce Bartholow Duncan¹

¹Programa de pós-graduação em Epidemiologia

²Departamento de Estatística

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Auxílio Financeiro – PRONEX, CNPq

Endereço para correspondência

Maria Angélica Antunes Nunes

maanunes@terra.com.br

Rua: Correa Lima, 742 Fone: +55 51 3233-4508 Fax:

Porto Alegre – RS – Brasil

CEP: 90850-250

A ser enviado ao *European Eating Disorders Review*

RESUMO

Objetivos: Estimar a prevalência de comportamentos alimentares inadequados e fatores associados em gestantes de serviços públicos de duas cidades do sul do Brasil.

Método: Estudo transversal em 515 gestantes atendidas em Porto Alegre e Bento Gonçalves, Brasil. Foram definidos comportamentos alimentares inadequados como um escore global ≥ 4 no instrumento *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), e comorbidades psiquiátricas utilizando o instrumento *primary care evaluation of mental disorders* (PRIME-MD). Peso e altura foram medidos, peso pré-gestacional relatado.

Resultados: Transtornos alimentares ocorreram em 4 gestantes 0,8% (IC95% 0,2%-1,5%). A prevalência de compulsão alimentar foi de 18,6% (IC95% 1,7-1,8), sendo duas vezes maior naquelas gestantes com ansiedade e depressão. A compulsão alimentar durante a gestação foi quase quatro vezes maior (RP=3,7; IC 95% 2,6-5,3) entre aquelas que relataram compulsão alimentar anterior a gestação. Preocupação prévia com o peso esteve associada com uma maior prevalência de compulsão alimentar (RP=1,8; IC95% 1,2-2,9) e preocupação com o peso durante a gestação (RP=7,0; IC95% 3,7-13,5).

Conclusões: A compulsão alimentar foi o comportamento alimentar inadequado mais prevalente e esteve associado com preocupação com o peso antes e durante a gestação, compulsão alimentar antes da gravidez e depressão e ansiedade durante a gravidez.

Palavras chave: Comportamentos alimentares, Gestantes, Transtornos alimentares, Imagem Corporal, Nutrição Materna.

ABSTRACT

Objective: To examine the prevalence of inappropriate eating behaviors and associated factors in pregnant women who received prenatal care in a public health setting.

Methods: Inappropriate eating behaviors, psychiatric comorbidity, including anxiety and depression, and BMI were assessed in 515 pregnant women attending selected prenatal clinics.

Results: EDE-Q global scores indicated a prevalence of 0.8% (IC95% 0,2%-1,5%) for eating disorders. The prevalence of binge eating for the whole sample was 18.6% (IC95% 1,7-1,8), being twice as high among participants with anxiety and depression. Binge eating frequency during gestation was almost four times higher (RP=3,7; IC 95% 2,6-5,3) among women who reported binge eating before pregnancy. Previous weight concern was associated with a higher prevalence of binge eating (RP=1,8; IC95% 1,2-2,9) and weight concern (RP=7,0; IC95% 3,7-13,5) during pregnancy.

Conclusion: Binge eating was the most prevalent inappropriate eating behavior, being associated with weight concern and bingeing before pregnancy, and anxiety and depression during pregnancy.

Key words: Feeding Behavior, Pregnant Women, Eating Disorders, Body Image, Maternal Nutrition.

INTRODUÇÃO

A gestação é um período crítico, no qual o estado físico e mental materno influencia diretamente tanto a saúde da mãe quanto a do feto. Por ocorrer primariamente em mulheres jovens, inclusive adolescentes, a gestação poderá configurar-se como situação de risco para comportamentos alimentares inadequados e mesmo para os transtornos do comportamento alimentar (anorexia e bulimia nervosas). Em um estudo recente em amostra de 2900 indivíduos de ambos os sexos representativa de base populacional, foi observado que embora estes transtornos não sejam comuns, eles estão associados com alta comorbidade: mais de 94% das pessoas com bulimia, 56% daquelas com anorexia e 79% dos indivíduos com transtorno da compulsão alimentar periódica tinham no mínimo um diagnóstico para transtornos psiquiátricos (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). Os transtornos do comportamento alimentar são transtornos psiquiátricos com curso crônico, de difícil tratamento. Sua etiologia é multifatorial, incluindo fatores genéticos, familiares, psicológicos e culturais. Estima-se que 1% das gestantes possa apresentar um transtorno alimentar ativo (James, 2001).

Atualmente, entre os padrões de cultura que preconizam o corpo magro e a epidemia da obesidade, muitas mulheres estão insatisfeitas com sua aparência e seu peso e tentam mudá-los com dietas rigorosas, jejum e exercícios físicos extenuantes. Dentre essas mulheres, uma minoria usa métodos mais extremos como vômitos, diuréticos e laxantes para controle de peso (Fairburn, *et al.*, 1992; Franko, *et al.*, 2001). Na presença de comportamentos alimentares muito restritivos, pode ocorrer o fenômeno chamado ciclo *binge/purging* – restrição alimentar intercalada a episódios de compulsão alimentar com métodos inadequados de controle de peso, que propiciam o desenvolvimento da obesidade (Fairburn, *et al.*, 1992).

A gestação é um momento propício para o ganho excessivo de peso, um fator de risco para retenção de peso pós-parto e obesidade. Dentre os comportamentos alimentares inadequados, o mais prevalente é a compulsão alimentar periódica, em geral acompanhada de ganho excessivo de peso. Por exemplo, Fairburn e Welch observaram prevalência de 25% na amostra de 50 mulheres na primeira gestação atendidas no serviço pré-natal do hospital de Oxford (Fairburn & S. L. Welch, 1990) e Abraham, de 44% em 110 mulheres na primeira gestação, atendidas em hospital escola (Abraham, 1994). Os episódios são mais comuns em mulheres que estavam em dieta antes da gravidez e que abandonaram a dieta restritiva prévia e naquelas que têm propensão a comer em resposta a humor depressivo (Abraham, *et al.*, 1994).

A inabilidade em distinguir o necessário e apropriado ganho de peso na gestação do que entende como inadequado poderá levar a gestante a sofrer de estresse acerca do ganho de peso obtido na gravidez e do distúrbio da imagem corporal nela manifestado. Além disso, a presença de comportamentos alimentares inadequados e também de transtornos alimentares propiciam complicações como nascimentos prematuros, baixo peso ao nascer, restrição no crescimento intra-uterino, hiperemese gravídica, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia/hipertensão, parto Cesário e baixos escores de Apgar (Franko, *et al.*, 2001; James, 2001; Kouba, *et al.*, 2005).

Os comportamentos alimentares inadequados costumam estar acompanhados também de outros sintomas psiquiátricos, como ansiedade e depressão (Bulik, *et al.*, 2002; Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004), que podem levar à diminuição e/ou ao aumento da ingestão alimentar pela mãe, à não adesão ao pré-natal e ao risco de abusos de substâncias, somadas a complicações obstétricas (Andersson, Sundstrom-Poromaa, Wulff, Astrom, & Bixo, 2004).

O objetivo deste estudo é determinar a prevalência de comportamentos alimentares inadequados e transtornos alimentares em uma amostra de gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) e identificar possíveis fatores associados.

MÉTODOS

O projeto *Medida do padrão de consumo alimentar, prevalência de transtornos mentais e violência em uma amostra de gestantes (ECCAGe)*, é um estudo de coorte. Na sua linha de base, fonte dos dados para esta análise, arrolou entre junho e dezembro de 2006 520 gestantes entre a 16^o e 36^o semana de gestação, atendidas em oito unidades básicas de saúde e no Centro de Referência Materno Infantil de Bento Gonçalves e, em Porto Alegre, em 10 unidades básicas de saúde (7 do Centro de Saúde-Escola Murialdo, e três da Secretaria Municipal da Saúde). As gestantes foram selecionadas de forma consecutiva, durante o horário de atendimento, na sala de espera das unidades básicas de saúde antes da consulta pré-natal, a entrevista foi realizada em um único contato com as gestantes. Foram excluídas gestantes com deficiência mental. A amostra necessária para estudo foi calculada a priori pressupondo uma proporção de comportamentos alimentares inadequados de 10%, com intervalo de confiança de 95% de 2 pontos percentuais, resultando em uma amostra de 864 gestantes, os cálculos foram realizados na ferramenta STATCALC do software EPI INFO. A análise deste estudo foi realizada em dados preliminares em um total de 515 gestantes. O poder do estudo para investigar a associação com as variáveis explanatórias pode ser visto através do intervalo de confiança das medidas de associação

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; todos os participantes deram consentimento informado por escrito. Cada gestante foi entrevistada com um questionário estruturado e padronizado abordando

dados sócio-demográficos e gestacionais. Para o cálculo de idade gestacional, utilizamos primeiramente o resultado da ultra-sonografia com data inferior a 16 semanas. Para as gestantes que tinham ultra-sonografia com mais de 16 semanas, a idade gestacional foi calculada fazendo-se uma média entre a idade informada pela ecografia e aquela calculada pela data da última menstruação. Para as gestantes que não possuíam a ultra-sonografia, a idade gestacional foi calculada somente a partir da data da última menstruação.

No presente estudo foi considerado comportamento alimentar inadequado os seguintes sintomas: preocupação exagerada com o peso e forma corporal, restrição alimentar, compulsão alimentar, vômito auto-induzido, uso de laxantes e diuréticos e exercício compulsivo. Para avaliar estes comportamentos utilizamos o *Eating Disorder Examination – Questionnaire* (EDE-Q) (C. Fairburn & S. J. Beglin, 1994; C. Fairburn & M. J. Cooper, 1993), validado para o português de Portugal (Machado, Machado, Klein, & Gonçalves, 2006). O instrumento permite o rastreamento de sintomas de transtornos alimentares sendo derivado da entrevista diagnóstica semi-estruturada denominada EDE, padrão ouro para transtornos alimentares. O EDE-Q apresenta quatro subescalas que medem sintomas de transtornos alimentares (restrição alimentar, preocupação com a comida, preocupação com o peso e preocupação com o corpo) totalizando 36 questões. O instrumento necessitou de adaptação para o português brasileiro em virtude de variações de estrutura gramatical e significado de palavras. Foi realizado estudo piloto para verificação da compreensão do texto na mesma população posteriormente estudada. A versão final foi endossada pelos autores portugueses.

Buscando diminuir tempo de aplicação do instrumento, ele foi aplicado em duas versões, uma resumida com apenas duas subescalas (preocupação com o corpo e com o peso) e os demais comportamentos inadequados referindo-se aos últimos vinte e oito dias

do período pré-gestacional. A versão completa (4 subescalas e demais comportamentos inadequados) foi aplicada conforme a proposta original do instrumento que avalia os 28 dias anteriores à data da entrevista. Cada subescala avalia como resultado positivo a pontuação média superior, ou igual, a quatro. O escore global do instrumento usa o mesmo critério só que neste caso empregando a média das quatro subescalas.

Também se utilizou o *PRIME-MD* - Avaliação de Transtornos Mentais para Atenção Primária (*The primary care evaluation of mental disorders*), que foi traduzido e validado para o português brasileiro (Fraguas, et al., 2006; Spitzer, et al., 1994). Constituiu-se como instrumento de rastreamento para outros sintomas psiquiátricos, como os transtornos de humor, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, transtornos somatoformes e abuso de álcool ou transtorno de dependência. Apenas os módulos de depressão e ansiedade foram utilizados neste estudo.

Uma versão, adaptada para o uso em gestantes, do questionário de frequência alimentar desenvolvido por Sichieri (Sichieri & Everhart, 1998), foi utilizada para medir a média diária do consumo energético das gestantes.

Realizamos controle de qualidade dos questionários em 10% da amostra, selecionada de forma aleatória e através de contato telefônico.

A descrição geral dos dados é apresentada por meio de frequências simples e relativas. Variáveis contínuas são apresentadas como média (desvio-padrão). A associação entre comportamento alimentar inadequado na gestação e variáveis explanatórias como, as subescalas do EDE-Q (preocupação com o corpo e com o peso corporal), índice de massa corporal pré-gestacional (calculado utilizando-se o peso pré-gestacional referido pela gestante e a altura aferida na entrevista) , idade gestacional por trimestre, gestações anteriores, compulsão alimentar pré-gestacional (item diagnóstico do EDE-Q),

preocupação com o peso e preocupação com o corpo pré-gestacionais (subescalas do EDE-Q), episódio depressivo maior e transtorno de ansiedade (módulos diagnósticos do PRIME-MD), foi testada utilizando-se da razão de prevalências com o auxílio do programa SPSS versão 13

O modelo escolhido para estimar as razões de prevalências ajustadas para a idade foi o modelo do log binomial, ou seja, um modelo linear generalizado multiplicativo com função link log e função distribuição binomial. que conforme Skov (1998) é melhor modelo para estudos transversais onde o desfecho apresenta altas prevalências (Skov, Deddens, Petersen, & Endahl, 1998). A análise foi realizada utilizando o programa R versão 2.4.1. Em todos os testes foi considerado o nível de significância estatística de 0,05 e suas estimativas de intervalo de confiança.

RESULTADOS

Quinhentas e noventa e seis gestantes foram convidadas a participar da entrevista; 77 (12,9%) recusaram-se a participar, e 9 (1,5%) não completaram a entrevista, sendo excluídas. Entre as 520 gestantes restantes, uma foi excluída por não apresentar os dados que viabilizariam o cálculo de sua idade gestacional, e outras quatro, porque a idade gestacional corrigida na data da entrevista era menor que 16 semanas. Portanto, participaram efetivamente da presente análise, 515 gestantes.

As gestantes apresentavam idade média de 24,5 anos e desvio padrão de 6,5 e 7,5 anos completos de escolaridade e desvio padrão de 2,8. O peso pré-gestacional médio era de 60,8 kg e desvio padrão de 12,1 e estatura média de 1,58m e desvio padrão de 0,6. A média do consumo alimentar foi de 3.153 kcal/dia e desvio padrão de 1.389.

A Tabela 1 mostra que 15% (76) das gestantes tinham no máximo quatro anos de escolaridade; 58% (299) delas não trabalhavam e não estudavam, e 69% (344) tinham

renda mensal inferior ou igual a três salários mínimos. A maioria das gestantes (71,1%) estava no segundo trimestre da gestação, sendo a média do número de gestações anteriores de 2 (1,4). Cabe destacar ainda que 14,5% (74) das gestantes já eram obesas antes de engravidar ($IMC > 29 \text{ kg/m}^2$).

A Tabela 2 mostra que de acordo com o EDE-Q (escores ≥ 4), 0,8% (IC95% 0,2%-1,5%) das gestantes apresentaram um provável diagnóstico de transtorno alimentar. Os sintomas mais prevalentes de comportamentos alimentares inadequados no período gestacional foram: compulsão alimentar 18,6% (IC95% 15%-22%), preocupação exagerada com o corpo 6% (IC95% 4%-8%) e preocupação com o peso 6,0% (IC95% 4%-8%) 1,4% (IC95% 0,3%-2,3%) das gestantes apresentaram vômito auto-induzido; nenhuma gestante relatou o uso de laxantes e diuréticos. A utilização de exercícios físicos excessivos, como método de evitar o ganho de peso, foi relatada por 1,4% (IC95% 0%-2%) das gestantes. No período pré-gestacional, 11,5% (IC95% 8%-14%) das mulheres apresentaram preocupação com o corpo, 10,5% (IC95% 8%-13%) tinham preocupação com o peso e 29,3% (IC95% 25%-33%) apresentaram compulsão alimentar. As mulheres utilizavam os seguintes métodos inadequados para evitar o ganho de peso e alterar a forma corporal: vômito auto-induzido 6,2% (IC95% 4%-8%), laxantes 5,0% (IC95% 3%-7%) e diuréticos 3,3% (IC95% 2%-5%).

A Tabela 3 mostra o estudo de associação, através da razão de prevalências, brutas e ajustadas por idade, entre a variável de compulsão alimentar durante a gestação e cada uma das variáveis explanatórias. O ajuste para idade alterou de forma mínima os resultados das razões de prevalências brutas.

A compulsão alimentar durante a gestação foi 3,7 vezes (IC95% 2,6-5,4) maior nas gestantes que apresentavam esse sintoma antes da gestação. A preocupação prévia com o

peso associou-se com maior prevalência de compulsão na gravidez (RP=1,9, IC95% 1,2-2,9) As gestantes que apresentaram sintomas de ansiedade durante a gestação tiveram maior prevalência de compulsão alimentar (RP=2,3, IC95% 1,6-3,2). As gestantes que tinham mais sintomas depressivos apresentaram prevalências maiores para compulsão alimentar (RP=2,4, IC95% 1,7-3,5). As mulheres que apresentaram preocupação exagerada com o corpo no período pré-gestacional tiveram prevalência 6,4 vezes (IC95% 3,3-12,2) maior de preocupação com o corpo na gravidez. O Índice de Massa Corporal pré-gestacional, na categoria de pré-obesidade, mostrou uma associação significativa com a compulsão alimentar durante a gestação (RP=1,9, IC95% 1,2-3,0), tanto para o teste (χ^2) qui-quadrado ($p=0,01$) quanto para a razão de prevalências, as demais variáveis sociodemográficas não mostraram associação, no nível de 0,05, sobre a prevalência dos desfechos.

A compulsão alimentar durante a gestação associou-se com a preocupação com o peso durante a gestação (RP=7,0, IC95% 3,7-13,4). As gestantes que apresentaram sintomas de ansiedade durante a gestação tiveram maior prevalência de preocupação com o corpo e com peso (RP=2,6, IC95% 1,3-5,1; e RP=3,4, IC95% 1,7-6,8), respectivamente.

As gestantes que tinham mais sintomas depressivos apresentaram prevalências maiores para preocupação com o corpo (RP=3,0, IC95% 1,5-6,0), e preocupação com o peso (RP=5,4, IC95% 2,5-11,9) durante a gestação. Ainda observou-se que entre as 96 gestantes que apresentaram compulsão alimentar, 39,6% adquiriram esse comportamento durante a gestação; do mesmo modo, entre as 31 gestantes que apresentavam preocupação com o corpo e as 31 que se preocupavam com o peso antes da gestação, 54,8% passaram a se preocupar com os mesmos durante a gestação. Após exclusão das gestantes com compulsão alimentar pré-gestacional, a comparação de quem desenvolveu compulsão

alimentar com quem não o desenvolveu não demonstrou diferenças significativas ($p>0,05$) para os correlatos sócio-demográficos.

DISCUSSÃO

O presente estudo, ao se propor estimar a prevalência de comportamentos alimentares inadequados em gestantes e sua associação com fatores pré-gestacionais e gestacionais, demonstra que a gestação aparentemente influencia positivamente na diminuição da frequência dos comportamentos alimentares inadequados, mesmo que algumas gestantes, os tenham apresentado durante a gestação. Também confirma resultados de outros estudos que a compulsão alimentar é o comportamento mais prevalente, e que este comportamento influencia negativamente a percepção de seu peso e imagem corporal seguido da preocupação exagerada com o peso e corpo.

Para minimizar o risco que o vômito devido à gestação e os “desejos alimentares” mais característicos ao primeiro trimestre de gestação possam estar gerando respostas positivas equivocadas e assim classificação errônea de vômitos provocados com a intenção de evitar o ganho de peso e a presença de compulsão alimentar, a amostra foi restrita àquelas com idade gestacional mínima de 16 semanas.

Nossos resultados apontam que 18,6% da amostra apresentaram compulsão alimentar durante a gestação e 0,8% apresentaram possível diagnóstico de transtorno alimentar, corroborando os resultados citados na literatura que indicam que a prevalência de comportamentos alimentares inadequados em populações não clínicas é muito maior que os transtornos propriamente ditos e que existem indivíduos que apresentam comportamentos alimentares inadequados de diferentes intensidades (James, 2001).

Ainda é controverso se a gestação exerce influência positiva ou negativa nos indivíduos com transtornos alimentares. Uma das hipóteses é que positivamente a gestação constitui-se para as mulheres com comportamentos alimentares inadequados um período de relaxamento temporário da preocupação com a ingestão calórica, peso e forma, pois, existe uma razão tangível para estarem bem nutridas (Clark & Ogden, 1999; Fairburn, *et al.*, 1992). Confirmando esta hipótese em nosso estudo houve uma diminuição significativa da frequência, da preocupação com o corpo e com o peso comparativamente ao período pré-gestacional. No período gestacional os comportamentos alimentares inadequados também apresentaram uma diminuição na sua prevalência. Também geralmente ocorre uma genuína preocupação em cuidar bem do desenvolvimento do bebê. Sendo assim este período torna-se muito promissor na abordagem dos comportamentos alimentares inadequados por profissionais de saúde em virtude do fato das mulheres aceitarem melhor as mudanças.

A prevalência de compulsão alimentar, apesar de ter havido declínio, manteve-se alta. Isto associado ao fato da gestação constituir-se em fator de risco para o ganho de peso excessivo e a sua manutenção com a retenção pós-parto, provavelmente contribua para o aumento da obesidade entre as mulheres. Isso reforça o fato de que os transtornos alimentares embora relativamente raros, representam uma preocupação em saúde pública porque estão comumente associados com outras comorbidades clínicas e psiquiátricas, trazem prejuízo social e são frequentemente subtratados (Hudson, *et al.*, 2007). Em especial o sintoma compulsão alimentar, critério mais importante para o diagnóstico do transtorno da compulsão alimentar periódica que ocorre também em muitos casos de obesidade grau 3 (IMC ≥ 40), necessita atenção frente sua importância no contexto da epidemia da obesidade. Em particular na gestação quando o ganho de peso é necessário

pode ocorrer retenção de peso devido à presença de compulsão alimentar. Sendo assim este diagnóstico possibilitará intervenções precoces.

Ainda não existem informações suficientes de como as mulheres se adaptam às mudanças de peso e da aparência corporal próprios da gestação quando apresentam comportamentos alimentares inadequados antes da gravidez, nem se esses comportamentos se originam na própria gravidez (Abraham, 2001b; Conti, *et al.*, 1998; Franko, *et al.*, 2001). O estudo de Fairburn *et al* (1992) mostra que, dependendo do período gestacional, pode ocorrer melhora ou piora dos comportamentos alimentares inadequados. Segundo Kendall e colaboradores, pode haver uma tendência ao declínio dos sintomas no início da gestação, decorrente do desejo de se alimentar de forma saudável; entretanto, o declínio é temporário e, com o avanço da gestação, a gravidade e a frequência dos sintomas aumenta, provavelmente relacionados com o medo – comum – de manter o peso adquirido durante a gestação e de não haver modificação da aparência corporal própria da gravidez (Kendall, Olson, & Frongillo, 2001).

A hipótese de que a gestação pode para algumas tornar-se um desafio no que se refere ao controle do peso, comportamento alimentar e percepção da imagem corporal - principalmente devido à influência das mudanças esperadas no peso corporal e na aparência física - gerou a análise das razões de prevalência, uma vez que existem evidências que na gestação as mulheres reagem negativamente às mudanças na imagem corporal (Abraham, *et al.*, 1994; Clark & Ogden, 1999; Conti, *et al.*, 1998; Fairburn, *et al.*, 1992; Rocco, *et al.*, 2005).

Os resultados das análises das subescalas do EDE-Q e assim como o da média de consumo energético das gestantes (3153 kcal/dia) parece demonstrar o que Clark (1999)

verificou em seu estudo, que gestantes reportam comerem mais, terem menor preocupação com a comida e demonstrarem baixos níveis de comportamentos restritivos, o que se somado ao fato da alta prevalência de compulsão alimentar, provavelmente também contribua para o ganho excessivo de peso na gestação.

Este estudo apresenta algumas limitações, entre elas, os 14% de recusas e perdas, o fato dos dados referentes ao comportamento alimentar no período pré-gestacional terem sido coletados de forma retrospectiva, possibilitando a ocorrência de viés e imprecisão na informação, especialmente naquelas que apresentavam idade gestacional avançada na primeira consulta pré-natal. Outra possível limitação é a utilização de instrumentos de rastreamento ao invés de entrevistas diagnósticas, resultando em prováveis falsos positivos. A impossibilidade de interpretar a temporalidade de associações entre comportamentos inadequados e transtornos emocionais é um problema decorrente da natureza do delineamento transversal. Finalmente, as prevalências relatadas podem não representar a totalidade de gestantes atendidas em serviços públicos no sul do Brasil.

Este trabalho também mostra a importância de se avaliar a compulsão alimentar, em estudos sobre o ganho de peso excessivo e retenção de peso pós-parto. O conhecimento de que na gestação ocorre compulsão alimentar e que as preocupações com o peso e imagem corporal se mantém ou surgem pode favorecer medidas preventivas na atenção primária para evitar principalmente os desfechos relacionados ao ganho excessivo de peso.

Finalmente vale assinalar que o estudo de comportamentos alimentares inadequados e da associação com sintomas como depressão e ansiedade na gestação merece atenção em virtude de alta taxa de ocorrência e, pelo fato de que ao não serem adequadamente investigados podem trazer conseqüências deletérias para a mãe e o bebê.

CONCLUSÕES

Percebe-se que gravidez torna-se um desafio, no que se refere ao controle do peso, ao comportamento alimentar e a percepção da imagem corporal, principalmente devido à influência das mudanças esperadas no peso e no corpo. Ainda não há evidências e informações suficientes de como as mulheres se adaptam a estas mudanças, o que em alguns casos pode levar as gestantes a desenvolverem os comportamentos alimentares inadequados, característicos dos transtornos alimentares, ou mantê-los, caso o possuísem no período pré-gestacional. Constata-se, ainda, a necessidade de investigações que avaliem todo o espectro dos transtornos alimentares e enfatizem os comportamentos inadequados e suas comorbidades em gestantes em nível comunitário.

Referências

- Abraham, S. (2001). Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 22(3), 159-163.
- Abraham, S., King, W., & Llewellyn-Jones, D. (1994). Attitudes to body weight, weight gain and eating behavior in pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 15(4), 189-195.
- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Wulff, M., Astrom, M., & Bixo, M. (2004). Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *Am J Epidemiol*, 159(9), 872-881.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge-eating disorder. *Int J Eat Dis*, 32(72-78).
- Clark, M., & Ogden, J. (1999). The impact of pregnancy on eating behaviour and aspects of weight concern. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 23(1), 18-24.
- Conti, J., Abraham, S., & Taylor, A. (1998). Eating behavior and pregnancy outcome. *J Psychosom Res*, 44(3-4), 465-477.
- Fairburn, & Welch, S. L. (1990). The Impact os Pregnancy on Eating Habits and Attitudes to Shape and Weight. *Int J Eat Disord*, 9(2), 153-160.
- Fairburn, C., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord*, 16(4), 363-370.
- Fairburn, C., & Cooper, M. J. (1993). *The eating disorder examination* (12 ed.). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Stein, A., & Jones, R. (1992). Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosom Med*, 54(6), 665-672.
- Fraguas, R., Jr., Henriques, S. G., Jr., De Lucia, M. S., Iosifescu, D. V., Schwartz, F. H., Menezes, P. R., et al. (2006). The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. *J Affect Disord*, 91(1), 11-17.
- Franko, D. L., Blais, M. A., Becker, A. E., Delinsky, S. S., Greenwood, D. N., Flores, A. T., et al. (2001). Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry*, 158(9), 1461-1466.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*, 80(1), 65-73.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- James, D. C. (2001). Eating disorders, fertility, and pregnancy: relationships and complications. *J Perinat Neonatal Nurs*, 15(2), 36-48; quiz 32 p following 82.
- Kendall, A., Olson, C. M., & Frongillo, E. A., Jr. (2001). Evaluation of psychosocial measures for understanding weight-related behaviors in pregnant women. *Ann Behav Med*, 23(1), 50-58.
- Kouba, S., Hallstrom, T., Lindholm, C., & Hirschberg, A. L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol*, 105(2), 255-260.
- Machado, B. F., Machado, P. P., Klein, J., & Gonçalves, S. (2006). The eating disorder examination questionnaire: Reliability and norms for portuguese adolescent girls. Barcelona.

- Rocco, P. L., Orbitello, B., Perini, L., Pera, V., Ciano, R. P., & Balestrieri, M. (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. *J Psychosom Res*, 59(3), 175-179.
- Sichieri, R., & Everhart, J. E. (1998). Validity of a brazilian food frequency questionnaire against dietary recalls and estimated energy intake. *Nutrition Research*, 18(10), 1649-1659.
- Skov, T., Deddens, J., Petersen, M. R., & Endahl, L. (1998). Prevalence proportion ratios: estimation and hypothesis testing. *Int J Epidemiol*, 27(1), 91-95.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F. V., 3rd, Hahn, S. R., et al. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *Jama*, 272(22), 1749-1756.

Tabela 1 – Características de 515* gestantes atendidas em serviços públicos em duas cidades do sul do Brasil, 2006.

Característica	Total	
	n	%
Idade (anos)		
< 20	136	26,4
20 a 35	346	67,2
>36	33	6,4
Escolaridade (anos)		
0-4	76	14,8
5-8	252	48,9
9-11	175	34,0
+ de 12	12	2,3
Ocupação		
Não estuda nem trabalha	299	58,1
Trabalha e/ou estuda	216	41,9
Renda em salários mínimos (SM)*		
menos de 1	69	13,9
de 1,01 a 3,00	275	55,3
acima de 3,01	153	30,8
Fumo		
Nunca Fumou	260	50,5
Fumou antes da gravidez	150	29,1
Fumou Durante a gravidez	105	20,4
IMC Pré Gestacional (kg/m ²)*#		
< 19,8	68	13,3
19,8 – 26,0	311	60,7
26,1 – 29,0	59	11,5
> 29,0	74	14,5
Idade gestacional por trimestre		
2º	369	71,7
3º	146	28,3
Gestações anteriores		
Não	205	39,8
Sim	310	60,2
Episódio depressivo maior		
Não	337	65,4
Sim	178	34,6
Transtorno de ansiedade		
Não	351	68,2
Sim	164	31,8

*exceto Renda em salários mínimos (n=497); IMC Pré-gestacional (n=512)

#classificado de acordo com IOM, 1992;

Tabela 2 – Prevalência de transtornos alimentares e comportamentos alimentares inadequados em 515 gestantes atendidas em serviços públicos em duas cidades do sul do Brasil, utilizando o EDE-Q, 2006.

Característica	EDE-Q Pré-gestacional		EDE-Q Gestacional	
	n	%	n	%
Escore global EDE-Q*				
≥ 4	-	-	4	0,8
Subescala Restrição*				
≥ 4	-	-	2	0,4
Subescala Preocupação com a Comida*				
≥ 4	-	-	1	0,2
Subescala Preocupação com Corpo				
≥ 4	59	11,5	31	6,0
Subescala Preocupação com o Peso				
≥ 4	54	10,5	31	6,0
Comportamentos alimentares inadequados				
Compulsão alimentar	151	29,3	96	18,6
Vômito	32	6,2	7	1,4
Laxante	26	5,0	0	0
Diurético	17	3,3	0	0
Exercício excessivo*	-	-	7	1,4

*não investigados no período pré-gestacional

Tabela 3– Fatores associados à compulsão alimentar durante a gestação em 515 gestantes atendidas em serviços públicos em duas cidades do sul do Brasil, 2006.

Fatores	Compulsão alimentar			
	Bruta		Ajustada por Idade	
	RP	(IC95%)	RP**	(IC95%)
IMC Pré Gestacional* (kg/m ²)				
< 19,8	1,5	(0,92;2,4)	1,5	(0,9;2,3)
19,8 – 26,0	1			
26,1 – 29,0*	1,9	(1,2;3,0)	1,9	(1,2;3,0)
> 29,0	0,6	(0,3;1,3)	0,7	(0,3;1,3)
Idade gestacional por trimestre				
2°	1		1	
3°	0,98	(0,6;1,5)	0,98	(0,6;1,4)
Gestações anteriores				
Não	1		1	
Sim	0,96	(0,7;1,4)	1,1	(0,7;1,6)
Episódio depressivo maior				
Não	1		1	
Sim	2,4	(1,7;3,4)	2,4	(1,7;3,5)
Transtorno de ansiedade				
Não	1		1	
Sim	2,2	(1,6;3,2)	2,3	(1,6;3,2)
Compulsão Alimentar (pré-gestacional)				
Não	1		1	
Sim	3,7	(2,5;5,3)	3,7	(2,6;5,4)
Preocupação com o corpo (pré-gestacional)				
Não	1		1	
Sim	1,2	(0,7;2,0)	1,2	(0,7;2,0)
Preocupação com o peso (pré-gestacional)				
Não	1		1	
Sim	1,8	(1,2;2,8)	1,9	(1,2;2,9)

*Teste de chi-quadrado $p < 0,05$; ** modelo log binomial

RP = Razão de prevalências; IC95% = Intervalo de confiança de 95%

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo de medida de prevalência de comportamentos alimentares inadequados e sua associação com fatores pré-gestacionais e gestacionais, sugerem que a gestação aparentemente influencia positivamente na diminuição da frequência dos comportamentos alimentares inadequados, mesmo que uma pequena parcela os tenha desenvolvido durante a gestação. E realça a compulsão alimentar como o comportamento mais prevalente, assim como a influência negativa em algumas mulheres no que se refere à percepção de seu peso e imagem corporal.

Está bem estabelecido que muitas mulheres nas sociedades ocidentais estão insatisfeitas com o seu peso e a imagem de seu corpo, e estão dispostas a modificá-los através de dietas e exercícios, e uma minoria usam métodos mais extremos como por exemplo indução de vômitos e o uso de laxantes. Muitas destas mulheres estão em idade reprodutiva, e poucos estudos foram realizados para avaliar como elas reagem às mudanças de seu peso e aparência inerentes ao período gestacional e se caso os possuam antes da gestação estão dispostas a mantê-los.

Os resultados dos estudos que avaliam transtornos alimentares e comportamentos alimentares inadequados indicam que sua existência prévia a gestação e somados a ela pode negativamente exacerbar os sintomas e contribuir para a progressão de comportamentos alimentares de leve intensidade para comportamentos de grave intensidade, aumentar a ansiedade acerca da sua habilidade em lidar com as mudanças corporais e de peso inerentes à gestação. Geralmente, ocorre estresse acerca do ganho de peso gestacional e distúrbio da imagem corporal se a gestante for inábil em distinguir necessário e apropriado ganho de peso na gestação de engordar.

Discute-se na literatura o verdadeiro potencial da gestação em exercer influência positiva ou negativa nos transtornos alimentares. O que se sabe é que positivamente a

gestação constitui-se para as mulheres com comportamentos alimentares inadequados um período de relaxamento temporário da preocupação com a ingestão calórica, peso e forma, pois, existe uma razão tangível para estarem bem nutridas. Também geralmente ocorre uma genuína preocupação em cuidar bem do desenvolvimento do bebê. entretanto, este declínio é temporário e, com o avanço da gestação a gravidade e freqüência dos sintomas aumenta, provavelmente relacionadas com o medo comum, de não perder o peso que foi adquirido durante a gestação e, de não haver modificação da aparência corporal própria da gravidez.

Além de a aparente legitimidade psicológica em aumentar a ingestão de alimentos que somada as altas prevalências de compulsão alimentar tanto na população em geral quanto nas gestantes contribui negativamente para o aumento das taxas de ganho de peso gestacional excessivo. Como hoje a obesidade assume características epidêmicas e todo esforço é necessário em buscar possíveis fatores de risco e proteção para minimizar os efeitos deletérios desta à saúde da população.

Também é importante ressaltar que no pós-parto costuma ocorrer piora dos sintomas alimentares, um desejo de perda rápida de peso, estresse, e são comuns sentimentos de incompetência em lidar com as novas demandas e que gestantes com histórias prévias de preocupação com a comida e com o peso tem estes sentimentos piorados no pós-parto. E que estes transtornos costumam estar acompanhados de outras comorbidades psiquiátricas como transtorno de ansiedade e depressão que se presentes durante a gravidez e somados ao transtorno alimentar aumentam a ocorrência de depressão pós-parto. Além disso, podem levar à diminuição e/ ou aumento da ingestão alimentar pela mãe, não adesão ao pré-natal e risco de abusos de substâncias, somadas a complicações obstétricas complicações como nascimentos prematuros, baixo peso ao nascer, restrição no crescimento intra-uterino, hiperemese ,diabete gestacional, pré-

eclâmpsia /hipertensão, parto Cesário e baixos escores de Apgar. Com relação aos cuidados com o bebê não são raros relatos de aporte nutricional insuficiente para o bebê, preocupação com o ganho de peso, diminuição do período de aleitamento materno, subestimação da necessidade nutricional e de sinais de fome do bebê.

Por fim percebe-se que gravidez torna-se um desafio no que se refere ao controle do peso, comportamento alimentar e percepção da imagem corporal principalmente devido à influência das mudanças, esperadas, no peso e no corpo e que ainda não há evidências e informações suficientes de como as mulheres se adaptam a estas mudanças. O que em alguns casos podem levar as gestantes a desenvolverem os comportamentos alimentares inadequados, característicos dos transtornos alimentares, ou mantê-los, caso o possuíssem no período pré-gestacional. E a necessidade de Investigações que avaliem todo o espectro do problema dos transtornos alimentares e enfatizem os comportamentos inadequados e suas comorbidades em gestantes, em nível comunitário.

ANEXO I – PROJETO DE PESQUISA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



Projeto de pesquisa

**Prevalência de comportamentos alimentares inadequados em uma
amostra de gestantes atendidas pelo SUS**

Aluno: Rafael Marques Soares

Orientador: Prof. Dr. Bruce Bartholow Duncan

Co-orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maria Angélica Nunes

Porto Alegre
09 de maio de 2006

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um período crítico, no qual o estado físico e mental materno influencia diretamente tanto a saúde da mãe, quanto do feto. A *American Dietetic Association* recomenda que as mulheres em idade reprodutiva mantenham um bom estado nutricional, através de um estilo de vida que promova a saúde materna e reduza o risco de problemas para o bebê (Kaiser & Allen, 2002).

1.1 Comportamentos alimentares na gestação

Atualmente é comum a preocupação com o peso corporal e a aparência física. Muitas adolescentes e mulheres jovens, insatisfeitas com sua aparência e peso, tentam mudá-lo com dietas e exercícios. Outras, uma minoria, usa métodos mais extremos como indução de vômito, uso de laxantes e diuréticos e dietas muito restritivas (Fairburn, *et al.*, 1992; M. A. Nunes, Barros, Anselmo Olinto, Camey, & Mari, 2003). Também são comuns, outros comportamentos inadequados característicos dos transtornos alimentares, como por exemplo, a ingestão excessiva de alimentos, o que normalmente cursa com um ganho de peso elevado. Fairburn e Welch em 1990 (C. G. Fairburn & S. L. Welch, 1990), observaram que 25% das mulheres grávidas revelaram episódios de ingestão excessiva de alimentos e sentimentos de perda de controle durante o episódio. Abraham em 1994 (Abraham, *et al.*, 1994) revela taxas de 44% ou mais do mesmo comportamento. Esses episódios são mais comuns entre mulheres que antes da gravidez estavam em dieta, o que também poderia acontecer devido ao aumento da fome durante a gravidez, a propensão do comer em resposta a humor depressivo e ao abandono da prévia dieta restritiva (Abraham, *et al.*, 1994; C. G. Fairburn & S. L. Welch, 1990).

Ainda não existem evidências e informações suficientes da evolução de mulheres que apresentam esses comportamentos no período gestacional tornando os transtornos alimentares e seus comportamentos inadequados um evento particularmente interessante no contexto da gestação. Sabe-se que muitas destas mulheres passam a se alimentar de forma mais saudável e correta após o conhecimento da gravidez (Fairburn, *et al.*, 1992). Contudo para algumas a gravidez torna-se um desafio no que se refere ao controle do peso, comportamento alimentar e percepção da imagem corporal principalmente devido à influência das mudanças, esperadas, no peso corporal e na aparência física (Abraham, 2001a; Conti, *et al.*, 1998; Fairburn, *et al.*, 1992). Estas mudanças podem levar as gestantes a desenvolverem comportamentos alimentares inadequados, ou mantê-los, caso o apresentassem no período pré-gestacional. Há uma tendência de declínio na gravidade dos sintomas no início da gestação, decorrente do desejo de se alimentar de forma mais saudável, entretanto, este declínio é temporário. Com o avanço da gestação a frequência e a gravidade dos sintomas aumentam. Este aumento, provavelmente está relacionado ao medo de que o peso adquirido durante a gestação não seja mais perdido (Fairburn, *et al.*, 1992).

Pouco se sabe sobre os efeitos de um comportamento alimentar inadequado na gravidez. Das informações disponíveis sabemos que podem ocorrer conseqüências desastrosas tanto para o bebê como para a mãe quando um transtorno alimentar está presente, como por exemplo nascimentos prematuros, baixo peso ao nascer, restrição no crescimento intra-uterino, parto cesáreo e baixos escores de Apgar (James, 2001), bem como, macrossomia e risco aumentado de futura obesidade nos casos de alimentação excessiva.

2. JUSTIFICATIVA

No Brasil inexitem informações confiáveis a respeito do comportamento alimentar das gestantes, considerando a importância destes comportamentos no desfecho da gestação e saúde do recém nascido.

A existência de instrumentos capazes de medir o comportamento alimentar, torna factível e útil essa investigação. Assim, o conhecimento comportamento alimentar das gestantes pode colaborar para o planejamento adequado de políticas de saúde e condutas eficazes na prática clínica, auxiliando na identificação dos grupos de maior risco para deficiências nutricionais.

Esse conjunto de conhecimentos poderá subsidiar o planejamento de futuros estudos de intervenções com o intuito de melhorar o estado nutricional das gestantes.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

A partir de questionários validados, estudar as características, frequência e os correlatos sócio-demográficos e psicológicos dos comportamentos alimentares inadequados em gestantes oriundas do Sistema Único de Saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- Prevalência de comportamos alimentares inadequados durante a gestação
- Comparar a prevalência de comportamentos alimentares inadequados em gestantes em relação com IMC pré-gestacional.

- Comparar prevalência de comportamentos alimentares inadequados em gestantes com preocupações prévias com o peso corporal.
- Comparar prevalência de comportamentos alimentares inadequados em gestantes com preocupações prévias com a imagem corporal.
- Comparar a relação entre ganho excessivo de peso para a idade gestacional e a prevalência de comportamentos alimentares inadequados
- Comparar comportamentos alimentares inadequados com o valor energético total consumido
- Comparar a relação depressão e ansiedade e comportamentos alimentares inadequados.

4. Método

Este é um projeto que faz parte do Estudo do Consumo e Comportamento Alimentar de uma amostra de gestantes – ECCAGe

4.1 Delineamento

Estudo de prevalência

4.2 População de pesquisa

1000 gestantes, com idade gestacional entre a 16^a e 36^a semana.

A amostra será de conveniência. As gestantes serão arroladas consecutivamente em sala de espera para consulta pré-natal, nos seguintes locais de atendimento:

Oito Unidades Básicas de Saúde e Centro de Referência Materno Infantil de Bento Gonçalves. Sete Unidades Básicas de Saúde do Centro de Saúde-Escola Murialdo em

Porto Alegre e três Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre

4.3 Estimativa de tamanho de amostra

A amostra foi calculada a partir da estimativa de uma prevalência de comportamento alimentar inadequado de 10%, com intervalo de confiança de 95% de 7,41 a 12,59%. Os cálculos foram realizados na ferramenta STATCALC do software EPI INFO e resultaram umas amostras de 515 gestantes.

Variáveis

Características sócio-demográficas da gestante: idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda;

Idade gestacional, número de gestações e número de filhos;

Fumo e consumo de droga na gravidez;

Recebimento de orientação nutricional;

Presença de sintomas e complicações da gestação, como azia, náusea, pica, desejos.

Diabetes e hipertensão

Medidas de peso e altura; Ganho de peso gestacional até momento da entrevista.

IMC pré-gestacional, de acordo com IMC (Índice de Massa Corporal).

Comportamento Alimentar

“*Eating Disorders Examination Questionnaire EDE-Q*”, instrumento constituído de 36 questões derivadas da entrevista semi-estruturada EDE, padrão ouro para transtornos alimentares (C. G. Fairburn & S. J. Beglin, 1994; C. G. Fairburn & Z. Cooper, 1993). O EDE-Q é constituído das mesmas quatro subescalas presentes no EDE ([1] restrição alimentar, [2] preocupação com a comida, [3] preocupação com o corpo, [4]

preocupação com o peso) e o escore total do instrumento que resulta da média entre as 4 subescalas.

Ainda fazem parte do Estudo ECCAGe as seguintes variáveis:

Consumo Alimentar

Consumo de energia, estimado pelo Questionário de Frequência Alimentar categorizado em insuficiente, adequado e excessivo de acordo com o IMC pré-gestacional (Giacomello, *et al.*, 2006; Sichieri & Everhart, 1998).

Transtornos Mentais Comuns

Serão utilizados os módulos de depressão e ansiedade do instrumento PRIME-MD - Avaliação de Transtornos Mentais para Atenção Primária (*The primary care evaluation of mental disorders*), que foi traduzido e validado para o português brasileiro (Fraguas, *et al.*, 2006; Spitzer, *et al.*, 1994).

4.5 Coleta de Dados

Será realizada uma entrevista, com entrevistador treinado para a função, antes ou após a consulta pré-natal. Serão aferidos peso e altura da gestante e aplicado os seguintes questionários:

Questionário estruturado e padronizado para variáveis sócio-demográficas e relacionadas à gestação.

- Questionário EDE-Q.- o instrumento foi validado para o português e adaptado para o português brasileiro visando o presente projeto (M.A. Nunes & Soares, 2006). Será aplicado referindo-se ao período pré-gestacional em uma versão reduzida e aos últimos 28 dias antes da data da entrevista na sua versão completa.

6. INDICADORES DE PROGRESSO TÉCNICO-CIENTÍFICO DA PROPOSTA

Número de entrevistas feitas, entradas, verificadas.

Bancos de dados criados

Análises feitas

Manuscritos encaminhados para publicação

Disponibilização de um instrumento para rastreamento de comportamento alimentar em gestantes.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Na sala de espera do posto de saúde a gestante será convidada a participar de pesquisa quando lhe será assinalado que sua participação é livre e, garantido que as informações fornecidas são estritamente sigilosas. Em local reservado, após a leitura, compreensão e assinatura do consentimento informado em 2 (duas) vias será iniciada a entrevista. Caso a gestante não saiba ler o entrevistador fará a leitura para que a mesma avalie se realmente quer participar. Os pais/responsável deverão assinar o termo de consentimento informado quando a gestante tiver idade inferior a 14 anos.

O questionário sócio-demográfico, o de frequência alimentar e o de comportamento alimentar serão realizados por entrevistadores treinados para a tarefa.

Dados do prontuário das gestantes como peso, altura, nome, peso do bebê, data do parto, poderão ser consultados pelos entrevistadores e coordenadores da pesquisa.

A análise dos dados será feita sem os nomes e outros identificadores pessoais, sendo cada pessoa identificada apenas por um número. A divulgação dos resultados da pesquisa será feita com base no conjunto e não com as informações individuais. Da

mesma forma, nenhuma informação individual será repassada a nenhum, profissional da unidade básica de saúde ou da Universidade Federal de Rio Grande do Sul.

A participação é voluntária e isenta de custos, ou de qualquer outra responsabilidade. É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e abandono do estudo, sem qualquer prejuízo a sua pessoa.

O estudo, por ser apenas de entrevistas e revisão de prontuários, não gera risco às gestantes. A única inconveniência será o maior tempo de permanência das mesmas na unidade básica de saúde.

Os benefícios deste trabalho poderão ser revertidos a todas as gestantes de modo indireto.

O projeto já foi submetido aos responsáveis pelo Centro de Saúde Escola Murialdo e Secretaria Municipal de saúde de Porto Alegre e Secretarias Municipais de Saúde, tendo sido aceito em todos os locais.

No final do mês de Junho, O Estudo ECCAGe foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

8. ESTRATÉGIA DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão divulgados à comunidade científica por meio de congressos e revistas científicas, bem como aos profissionais (médicos, nutricionistas e psicólogos) das instituições colaboradoras por meio de palestras e estudos de grupo.

9. ORÇAMENTO

Material para Campo		
Recurso	Descrição	Valor Aproximado
Impressões	40000 cópias dos questionários, termo de consentimento e manuais	R\$ 1.700,00
Material de Consumo	Material de escritório (canetas, lápis, borracha, papel, grampeador, grampo, cliques, tinta de impressora, pastas plásticas, crachás e pranchetas)	R\$ 360,00
Material de Consumo	Uniformes – 15 jalecos	R\$ 515,00
Material de Consumo	Caixas arquivos para elaboração da urna	R\$ 70,00
Material de Consumo	Mochilas e pastas	R\$ 200,00
Passagens	passagens urbanas, para entrevistadoras para deslocamento até os postos	R\$ 4.200,00
Terceiros, pagamento de pessoa física	Contratação de entrevistadoras com carga de 20hs, durante 6 meses, para trabalho de campo	R\$ 31.500,00
Terceiros, pagamento de pessoa física	Contratação de estatístico para análise dos dados	R\$ 3.000,00
Equipamentos	Balança Filizolla	R\$ 500,00
Equipamentos	Cartuchos de impressão	R\$ 500,00
Equipamentos	Estante de metal	R\$ 120,00
Equipamentos	Computador	R\$ 5.000,00
Equipamentos	Impressora	R\$ 500,00
Material Bibliográfico	Livros e artigos	R\$ 1.300,00
TOTAL		R\$ 49.465,00

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaiser LL, Allen L. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc.* 2002 Oct;102(10):1479-90.
2. Fairburn CG, Stein A, Jones R. Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosom Med.* 1992 Nov-Dec;54(6):665-72.
3. Nunes MA, Barros FC, Anselmo Olinto MT, Camey S, Mari JD. Prevalence of abnormal eating behaviours and inappropriate methods of weight control in young women from Brazil: a population-based study. *Eat Weight Disord.* 2003 Jun;8(2):100-6.
4. Fairburn CG, Welch SL. The Impact os Pregnancy on Eating Habits and Attitudes to Shape and Weight. *Int J Eat Disord.* 1990;9(2):153-60.
5. Abraham S, King W, Llewellyn-Jones D. Attitudes to body weight, weight gain and eating behavior in pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1994 Dec;15(4):189-95.
6. Conti J, Abraham S, Taylor A. Eating behavior and pregnancy outcome. *J Psychosom Res.* 1998 Mar-Apr;44(3-4):465-77.
7. Abraham S. Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2001;22(3):159-63.
8. James DC. Eating disorders, fertility, and pregnancy: relationships and complications. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2001 Sep;15(2):36-48; quiz 2 p following 82.
9. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord.* 1994 Dec;16(4):363-70.
10. Fairburn CG, Cooper Z. *The Eating Disorders Examination.* 12 ed. New York: The Guilford Press; 1993.
11. Sichieri R, Everhart JE. Validity of a brazilian food frequency questionarie against dietary recalls and estimated energy intake. *Nutrition Research.* 1998;18(10):1649-59.
12. Giacomello A, Schmidt MI, Nunes MA, Duncan BB, Soares RM, Manzolli P, et al. Validade de questionário de frequência alimentar relativa a recordatório, para uso em gestantes. Porto Alegre; 2006. p. 97.
13. Fraguas R, Jr., Henriques SG, Jr., De Lucia MS, Iosifescu DV, Schwartz FH, Menezes PR, et al. The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. *J Affect Disord.* 2006 Mar;91(1):11-7.
14. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, 3rd, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *Jama.* 1994 Dec 14;272(22):1749-56.
15. Nunes MA, Soares RM. Adaptação ao português brasileiro do Exame de Perturbações Alimentares - Questionário. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2400 2º andar Fone: (51) 3316-5620
CEP: 90035-003 - POA - RS ppgepid@ufrgs.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**PROJETO “Medida do padrão de consumo alimentar, prevalência de transtornos mentais e violência em uma amostra de gestantes”.**

A gestação é um período importante para as mulheres. Estamos interessados em estudar o consumo alimentar das gestantes e verificar se problemas de ordem emocional e, tipos de violência sofridos interferem na evolução da gravidez tanto para a mãe quanto para o bebê.

1. A pesquisa é da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com a colaboração do Centro de Saúde-Escola Murialdo de Porto Alegre e Secretarias Municipais de Saúde de Bento Gonçalves e Porto Alegre, RS.

2. Participar do estudo é responder perguntas que, por vezes serão íntimas, sobre a sua saúde física e emocional, alimentos que consome, e tipos de violência sofridos. O tempo médio da entrevista é de 50 minutos. Faremos sua medida de peso e altura.

3. Os pesquisadores, no final da sua gestação, revisarão dados do seu prontuário como data do parto, peso e altura no final da gestação, peso e comprimento do bebê, intercorrências perinatais, para conhecimento do término da sua gestação.

4. Suas informações serão sigilosas. Os dados serão examinados sem os nomes, cada pessoa identificada por um número. Os resultados serão considerados no conjunto e não individuais. Nenhuma informação individual será repassada para as instituições colaboradoras. Caso seja detectado em você algum problema a coordenadora do estudo fará contato para lhe esclarecer sobre o mesmo e informar-lhe locais de ajuda.

5. Será feito um cadastro com o seu endereço, para um possível contato após o parto. A participação nesta primeira etapa não obriga a participação no segundo contato.

6. A participação é voluntária e isenta de custos, ou de qualquer outra responsabilidade.

7. É garantida a sua liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

A equipe do estudo está à disposição para dúvidas e esclarecimentos - Prof. Maria Angélica Nunes (51) (32316306).

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Ficaram claras para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro que a minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Assinatura da participante Data ____/____/____

Assinatura do responsável Data ____/____/____
para gestantes com idade inferior a 14anos

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta gestante para a participação neste estudo

Assinatura do responsável pela entrevista Data ____/____/____

ANEXO III - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO**

pro-reitoria de pesquisa

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2006561

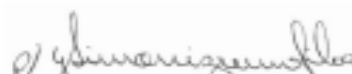
Título : Medida do padrão de consumo alimentar, prevalência de transtornos mentais e violência em uma amostra de gestantes.

Pesquisador (es) :


<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>EGNE</u>
MARIA ANGÉLICA ANTUNES NUNES	PESQ RESPONSÁVEL		
ANDRESSA GIACOMELLO	PESQUISADOR	andressa@italnet.com.br	
BRUCE BARTHOLOW DUNCAN	PESQUISADOR	bbduncan@orion.ufrgs.br	33165620
MARIA INES SCHMIDT	PESQUISADOR	bbduncan@vortex.ufrgs.br	33165591
RAFAEL MARQUES SOARES	PESQUISADOR	rmaoares@brturbo.com.br	

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 6 , ata nº 72 , de 22/6/2006 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, quinta-feira, 6 de julho de 2006


LUIZ CARLOS BOMBASSARO
Coordenador do CEP-UFRGS

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL FACULDADE DE MEDICINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA	N° do Quest <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Pesquisa ECCAGe MEDIDA DO PADRÃO DE CONSUMO ALIMENTAR, PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E VIOLÊNCIA EM UMA AMOSTRA DE GESTANTES		
Questionário de Pesquisa		
Entrevistador <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Cod <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Data <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Cidade <input type="checkbox"/> Porto Alegre <input type="checkbox"/> Bento Gonçalves	UBS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
Nome do Paciente <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Número da Identidade <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Gostaríamos de preencher um cadastro com seu endereço, caso seja necessário entrar em contato com você novamente.		
1) Onde você mora? Rua/Av: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Nº: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Complemento <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Bairro <input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/>
Cidade <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>		CEP: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Telefone <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/>	Celular <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/>	
2) Qual o Nome da sua mãe? Nome <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Qual o endereço dela? Rua/Av: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Nº: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Complemento <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Bairro <input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/>
Cidade <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>		CEP: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Telefone <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/>	Celular <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/>	
1 / 24		
3978496826		

Vamos conversar um pouco sobre a sua alimentação

N° do Quest

--	--	--	--

- 21) Onde você realiza a maior parte das refeições? (ler as alternativas)
 Na sua casa Na casa de parente No trabalho Restaurantes Outro
- 22) Nas refeições você costuma estar sozinha ou acompanhada?
 Sozinha Acompanhada - de quem?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- 23) Durante um dia quantas refeições (Incluir lanches) você faz?

--	--	--
- 24) Você tem o hábito de beliscar alimentos? Sim Não
- 25) Você já recebeu orientação de como se alimentar? Sim Não PULAR PARA A Q.27 IGN
SE SIM, ela ocorreu: antes de engravidar
 durante a gestação
 antes de engravidar e durante a gestação
 NSA
- 26) Qual o objetivo da orientação alimentar? (ler as alternativas)
 diminuição do peso NSA
 aumento de peso IGN
 outros

--

Agora gostaria de saber algumas informações sobre sua gravidez

- 27) Quantos meses você está de gravidez?

--	--
- 28) Essa gravidez foi planejada? Sim Não
- 29) Você já ficou grávida antes? Sim Não PULAR PARA A Q.32
- 30) Quantas vezes já ficou grávida, incluindo esta gestação?

--	--

(88 NSA)
- 31) Quantos filhos você tem?

--	--

(88 NSA)
- 32) Você esta esperando gêmeos? Sim Não IGN
- 33) Alguma vez o médico lhe disse que você tinha pressão alta (hipertensão arterial)?
 Sim Não
SE SIM, ler as alternativas antes da gestação nesta gestação NSA IGN
- 34) Alguma vez o médico lhe disse que você tinha açúcar no sangue (diabetes)?
 Sim Não
SE SIM, ler as alternativas antes da gestação nesta gestação NSA IGN

N° do Quest

AGORA VAMOS MEDIR SUA ALTURA E PESO42) Peso atual: , Kg43) altura: cm**AGORA GOSTARIA DE VER SEU CARTÃO DE GESTANTE PARA COPIAR
ALGUNS DADOS**44) Data da primeira consulta de pré-natal: / / (01/01/1980 IGN)45) Data da última menstruação: / / (01/01/1980 IGN)46) Idade gestacional pela última menstruação 47) Data da Ecografia: / / (01/01/1980 IGN)48) Idade gestacional pela Ecografia (99 IGN)49) Data provável de parto: / / (01/01/1980 IGN)

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR

Nº do Quest

Gostaríamos que você respondesse com que frequência tem comido alguns alimentos, agora que está grávida, e também a quantidade de alimento que come a cada vez.

Primeiro pergunta: Com que frequência você tem comido "nome do alimento"?

Caso ela refira consumir o alimento, perguntar: Quantas "ler a medida caseira"?

A cada 4 ou 5 alimentos lembrar a gestante que o questionário se refere alimentação durante a gestação.

Alimento	Quantidade consumida por vez	Mais de 3x/dia	2 a 3 x/dia	1 x/dia	5 a 6 x/sem	2 a 4 x/sem	1 x/sem	1 a 3 x/mês	Nunca/ Quase nunca
Aroz Branco	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> col sopa ch	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Aroz Integral	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> col sopa ch	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Felção	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> concha méd	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Macarrão	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Escumadeira cheia / pegador	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Macarrão Integral	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Escumadeira cheia / pegador	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Farinha de Mandioca	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> colher sopa	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Pão caseiro ou fatiado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 fatias pão for	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Pão Integral / centelo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> fatia	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Pão caseiro	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> fatia	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Biscoito doce	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Bolos/cucas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> fatias	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Biscoito Salgado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Polenta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pedaço	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Batata Frita ou chips	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> porção peq	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Batata cozida	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Mandioca alvim	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pedaço	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Milho verde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 espiga 4 col sopa	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Pipoca	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> xícara	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Lentilha/ Ervilha/Grão de Bico	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> colher sopa	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Afaca	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> folha	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Couve	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> col sopa ch	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Repolho	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> col sopa ch	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Laranja/ Bergamota	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Banana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

Alimento	Quantidade consumida por vez	Mais de 3x/dia	2 a 3 x/dia	1 x/dia	5 a 6 x/sem	2 a 4 x/sem	1 x/sem	1 a 3 x/mês	N° do Quest	
									Nunca/Quase nunca	
Mamão/Papala	□□,□ fat/1/2 papala	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Maçã	□□,□ unidade	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Melancia/Meião	□□,□ fatia	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Abacaxi	□□,□ fatia	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Abacate	□□,□ 1/2 unidade	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Manga	□□,□ unidade	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Limão	Só a freqüência	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Maracujá	Só a freqüência	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Uva	□□,□ cacho médio	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Golaba	□□,□ unidade	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Pêra	□□,□ unidade	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Chicória	□□,□ col sopa ch	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Tomate	□□,□ unidade	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Chuchu	□□,□ col sopa ch	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Abóbora	□□,□ col sopa ch	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Abobrinha	□□,□ col sopa ch	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Pepino	□□,□ fatia	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Vagem	□□,□ col sopa ch	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Cebola	Só a freqüência	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Aiho	Só a freqüência	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Pimentão	Só a freqüência	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Cenoura	□□,□ col sopa ch	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Beterraba	□□,□ fatia	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Couve Flor	□□,□ ramo ou flor	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Ovos	□□,□ unidades	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Leite Integral	□□,□ copo	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Leite Semidesnatado	□□,□ copo	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Leite Desnatado	□□,□ copo	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Iogurte Normal	□□,□ unidade	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Iogurte Light	□□,□ unidade	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Queijo	□□,□ fatia média	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Requeijão	Só a freqüência	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Manteiga	Só a freqüência	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Margarina	Só a freqüência	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Visceras: fígado, coração, bucho	□□,□ pedaço	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	

										N° do Quest
										□□□□
Alimento	Quantidade consumida por vez	Mais de 3x/dia	2 a 3 x/dia	1 x/dia	5 a 6 x/sem	2 a 4 x/sem	1 x/sem	1 a 3 x/mês	Nunca/Quase nunca	
Carne de boi/sosso	□□,□ 1 bife médio = 4 col sopa moída ou 2 pedacoi	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Carne de boi/osso/mocotó/rabo	□□,□ pedaço	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Carne porco	□□,□ pedaço	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Frango	□□,□ pedaço	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Salsicha/lingüiça	□□,□ unid ou gomo	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Peixe fresco	□□,□ file ou posta	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Peixe enlatado (atum, sardinha)	□□,□ latas	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Hambúrguer	□□,□ unidades	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Pizza	□□,□ pedaço	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Camarão	□□,□ unidades	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Bacon/toucinho	□□,□ fatia	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Malonese	□□,□ colher cha	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
salgados: Kibe, pastel	□□,□ unidades	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Salgadinhos	□□,□ pacote	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Sorvete	□□,□ unidades	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Açúcar	□□,□ col/sobremesa	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Caramelo, baía	Só a frequência	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Chocolate pó/ Nescäu	□□,□ col/sobremesa	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Chocolate barra/ bombom	□□,□ 1 peq. ou 2 bombons	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Pudim	□□,□ pedaço	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Doce de leite/ Geléa	□□,□ col/sobremesa	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Refrigerante Normal	□□,□ copo	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Refrigerante Light	□□,□ copo	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Café	□□,□ xícara	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Suco Natural	□□,□ copo	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Suco Artificial	□□,□ copo	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Vinho	□□,□ copo	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Cerveja	□□,□ copo	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	
Outras Bebidas alcoólicas	□□,□ dose	3 □	2 □	1 □	0,79 □	0,43 □	0,14 □	0,07 □	0 □	

		Nº do Quest						
(Questionário para Investigação de Transtornos do Comportamento Alimentar)								
Instruções								
As questões que seguem dizem respeito aos 28 dias antes de sua gravidez								
Nos últimos 28 dias antes de sua gravidez, quantos dias.	Nenhum	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos dias	
1 Tentou seguir regras rígidas na sua alimentação para modificar seu peso e forma corporal como, por exemplo, um limite de calorias, quantidade exata de comida, aquilo que devia ou não comer ou mesmo quando devia comer?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
2 Desejou não ter barriga?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
3 Pensou sobre seu peso e forma corporal e quantidade dos alimentos a ponto de atrapalhar em sua capacidade de prestar atenção em outras atividades como, por exemplo, ler, ver televisão, ou escutar uma conversa?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
4 Sentiu medo de ganhar peso ou ficar gorda?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
5 Sentiu-se gorda?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
6 Teve um grande desejo de perder peso?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
10 / 24								
8171496826								

N° do Quest

7 Nos 28 dias antes de sua gravidez, houve situações em que sentiu que comeu o que as pessoas considerariam como uma quantidade de comida maior que alguém comeria na mesma situação?

- Não PULAR PARA Q.10
 Sim

8 Quantas vezes teve esse episódio nestes 28 dias antes da gravidez? (888 NSA)

9 Quantos desses episódios de ingestão alimentar exagerada, você sentiu como não tendo controle?
(888 NSA)

10 Nos 28 dias antes de sua gravidez provocou vômito como um meio de controlar o seu peso e a forma corporal?

- Não PULAR PARA Q.12
 Sim

11 Quantas vezes nestes 28 dias antes da gravidez? (888 NSA)

12 Tomou laxante (remédio para ir aos pés) como um meio de controlar seu peso e forma corporal?

- Não PULAR PARA Q.14
 Sim

13 Quantas vezes nestes 28 dias antes da gravidez? (888 NSA)

14 Tomou diuréticos (remédios para perder água) como um meio de controlar o seu peso e forma corporal?

- Não (PULAR PARA Q.16)
 Sim

15 Quantas vezes nestes 28 dias antes da gravidez? (888 NSA)

							N° do Quest
<u>EXPLIQUE O INTERVALO DE 0 A 6</u> Nos últimos 28 dias, antes de sua gravidez	N A D A		U M P O U C O		M O D E R A D A M E N T E		M U I T O
16 Seu peso modificou a forma como pensa sobre si?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
17 Sua aparência modificou a forma como pensa sobre si?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
18 Até que ponto se aborreceria se lhe tivessem pedido para se pesar uma vez por semana durante as quatro semanas seguintes?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
19 Até que ponto se sentiu insatisfeita com seu peso?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
20 Até que ponto se sentiu insatisfeita com sua aparência?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
21 Até que ponto se sentiu desconfortável ao ver seu corpo, por exemplo, em um espelho, no reflexo de uma vitrine, enquanto se vestia ou enquanto tomava banho?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
22 Até que ponto se sentiu mal pelo fato de os outros verem seu corpo; por exemplo, na praia, ou quando usava roupas que mostravam suas formas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

								N° do Quest
(Questionário para Investigação de Transtornos do Comportamento Alimentar)								
<u>Instruções</u>								
As questões que seguem dizem respeito APENAS às últimas quatro semanas (28 dias).								
Nos últimos 28 dias quantos dias	Nenhum	1 -5 dias	6 -12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos dias	
1 Tentou diminuir a quantidade de comida para mudar seu peso e forma corporal?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
2 Passou longos períodos de tempo (8 horas ou mais) sem comer para mudar seu peso e forma corporal?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
3 Tentou evitar comer alimentos preferidos para mudar seu peso e forma corporal?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
4 Tentou seguir regras rígidas na sua alimentação para modificar seu peso e forma corporal como, por exemplo, um limite de calorias, quantidade exata de comida, aquilo que devia ou não comer ou mesmo quando devia comer?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
5 Desejou experimentar a sensação de ter o estômago vazio?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
6 Pensou sobre comida ou quantidade de calorias a ponto de atrapalhar em sua capacidade de se concentrar em outras atividades como, por exemplo, ler, ver televisão, ou escutar uma conversa?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
7 Teve medo de perder o controle sobre o quanto você comia?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
8 Teve episódios de ingestão alimentar compulsiva, ou seja, comer grandes quantidades de comida, num curto período de tempo, com a sensação de não ter controle sobre o quanto comia?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
9 Comeu em segredo (não contar as vezes que comeu grande quantidade de comida, rapidamente, com a sensação de não ter controle sobre o quanto comia)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
10 Desejou não ter barriga?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
11 Pensou sobre seu peso e forma corporal e quantidade dos alimentos a ponto de atrapalhar em sua capacidade de prestar atenção em outras atividades como, por exemplo, ler, ver televisão, ou escutar uma conversa?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	

							N° do Quest
Nos últimos 28 dias quantos dias	Nenhum	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos dias
12 Sentiu medo de ganhar peso ou ficar gorda?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
13 Sentiu-se gorda?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
14 Teve um grande desejo de perder peso?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (28 DIAS) (ler as alternativas)							
15 Quantas vezes se sentiu culpada depois de comer, por causa do efeito que isso teria no peso e forma corporal (não conte as situações de ingestão alimentar compulsiva)	<input type="checkbox"/> 0-Nenhuma vez			<input type="checkbox"/> 4-Muitas vezes			
	<input type="checkbox"/> 1-Raramente			<input type="checkbox"/> 5-Quase sempre			
	<input type="checkbox"/> 2-Às vezes			<input type="checkbox"/> 6-Sempre			
	<input type="checkbox"/> 3-Metade dos dias						
16 Nas últimas quatro semanas (28 dias), houve situações em que sentiu que comeu o que as pessoas considerariam como uma quantidade de comida maior que alguém comeria na mesma situação?							
<input type="checkbox"/> Não PULAR PARA Q.19 <input type="checkbox"/> Sim							
17 Quantas vezes teve esse episódio nas últimas quatro semanas? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (888 NSA)							
18 Quantos desses episódios de ingestão alimentar exagerada, você sentiu como não tendo controle? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (888 NSA)							
19 Houve outras situações em que sentiu não ter controle e comeu muito, mas não comeu grande quantidade dadas as circunstâncias?							
<input type="checkbox"/> Não PULAR PARA Q.21 <input type="checkbox"/> Sim							
20 Quantas vezes nas últimas quatro semanas? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (888 NSA)							
21 Nas últimas quatro semanas provocou vômito como um meio de controlar o seu peso e a forma corporal?							
<input type="checkbox"/> Não PULAR PARA Q.23 <input type="checkbox"/> Sim							
22 Quantas vezes nas últimas quatro semanas? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (888 NSA)							
23 Tomou laxante (remédio para ir aos pés) como um meio de controlar seu peso e forma corporal?							
<input type="checkbox"/> Não PULAR PARA Q.25 <input type="checkbox"/> Sim							
24 Quantas vezes nas últimas quatro semanas? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (888 NSA)							
25 Tomou diuréticos (remédios para perder água) como um meio de controlar o seu peso e forma corporal?							
<input type="checkbox"/> Não PULAR PARA Q.27 <input type="checkbox"/> Sim							
26 Quantas vezes nas últimas quatro semanas? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (888 NSA)							
27 Fez exercício físico excessivo como um meio de controlar o seu peso e forma corporal?							
<input type="checkbox"/> Não PULAR PARA Q.29 <input type="checkbox"/> Sim							
28 Quantas vezes nas últimas quatro semanas? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (888 NSA)							

EXPLIQUE O INTERVALO DE 0 A 6 NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (28 DIAS)	N A D A		U M P O U C O		M O D E R A D A M E N T E		M U I T O	Nº do Quest			
29 Seu peso modificou a forma como pensa sobre si?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6				
30 Sua aparência modificou a forma como pensa sobre si?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6				
31 Até que ponto se aborreceria se lhe tivessem pedido para se pesar uma vez por semana durante as quatro semanas seguintes?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6				
32 Até que ponto se sentiu insatisfeita com seu peso?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6				
33 Até que ponto se sentiu insatisfeita com sua aparência?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6				
34 Até que ponto esteve preocupada com o fato de as outras pessoas a verem comer?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6				
35 Até que ponto se sentiu desconfortável ao ver seu corpo, por exemplo, em um espelho, no reflexo de uma vitrine, enquanto se vestia ou enquanto tomava banho?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6				
36 Até que ponto se sentiu mal pelo fato de os outros verem seu corpo; por exemplo, na praia, ou quando usava roupas que mostravam suas formas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6				

Questionário do Paciente

Nº do Quest

--	--	--	--	--

Instruções: Este questionário ajudará na compreensão dos problemas que você pode ter. Pode ser necessário perguntar-lhe mais sobre alguns desses itens. Por favor, esteja certo de assinalar um X exatamente no quadrado para cada item.

No último mês você tem se incomodado muito com:	Durante o mês passado
<p>1. Sua alimentação esta fora do controle? A</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>6. Você teve uma crise de ansiedade ?(subitamente sentiu medo ou pânico) C</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>2. Pouco interesse ou prazer para fazer as coisas? B</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>3. Sentir-se "para-baixo" deprimida, ou sem esperança?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>7. Você pensou que deveria diminuir o quanto voce bebe de álcool? D</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>8. Alguém se queixou de você beber? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>9. Você se sentiu culpado ou aborrecido por causa da bebida?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>10. Houve algum dia em que você bebeu 5 ou mais doses de cerveja, vinho ou destilados?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>4. Nervosismo, sentir-se ansiosa ou inquieto? C</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>5. Preocupar-se com muitas coisas diferentes?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>11. Os problemas acima trouxeram dificuldades para você trabalhar, fazer suas tarefas em casa ou sair para passear?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>12. Em geral, você diria que sua saúde é:</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Razoável</p> <p><input type="checkbox"/> Muito Boa <input type="checkbox"/> Ruim</p> <p><input type="checkbox"/> Boa</p>

MÓDULO A

N° do Quest

--	--	--	--

Caso a entrevistada preencha algum critério de acordo com o módulo, a entrevistadora fará a leitura das questões do módulo adequado e, para cada pergunta, você deve assinalar a resposta com um X exatamente no quadrado para cada item.

01. Você come frequentemente, num período de 2 horas, o que a maioria das pessoas consideraria como uma grande quantidade de comida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Salda
02. Quando você come dessa maneira, sente geralmente que não consegue controlar o que ou o quanto você está comendo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Salda
03. Em média, Isso aconteceu 2 vezes por semana nos últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Salda
04. Você costuma provocar vômitos ou tomar mais que o dobro da dose recomendada de laxantes para evitar ganhar peso depois que come dessa maneira?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <small>PULAR PARA 2.08</small>
05. Em média, Isso aconteceu 2 vezes por semana nos últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
06. Você costuma jejuar - não comer nada durante pelo menos 24 horas - ou se exercitar por mais de uma hora especificamente para evitar ganhar peso depois de comer dessa maneira?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Salda
07. Em média, Isso aconteceu 2 vezes por semana nos últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

N° do Quest

--	--	--	--

Módulo B

Caso a entrevistada preencha algum critério de acordo com o módulo, a entrevistadora fará a leitura das questões do módulo adequado e, para cada pergunta, você deve assinalar a resposta com um X exatamente no quadrado para cada item.

Nas últimas 2 semanas, você teve algum dos seguintes problemas quase todos os dias?

08. Dificuldade para começar a dormir, continuar dormindo ou dormindo demais? Sim Não

09. Sentir-se cansado ou tendo pouca energia? Sim Não

10. Pouco apetite ou comendo demais? Sim Não

11. Pouco Interesse ou prazer para fazer as coisas? Sim Não

12. Sentindo-se "para-baixo", deprimido ou sem esperança? Sim Não

13. Sentindo-se mal em relação a você mesmo ou que você é um fracasso ou tem estado ou deixado a família "para-baixo"? Sim Não

14. Dificuldade em se concentrar em coisas, tais como ler um jornal ou assistir televisão? Sim Não

15. Estar mais inquieto, irrequieto ou movimentando-se além do usual?
Se não: E o oposto -movimentando-se ou falando tão lentamente que as outras pessoas poderiam ter notado? Sim Não

16. Nas últimas 2 semanas, você tem pensado que seria melhor morrer ou se ferir de alguma maneira? Sim Não

N° do Quest	
<u>CONTINUAÇÃO DO MÓDULO B</u>	
<p>17.a) Houve uma época em você era, ou muito mais "para baixo" ou deprimido (a), ou ainda tinha menos interesse ou prazer em fazer as coisas?</p> <p>b) Naquele época, você teve muitos dos problemas que eu acabei de lhe perguntar, como dificuldade para adormecer, para se concentrar, sentindo-se cansado, pouco apetite, pouco interesse pelas coisas?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><u>PULAR PARA Q.18</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>18. Durante os dois últimos anos, você freqüentemente tem se sentido "para baixo", deprimido, teve pouco interesse ou prazer para fazer as coisas?</p> <p><u>Considere Sim apenas se também for Sim para...</u> Foi assim mais da metade dos dias os últimos 2 anos?</p> <p>19. Nos últimos 2 anos, isso tem freqüentemente dificultado você a fazer o seu trabalho, cuidar das coisas em casa ou conviver com outras pessoas.</p>	<p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p><u>PULAR PARA Q.20</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>20. Alguma vez um médico lhe disse que você tinha um transtorno maníaco-depressivo, um transtorno do humor ou era bipolar, ou lhe prescreveu Litio?</p> <p><u>Se Sim:</u> Quando foi?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>

MÓDULO C

N° do Quest

--	--	--	--

Caso a entrevistada preencha algum critério de acordo com o módulo, a entrevistadora fará a leitura das questões do módulo adequado e, para cada pergunta, você deve assinalar a resposta com um X exatamente no quadrado para cada item.

Se a questão Q.6 do questionário do paciente (crise de ansiedade) está assinalada NÃO, PULAR PARA Q.35

21. Você respondeu que teve uma crise de ansiedade esse mês, Isso já aconteceu antes? Sim Não

22. A crise acontece às vezes de repente sem que você espere?
Se não está claro: Em situações onde você não espera estar nervoso ou desconfortável? Sim Não

23. Você tem se preocupado muito em ter uma outra crise ou que algo está errado com você? Sim Não

Pense em sua última crise realmente intensa.

Vá para Q.35 assim que você checkou 4 sintomas que ocorreram durante a última pior crise do paciente

24. Você sentiu falta de ar? Sim Não

25. Seu coração acelerou, deu pulo ou palpitação? Sim Não

26. Você teve dor ou pressão no peito? Sim Não

27. Você suou? Sim Não

28. Você sentiu como se estivesse sufocando Sim Não

29. Você teve ondas de calor e calafrios? Sim Não

30. Você teve náusea, desconforto no estômago ou a sensação de que teria diarreia? Sim Não

31. Você sentiu vertigem, desequilíbrio ou sensação que ia desmaiar? Sim Não

32. Você teve formigamento ou dormência em partes do corpo? Sim Não

33. Você teve tremores ou abalos? Sim Não

34. Você teve medo de morrer Sim Não

N° do Quest

--	--	--	--

CONTINUAÇÃO DO MÓDULO C

35. Você tem se sentido nervosa, ansiosa ou inquieto na maioria dos dias no último mês?

sim não Saída

Durante o último mês você se sentiu frequentemente incomodado por algum desses problemas?

36. Sentiu-se tão inquieto que é difícil ficar parado? Sim Não

37. Cansando-se facilmente? Sim Não

38. Músculos com tensão, com dor ou doloridos? Sim Não

39. Dificuldade para adormecer ou continuar dormindo? Sim Não

40. Dificuldade para se concentrar nas coisas, tais como ler um livro ou assistir TV? Sim Não

41. Ficar incomodado ou irritado facilmente? Sim Não

42. Há 3 ou mais questões assinalados de Q.36 a Q.41?

Sim Não Saída

43. No último mês esses problemas a dificultaram para trabalhar, tomar conta da casa ou conviver com outras pessoas?

Sim Não Saída

44. Nos últimos 6 meses você tem estado muito preocupado com diversas coisas? Considere como Sim apenas se Sim para: Isso aconteceu durante mais da metade dos dias nos últimos 6 meses?

Sim Não Saída

45. Quando você está preocupado desse jeito você descobre que não consegue parar?

Sim Não Saída

MÓDULO D

Nº do Quest

--	--	--	--

Caso a entrevistada preencha algum critério de acordo com o módulo, a entrevistadora fará a leitura das questões do módulo adequado e, para cada pergunta, você deve assinalar a resposta com um X exatamente no quadrado para cada item.

AGORA FAREMOS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL.

O PERÍODO REFERE-SE AOS ÚLTIMOS 6 MESES.

Seção B

46. Alguma vez um médico lhe sugeriu parar de beber por causa de um problema com a sua saúde?

Sim Não

47. Você continuou a beber nos últimos 6 meses depois do médico ter lhe sugerido parar de beber?

Sim Não

Alguma das situações seguintes aconteceu com você mais de uma vez nos últimos 6 meses?

48. Você bebia, ficava alto pelo álcool ou de ressaca enquanto trabalhava, ia à escola ou realizava alguma atividade que necessitasse responsabilidade?

Sim Não

49. Você acabou perdendo ou chegando atrasado no trabalho, na escola ou em outras responsabilidades porque você estava bebendo ou de ressaca?

Sim Não

50. Você teve problemas em se relacionar com outras pessoas enquanto estava bebendo?

Sim Não

51. Você dirigiu um carro depois de ter ingerido várias doses ou depois de ter bebido muito?

Sim Não

ANEXO VI – MANUAL DE INSTRUÇÕES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

MANUAL DE INSTRUÇÕES

Medida do padrão de consumo alimentar, prevalência de transtornos mentais e violência em uma amostra de gestantes

ESTUDO ECCAGe

Maio de 2006

Índice

1. PROJETO DE PESQUISA.....	102
2. EQUIPE DO PROJETO	102
3. ORIENTAÇÕES GERAIS	102
3.1. ROTINA DE TRABALHO.....	102
3.2. ENTREVISTA	103
3.3. PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS E FORMULÁRIOS	105
4. TRABALHO DE CAMPO.....	108
4.1. ABORDAGEM E CONSENTIMENTO INFORMADO	108
5. QUESTIONÁRIOS	112
5.1. QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO	112
<i>Procedimentos para medir peso</i>	<i>119</i>
<i>Procedimentos para medir altura.....</i>	<i>120</i>
5.2. QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR.....	121
5.3. INVESTIGAÇÃO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES – QUESTIONÁRIO	123
<i>Manual de Instruções do EDE-Q versão pré - gestação</i>	<i>123</i>
<i>Manual de Instruções do EDE-Q versão gestação.....</i>	<i>128</i>
5.4. PRIME-MD	135
FOLHAS DE CAMPO	138
PLANILHA DE REGISTRO DE CAMPO	138
PLANILHA DE REGISTRO DIÁRIO DE GESTANTES ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	138

1. PROJETO DE PESQUISA

O estudo do consumo e comportamento alimentar de gestantes (ECCAGE) será realizado pelo Programa de Pós Graduação em Epidemiologia (PPGEPIDEMIO) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2. EQUIPE DO PROJETO

O projeto tem como coordenadora a Dra. Maria Angélica Antunes Nunes, Médica Psiquiatra e pós-doutoranda do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, os mestrandos Rafael Marques Soares, Andressa Giacomello e Patricia Manzolli e os pesquisadores Prof^ª. Dra. Maria Inês Schmidt e Prof Dr. Bruce Bartholow Duncan.

Além destes, atuam no projeto Vanussa Mattiello como supervisora de campo na cidade de Bento Gonçalves, Carlo Manenti, Juliana Hoffmann e Cristiane Melere como supervisores em Porto Alegre e uma equipe de entrevistadores em cada cidade.

O endereço do Programa (PPGEPIDEMIO)

Porto Alegre: Rua Ramiro Barcelos, 2600, 4º Andar – Santana

O endereço de contato em Bento Gonçalves

Bento Gonçalves: Rua Olavo Bilac,633 – Cidade Alta

3. ORIENTAÇÕES GERAIS

3.1. Rotina de Trabalho

As entrevistadoras terão uma reunião a cada três (3) dias com o supervisor do trabalho de campo, com duração de aproximadamente 1h:30 min. As entrevistadoras de Porto Alegre deverão entregar diariamente os questionários preenchidos, no 4º andar do prédio do Ciclo Básico na UFRGS, na sala 419 do PPGEPI diretamente ao supervisor e

revisar junto com ele possíveis problemas. As entrevistadoras de Bento Gonçalves entregarão os questionários preenchidos a supervisora nas Unidades Básicas de Saúde.

As atividades se concentrarão na realização das entrevistas, nas unidades básicas de saúde, em Porto Alegre no turno da tarde das 13h30min às 17h: 30min. Nas unidades de Bento Gonçalves os horários de funcionamento das unidades são das 7h30min às 11h30min e das 13h30min às 17h30min.

Para cada entrevistadora serão definidos unidade e turnos para realização das entrevistas. A entrevistadora deverá permanecer na unidade durante todo o expediente de atendimento, para evitar que alguma gestante deixe de ser entrevistada.

3.2. Entrevista

Apresentamos em seguida orientações gerais sobre como abordar e entrevistar. Elas são **IMPORTANTÍSSIMAS**, norteiam a conduta da entrevistadora durante todo o trabalho. Informações específicas são apresentadas adiante no manual.

- **Nunca esqueça:** A realização do nosso trabalho fornecerá resultados que propiciarão melhoria na qualidade da assistência da própria e de outras gestantes. **Refleta sobre a importância disso.** Seja interessada. A oportunidade de trabalhar como entrevistadora é única e muito rica. Seja sempre gentil e educada, pois as gestantes não têm obrigação de participar da pesquisa. A primeira impressão despertada na pessoa é **MUITO IMPORTANTE** para a realização do trabalho.
- Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com a entrevistada, tratando-a com respeito e atenção. **Nunca** demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.
- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Mantenha seu celular desligado enquanto estiver entrevistando. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. **NEM PENSE EM FUMAR** quando estiver fazendo contato ou entrevistando uma gestante.
- Esteja sempre vestida com o **jaleco**, e porte sempre o seu **crachá de identificação**. Se necessário mostre sua **carta de apresentação**, ou ainda forneça o **número do telefone do PPGE** para que a pessoa possa ligar e confirmar suas informações.

- Trate as entrevistadas adultas por Sra. sempre com respeito. Só mude este tratamento se a própria pedir para ser tratada de outra forma.
- Chame a entrevistada **sempre** pelo nome (**p.ex., Dona Joana**). Jamais chame por mãe. Isto é sempre interpretado como desinteresse pela pessoa.
- Durante a entrevista, com algum intervalo de tempo, faça referência ao nome da entrevistada. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse da entrevistada. Por exemplo: “Dona Joana, agora vamos falar sobre...” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre...”
- **Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas.** Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não julgar, transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre **NEUTRA** em relação às respostas. Deixe a surpresa e a própria inquietude frente às respostas para discutir com o supervisor.
- Procure fazer com que o diálogo seja dinâmico, demonstre interesse pelo que lhe está sendo reportado.
- É essencial que você conheça **profundamente** o conteúdo do questionário que vai aplicar bem como o manual do entrevistador, estando totalmente familiarizado com os termos usados na entrevista, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte na hora de formular perguntas e anotar respostas. É só a entrevistada que tem o direito de hesitar.
- Seja claro na formulação das perguntas, utilizando o texto do questionário. **NÃO INVENTE.** Caso a entrevistada não entenda, repita. Só depois disso você deve reformular a questão para tentar que ela seja entendida.
- **Nunca** influencie ou sugira respostas. Siga com rigor as instruções que constam no MANUAL: quando ler as alternativas, quando não ler as alternativas. Tenha MUITA ATENÇÃO com os **PULOS e SAÍDAS** em algumas questões.
- Se a gestante for menor de 14 anos de idade ela deverá concordar em responder as questões mas é **OBRIGATÓRIO** que um responsável assine também. Se ela não souber escrever seu nome deverá ser utilizada a impressão digital do dedo polegar utilizando almofada de tinta. Se a gestante menor de 14 anos estiver sozinha ela terá que vir

acompanhada pelo familiar responsável em outro dia. Ela não poderá responder aos questionários sem que o responsável concorde.

- Se a gestante estiver acompanhada você gentilmente deve assinalar que a entrevista é individual. Em caso de insistência do familiar para participar, seja gentil e procure mostrar que se trata de um questionário de questões privadas.
- Procure manter um diálogo aberto com os supervisores do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que apareça no decorrer do treinamento e entrevistas. As **SUAS DÚVIDAS** são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo.
- Não saia de casa sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis imprevistos favoráveis!
- **Mantenha sempre à mão o seu Manual do Entrevistador** e não tenha vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista.

3.3. Preenchimento dos questionários e formulários

- Cuide bem de seus formulários. Eles devem ser mantidos sempre na pasta para que não amassem ou molhem. Use sempre a prancheta na hora de preencher as respostas.
- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.
- Os questionários e formulários de controle devem ser preenchidos a caneta, sempre de cor azul ou preta e com muita atenção.
- As questões serão formuladas no feminino pois a amostra é de mulheres.
- As letras e números devem ser escritos de maneira **absolutamente legível**, sem deixar margem para dúvidas e **ABSOLUTAMENTE** dentro do quadrado para cada item. Isso é **MUITO** importante para a utilização do aparelho que irá *scanear* os dados.

- Note que poderemos ter vários e as respostas podem ser uma unidade, uma dezena e uma centena, exemplo 1 2 3 ; o mais provável é que seja dezena 0 1 2 ou mesmo unidade 0 0 5. Então preencha dentro de cada quadrado respeitando a ordem de frequência da esquerda para a direita- exemplo 0 1 2; exemplo 0 0 4.
- Use letra de forma. As letras deverão ser todas maiúsculas e obedecendo ao padrão Arial do Word:

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

- Vamos padronizar os números de acordo com o exemplo: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0. Em especial, o 1 não tem pé. Quanto mais a gente capricha no 1, mais parecido ele fica com o 2... Não se corta o 7. Faça um 5 bem diferente do 9!
- **Nunca** deixe **nenhuma** resposta em branco. Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, você poderá ter que localizar a entrevistada.
- Há duas codificações especiais muito importantes: **NÃO SE APLICA E IGNORADO**.
 - **NÃO SE APLICA (NSA)** = 88, 888 ou 8888. Este código deve ser usado quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso ou quando houver instrução para pular uma pergunta. Exemplo, se a pessoa não fuma, **não se aplica** perguntar quantos cigarros fuma/dia. Preencher com 88,888 ou 8888.
 - Todos os campos relativos a um bloco em que houve **PULO** devem ser sempre codificados com **8's**.
 - **IGNORADO (IGN)** = 99, 999 ou 9999. Este código deve ser usado quando a informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como ignorada deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso, no verso do questionário, e discutir com o supervisor. Use a resposta ignorada somente em último caso. Lembre-se que uma resposta não coletada é uma resposta perdida.
- Todas as frases que estiverem **SUBLINHADAS** servem para orientá-las e **NÃO** devem ser lidas para a entrevistadas

- Não use abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.
- Datas devem aparecer sempre na ordem: **dia - mês - ano** e todos os espaços devem ser preenchidos. Para datas anteriores ao dia e mês 10, escreva o número do mês precedido de 0 (zero). Exemplo: 02 / 04 / 1982.
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessária peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver **absolutamente** segura de ter entendido o que foi dito pela entrevistada.
- Em caso de dúvida você poderá fazer um comentário escrevendo no verso da página. Essa iniciativa pode ser motivada pelo fato de nenhuma alternativa corresponder à resposta fornecida pela entrevistada, ou pelo fato dela ter se mostrado particularmente insegura ou hesitante ao responder.
- Preste muita atenção para **não pular** nenhuma pergunta, nenhum espaço. Ao final de cada página do questionário, procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas.
- **Nunca** confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.
- Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiáveis, tentar esclarecer com a entrevistada, e se necessário, anote a resposta por extenso no verso e apresente o problema ao supervisor.
- Use o verso, para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o supervisor estas anotações são muito importantes.
- Caso seja necessário fazer algum cálculo, não o faça durante a entrevista, pois, a chance de erro é maior. Anote as informações por extenso e calcule posteriormente.
- Em respostas de idade, considere os anos completos. Exemplo: se o entrevistado responder que tem 29 anos e 10 meses, considere 29 anos.

4. TRABALHO DE CAMPO

As gestantes serão entrevistadas nas unidades básicas de saúde, **após** (ou antes) de suas consultas de pré-natal. Em cada unidade será previamente combinado um local para a realização da entrevista. Quando a paciente for liberada do atendimento de pré-natal, a entrevistadora deverá convidar a gestante a participar da pesquisa.

- **CRITÉRIO DE INCLUSÃO – SOMENTE** participará do estudo a gestante que estiver entre a 16ª semana gestacional (última semana do 4º mês) e a 32ª semana gestacional (última semana do 8º mês).
- Serão consideradas **PERDAS** todas as situações em que a entrevistada não responder o questionário por outros motivos que não seja recusa, por exemplo, uma pessoa impossibilitada de falar.
- Na situação que a gestante tiver ido embora antes que a entrevistadora possa convidá-la para participar da pesquisa anotar sempre na planilha de campo no item "**EM FALTA**" significando que aquela gestante deverá ser convidada para participar na sua próxima visita ao posto. Anote alguns dados que possam identificar a gestante e dessa forma possa ser incluída em uma outra vinda ao posto de saúde.
- As **RECUSAS** são consideradas **sério problema** do ponto de vista da qualidade do trabalho de pesquisa. É quando a gestante não concordar em participar. Não devemos concordar rapidamente. Gentilmente conversar sobre o motivo da recusa, se necessário oferecer outro dia, outro horário que lhe fique mais conveniente. Como não fazemos substituições, uma recusa significa menos informação.
- Em caso de recusa, anotar na planilha os dados referentes a paciente para que possamos posteriormente pesquisar no prontuário e passe a informação para seu supervisor.

4.1. Abordagem e consentimento Informado

A primeira abordagem ocorrerá na sala de espera. Aproxime-se da gestante dizendo “Boa tarde, qual seu nome? Eu me chamo XXXXX e faço parte de um projeto de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sobre a saúde da gestante. Posso dar uma olhada no seu cartão de gestante? A entrevistadora deverá buscar o selo de identificação, se a gestante já participou da pesquisa e confirmar a idade gestacional. Se for a primeira consulta da gestante aguarde o término da consulta pré - gestacional para confirmar a idade gestacional para apenas neste momento decidir se ela será ou não entrevistada. Caso ela não esteja no final do 4º mês diga - *Ok no momento estamos entrevistando apenas gestantes a partir do 4º mes sendo assim vamos aguardar a sra estar no tempo gestacional para conversarmos. obrigada*”.

Outra possibilidade : *Ok, você disse que está com 5 meses de gestação então a sua colaboração é muito importante, pois, através disso conheceremos mais a saúde das gestantes, ajudando, assim, a melhorá-la*”. Após sua consulta de pré natal eu estarei aguardando-a para entrevistá-la caso a sr^a. aceite em participar.

Não esquecer que se ela tiver com menos de 4 meses de gravidez será entrevistada em um momento posterior. Caso esteja com mais de 8 meses de gravidez está fora dos nossos critérios de inclusão.

- Havendo a disposição da gestante em participar, a etapa seguinte é muito importante. A entrevistadora deverá permanecer atenta a saída da gestante da consulta pré-natal.
- Em alguns postos talvez o médico oriente a gestante para o local da entrevista da pesquisa. Já no local reservado para a entrevista antes de tudo você deve obter **consentimento informado, que será em duas vias, uma que ficará com a entrevistada e a outra que ficará com o material da entrevistada**. É necessário que a entrevistadora leia os itens da **primeira página** do consentimento e quando terminar a leitura oferecer a gestante que ela mesma faça a leitura da **segunda página** do consentimento e então assine, se concordar.

Primeira página (ler)

A gestação é um período importante para as mulheres. Estamos interessados em estudar o consumo alimentar das gestantes e verificar se problemas de ordem emocional e, tipos de violência sofridos interferem na evolução da gravidez tanto para a mãe quanto para o bebê.

1. A pesquisa é da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com a colaboração do Centro de Saúde-Escola Murialdo de Porto Alegre e Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves, RS.

2. Participar do estudo é responder perguntas que, por vezes serão íntimas, sobre a sua saúde física e emocional, alimentos que consome, e tipos de violência sofridos. O tempo médio da entrevista é de 50 minutos. Faremos sua medida de peso e altura.

3. Os pesquisadores, no final da sua gestação, revisarão dados do seu prontuário como data do parto, peso e altura no final da gestação, peso e comprimento do bebê, intercorrências pré-natais, para conhecimento do término da sua gestação.

4. Suas informações serão sigilosas. Os dados serão examinados sem os nomes, cada pessoa identificada por um número. Os resultados serão considerados no conjunto e não individuais. Nenhuma informação individual será repassada para as instituições colaboradoras. Caso seja detectado em você algum problema a coordenadora do estudo fará contato para lhe esclarecer sobre o mesmo e informar-lhe locais de ajuda.

5. A participação é voluntária e isenta de custos, ou de qualquer outra responsabilidade.

6. É garantida a sua liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

A equipe do estudo está à disposição para dúvidas e esclarecimentos - Prof.^a Maria Angélica Nunes (51) (32316306).

- Após esta leitura, se colocar à disposição para responder qualquer outra pergunta da entrevistada. Então dar para ela ler a segunda página e após ela assina e também assina a entrevistadora. NÃO ESQUECER: UMA VIA do CONSENTIMENTO FICARÁ COM A ENTREVISTADA. Caso seja analfabeta a entrevistadora lê também essa página, mas será

necessário que a gestante deixe a impressão digital do dedo polegar utilizando a almofada de tinta.

- Em caso de menores de 14 anos a gestante assina e também o responsável.

Nome do paciente

Número da identidade

Solicitar a carteira de identidade da gestante e anotar o nome completo e o número do RG. Preencher com letra de forma e legível. Caso a gestante não esteja com o documento **você deve procurar, no final da entrevista, o número no prontuário da paciente.**

SEMPRE leia o texto que estiver **dentro das caixas**. Esses textos têm a finalidade de auxiliar a entrevistadora a introduzir um novo tópico com a gestante.

Gostaríamos de preencher um cadastro com seu endereço, caso seja necessário entrar em contato com você novamente.

Questões 1, 2 e 3: Referem-se os dados de localização da gestante, e contatos como sua mãe e alguém próximo para que seja possível localizar essa gestante em estudos futuros. É importante que você registre de forma clara e detalhada. Não esquecendo o número da casa e possíveis telefones para contato. Caso a entrevistada não souber informar, por exemplo o CEP, deixe em branco.

Questão 4: Preencher o dia e o mês sempre com dois dígitos - se menor que 10, colocar um zero na frente. Nos quatro últimos espaços anotar o ano sempre com quatro dígitos.

Questão 5: Nessa questão existe a frase LER AS ALTERNATIVAS. Ela está SUBLINHADA então você não deve ler essa frase em voz alta. Você deve ler todas as alternativas para a gestante, e assinalar apenas com um X exatamente dentro do quadrado.

Questão 6: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO**, PULAR PARA A Q.12. Novamente ela está SUBLINHADA então você lê silenciosamente essa frase. Preencha todas as questões puladas com a alternativa **NSA= 888**
Se a resposta for **SIM** siga fazendo as perguntas em seqüência.

Questão 7: Marque **SIM** ou **NÃO**. com um X exatamente dentro do quadrado.

Questão 8: Anotar a idade em anos completos. Se a gestante não souber a idade colocar 999, em caso de não ter companheiro colocar **888 =NSA**.

Questão 9: Leia todas as alternativas para a gestante, frisando que elas se referem ao seu companheiro e assinale com um X exatamente dentro do quadrado.

Questão 10: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO**, **PULAR PARA A Q. 12**.

No caso da entrevistada responder às vezes considere **SIM**.

SE SIM, ler as alternativas.

Questão 11: Faça a pergunta e aguarde um tempo para ela responder, caso ela não saiba informar, leia as alternativas e peça para que ela informe em qual situação o companheiro se enquadra. Caso a gestante não entenda a palavra ALTERADO explique dizendo embriagado, bêbado, (tchucu). Assinale com um X exatamente dentro do quadrado

Questão 12: Registrar os anos completos de estudo.

Exemplo:

Esta cursando a 7 ° série. Anos completos 006.

Entrevistada parou no 2° ano do 2° grau, no meio do ano. Anos completos 009.

Caso a gestante diga que nunca estudou complete com 000. E se ela não souber informar com 999.

Questão 13: Você deve ler todas as alternativas para a gestante, e assinalar apenas uma. Caso ela apenas estude, ou não trabalhe, **PULAR PARA A Q. 15**.

Questão 14: Caso a gestante trabalhe, registre o tipo de trabalho que ela faz. Exemplo: SECRETÁRIA, PROFESSORA, FAXINEIRA, etc... Sempre usando letras de forma, conforme o treinamento.

Questão 15: Registre o número de pessoas que moram na mesma casa que a gestante, incluindo a gestante no total.

São consideradas pessoas da mesma casa, todos os que usam a mesma cozinha. Assim, por exemplo, se a gestante referir que mora em uma “peça” ao lado da casa dos pais esta só será considerado um domicílio se tiver uma cozinha. Caso a gestante use a cozinha na casa da mãe, deve-se considerar o número de pessoas incluindo as das duas “peças”.

Questão 16: Peça que ela informe se moram crianças menores de cinco na mesma casa que ela, podem ser outros filhos, irmãos, sobrinhos ou outras crianças. Registre o número total.

Questão 17: Registre o número total de pessoas que trabalham, não importando a tarefa que fazem.

Questão 18: Registre a renda de cada pessoa que trabalha, com os valores em reais. Pergunte quem teve a maior renda. Se a gestante não souber informar renda preencher com o código de **IGN (9999)**

Questão 19: Refere-se ao uso de cigarros, somente pular para a questão 20 se a gestante nunca fumou. Caso contrário você deve registrar em qual das alternativas 1, 2 ou 3 a entrevistada encontra-se. E para qualquer uma delas preencha o número de cigarros fumados por dia. Lembre-se que há 20 unidades num maço ou carteira de cigarros. Há uma forte tendência para as pessoas responderem em termos de maços – tente obter o número mais preciso possível. Caso ela não lembre registre 999.

Questão 20: Refere-se ao uso de drogas pela gestante, somente **PULAR PARA A Q. 21** se ela nunca usou. Se **SIM**, ler as alternativas dos tipos de drogas e se usou alguma das drogas você deve perguntar quantas vezes usou nos últimos 3 meses.

Nova caixa ler para introduzir novo assunto

Questão 21: Leia as alternativas para a entrevistada. Assinale com um X exatamente dentro do quadrado. No caso da resposta outro, coloque onde escrevendo por extenso ao lado.

Questão 22: Se a resposta for acompanhada, registre quem escrevendo com letra de forma exatamente uma letra dentro de cada quadrado

Questão 23: Peça para a gestante informar o total de refeições que ela faz durante o dia, incluindo os lanches e registre o numero total exatamente

Questão 24: Caso a gestante não entenda a pergunta, reformule-a dizendo “Você costuma comer fora de hora?”

Questão 25: Caso a gestante não entenda, explique “alguém já lhe falou quais alimentos você deveria comer e quais que não deveria?”

Se responder **NÃO**, **PULAR PARA QUESTÃO 27**, se responder **SIM**, pergunte quando isso ocorreu, e marcar apenas uma alternativa.

Questão 26: ler as alternativas, e caso a resposta seja outros, escrever o motivo por extenso ao lado do quadrado assinalado.

SEMPRE LER OS TEXTOS QUE ESTÃOS DENTRO DAS CAIXAS.

Agora, gostaria de saber algumas informações sobre sua gravidez
--

Questão 27 : Registrar o numero de meses inteiro. Se ela informar 3 meses e meio, registre 3 meses

Questão 28: Marque **SIM** ou **NÃO**.

Questão 29: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO PULAR PARA QUESTÃO**

Questão 30: Nesta pergunta leve em consideração a gestação atual, e gestações anteriores incluindo abortos.

Questão 31: Esta pergunta se refere ao numero de filhos vivos.

Questão 32: Marque **SIM** ou **NÃO**. E **IGN** caso a gestante não saiba

Questão 33: Pergunte a gestante de forma clara e objetiva. Se a resposta for **SIM** então leia as alternativas seguintes, pedindo que ela informe claramente em que momento isso ocorreu.

Questão 34: Pergunte a gestante de forma clara e objetiva. Se a resposta for **SIM** então leia as alternativas seguintes, pedindo que ela informe claramente em que momento isso ocorreu.

Questão 35: Pergunte a gestante de forma clara e objetiva se ela teve alguma outra doença. Caso ela responda gripe esclareça que estamos interessadas em saber de alguma outra doença que exigiu tratamento mais longo, várias visitas ao médico, uso de medicação a longo prazo

Se a resposta for **SIM** então leia as alternativas seguintes, pedindo que ela informe claramente em que momento isso ocorreu. A próxima questão você deve acrescentar o nome da doença que ela informou para perguntar se o médico lhe indicou remédio e qual foi o remédio.

Questão 36: Pergunte a gestante de forma clara e objetiva. Se a resposta for **SIM** então leia a pergunta 37. Se a resposta for **NÃO**, **PULAR PARA QUESTÃO 38**.

Questão 37: De acordo com a ANVISA : Suplemento é um produto elaborado com a finalidade de completar a dieta cotidiana de uma pessoa saudável que deseja compensar um possível deficit de nutrientes afim de alcançar os valores das doses diárias recomendadas.

Se a entrevistada não entender o que é suplemento explique que é um produto do tipo comprido, líquido ou pó que tem nutrientes para complementar sua alimentação.. Após pergunte o nome do suplemento e registre na coluna correspondente da tabela. Caso a gestante tome mais de um suplemento, anotar um nome em cada linha.

Em seguida, pergunte como deve tomar o suplemento, questionando o número de vezes ao dia e a quantidade por vez. Complete a tabela, sempre registrando as informações de cada suplemento na mesma linha.

Questão 38: Leia a pergunta e em seguida, leia as alternativas. Dê tempo ao final de cada alternativa para que a gestante responda **SIM** ou **NÃO**.

Caso a gestante responda **SIM**, perguntar quantas vezes ela apresentou o sintoma no último mês.

Caso a gestante responda **NÃO**, pule para a próxima alternativa. Neste caso, você deve colocar o número “0 – zero” no campo relativo a quantas vezes apresentou o sintoma.

Questão 39: Leia a pergunta e dê tempo para que a gestante responda. Se ela não souber informar o peso exato, questione para que diga em que faixa de peso estava e registre o número médio.

Por exemplo, se a gestante informar que pesava entre 60 e 63kg, registrar 61,5kg.

Questão 40: Leia a pergunta e deixe a gestante à vontade para responder o que ela pensa.

Se ela não souber responder, registre com código IGN (999), e pule a questão 41.

Se ela souber responder, leia a questão 41.

Questão 41: Leia a pergunta e deixe que a gestante responda. Caso ela não saiba responder, leia todas as alternativas e assinale a alternativa correspondente.

SEMPRE LER OS TEXTOS QUE ESTÃO DENTRO DAS CAIXAS.

AGORA VAMOS MEDIR SUA ALTURA E PESO
--

PROCEDIMENTOS PARA MEDIR PESO

As gestantes devem ser pesadas descalças, e usando roupas leves. Devem ser orientadas a retirar objetos pesados como chaves, cintos, óculos e telefones celulares.

Questão 42: Se for utilizar balança mecânica de plataforma:

- Certificar-se que a balança está afastada da parede.
- Destruar a balança.
- Verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Caso contrário, calibra-la girando levemente o calibrador.
- Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados
- Travar novamente a balança, e então pedir à gestante que suba na plataforma.
- Posicionar a gestante de costas para a balança, no centro do equipamento, ereta, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.
- Destruar a balança.
- Mover o cursor maior sobre a escala numérica, para marcar os quilos.
- Mover o cursor menor para marcar as gramas.
- Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
- Travar a balança.
- Pedir à gestante que dessa da balança.
- Realizar a leitura de frente para o equipamento, a fim de visualizar melhor os valores apontados pelos cursores.
- Registrar o peso no questionário.
- Retornar os cursores ao zero na escala numérica.

Se for utilizar balança eletrônica.

- A balança deve estar ligada antes da gestante ser colocada sobre ela. Esperar que a balança chegue ao zero.
- Posicionar a gestante de costas para a balança, no centro do equipamento, ereta, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.
- Realizar a leitura após o valor do peso estar fixado no visor.
- Registrar o peso no questionário.

PROCEDIMENTOS PARA MEDIR ALTURA.

A estatura da gestante deve ser obtida através do antropômetro vertical da balança.

- Posicionar a gestante com a cabeça livre de adereços no centro da balança, em pé, ereta, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
- Encostar os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/parede.
- Os ossos internos dos calcanhares devem se tocar, bem como a parte interna de ambos os joelhos. Unir os pés fazendo um ângulo reto com as pernas.
- Movimentar o antropômetro, fixando-o contra a cabeça com pressão suficiente para comprimir o cabelo.
- Retirar a gestante do equipamento.
- Realizar a leitura da estatura.
- Registrar no questionário

SEMPRE LER OS TEXTOS QUE ESTÃOS DENTRO DAS CAIXAS.

<p>AGORA GOSTARIA DE VER SEU CARTÃO DE GESTANTE PARA COPIAR ALGUNS DADOS</p>

Nas questões de 44 a 49, você deve copiar os dados que estão na carteirinha da gestante.

Caso a gestante não esteja com sua carteirinha de pré-natal, pergunte se ela sabe informar data da última menstruação.

Na questão 44, 45, 47 e 49 caso a gestante não tenha feito a ecografia ou não saiba informar a data, registre os códigos para IGN (01/01/1980).

Na questão 48 caso a gestante não tenha realizado a ecografia ela não terá na carteirinha a idade gestacional pela ecografia, registre os códigos para IGN (99).

**COLE UM DOS ADESIVOS COLORIDOS NO CANTO SUPERIOR DIREITO DA
CAPA**

5.2. Questionário de Frequência Alimentar

As principais orientações para a aplicação do QFA estão descritas na primeira página do mesmo, em itálico.

Inicialmente deve ser lida a frase: **Gostaríamos que você respondesse com que frequência você come alguns alimentos, neste momento que você está grávida, e também a quantidade de alimento que come a cada vez.**

Em seguida, deve iniciar perguntando **“Com quem frequência você come (nome do alimento, Ex-arroz)?”**.

Deixar que a gestante responda, e caso a mesma tenha dificuldade sugerir: **quantas vezes por dia, semana ou mês?**

Quando o alimento for consumido com frequência nunca, preencher o número zero (0) na coluna da quantidade.

Quando o alimento for consumido com frequência maior do que nunca, perguntar a quantidade lendo a medida caseira referente **“Quantas (medida caseira, Ex: colheres de sopa) você come cada vez?”**

Medida caseira é uma maneira de descrever a quantidade, através dos utensílios usados na alimentação, como unidade, colher de sopa, colher de arroz, copo, xícara, fatias, concha...

Quando a gestante referir a quantidade de consumo em número não inteiro (Ex: meia unidade), escrever o número usando vírgula (0,5) e não fração (1/2).

Caso a gestante refira a quantidade consumida em medida caseira diferente da que consta no questionário, registrar a quantidade por extenso no verso (Ex: arroz – 1 escumadeira).

Após o término da entrevista, fazer a transformação da medida caseira referida para a medida do questionário usando a Tabela 1 abaixo. Os casos que não constam da tabela devem ser discutidos com o supervisor.

Tabela 1 - Conversões das medidas caseiras do QFA.

Alimento	Conversão
Abacaxi	1 unidade média = 10 fatias
Abóbora	1 pedaço Médio 50g = 1,6 colh sopa
Açúcar	1 colh sopa = 2 colh sobremesa
Alface	1 colh sopa = 2 folhas 1 pé (130g) = 52 folhas
Arroz	1 colh servir = 2 colh sopa 1 escumadeira = 4 colh sopa 1 concha = 4 colh sopa
Atum	1 colh sopa = 0,1 lata
Bacon	1 colh sopa = 1 fatia 1 colh sobremesa = ½ fatia
Batata frita	2 colh sopa = 1 unidade
Beterraba	1 unidade = 5 fatias 1 colh sopa = 0,6 fatias
Bolacha doce	1 pacote = 36 unidades
Bolacha recheada	1 pacote = 30 unidades de biscoito doce (2 unidades biscoito para 1 bolacha recheada)
Bolacha salgada	1 pacote = 25 bolachas
Bolo	½ bolo = 6 fatias
Bom bom	1 caixa = 10 unidades
Bucho	1 concha = 2 pedaços
Camarão	1 colh sopa = 1,6 unidades
Cenoura	1 unidade = 4 colh sopa cheias
Chicórea	1 folha = 1 colh sopa
Chocolate	1 barra = 6 unidades
Chuchu	½ unidade = 2 colh sopa 1 unidade = 5 colh sopa
Coração de galinha	7 corações = 1 pedaço
Couve	1 folha = 1 colh sopa 1 maço = 12 colh
Feijão ou lentilha	1 concha = 4 colh sopa = 2 colh servir
Macarrão	1 escumadeira = 4 colh sopa
Mamão	½ mamão comum = 3 fatias
Manga	1 fatia = 0,5 unidade
Melancia	½ melancia = 11 fatias
Nescau	1 colh sopa = 2 colh sobremesa
Pão caseiro	1 unidade = 1 fatia
Pepino	½ unidade = 16 fatias
Pipoca	1 xícara = 0,7 saco
Polenta	2 colh sopa = 1 colh servir = 1 pedaço 1 concha = 2 pedaços
Repolho	1 pegador = 2 colh sopa 1 pires = 3 colh sopa 1 prato = 5 colh sopa 1 colh servir = 2 colh sopa
Salgado pequeno	1 unidade = 0,25 salgado
Sorvete	1 litro = 12 unidades
Tomate	1 undiade = 6 fatias
Vagem	1 bacia = 10 colh sopa

Importante: A cada 4 ou 5 alimentos, lembrar à gestante que ela deve referir a alimentação durante a gestação. Sempre que ela mencionar: antes eu comia, neste momento não como, lembrar que vale a alimentação na gestação.

5.3. Investigação de Transtornos Alimentares – Questionário

MANUAL DE INSTRUÇÕES DO EDE-Q VERSÃO PRÉ - GESTAÇÃO

ATENÇÃO: TODAS AS FRASES QUE ESTÃO **SUBLINHADAS** NÃO DEVEM SER LIDAS.

QUESTÃO CHAVE: A MANEIRA COMO A NOSSA ENTREVISTADA PENSA SEU PESO E FORMA CORPORAL E COMPORTA-SE COM O SEU JEITO DE ALIMENTAR-SE INDEPENDENTE DO FATO DELA ESTAR GRÁVIDA.

O **EDE-Q** é um questionário cujo objetivo é servir de instrumento diagnóstico em uma versão simplificada e econômica em indivíduos que possam apresentar transtornos do comportamento alimentar (TA). É composto por **quatro sub-escalas** (restrição alimentar; preocupação com a comida; preocupação com o corpo; preocupação com o peso) e **um escore total** (EDE-Q-TOTAL).

Na pesquisa o instrumento será **aplicado duas vezes COM MODIFICAÇÕES**

Na **1ª. Vez** todas as questões do questionário referem-se aos **(28 dias) ÚLTIMAS 4 SEMANAS ANTES** da gravidez

Na **2ª. Vez** todas as questões referem-se às **ÚLTIMAS 4 SEMANAS (28 DIAS)** da gravidez.

ORIENTAÇÕES INICIAIS:

- **Leia** com atenção todas as perguntas **de forma clara e pausada**;
- caso necessário repita a leitura de toda a questão exatamente como está escrita. **NÃO INVENTE**, tentando auxiliar a entrevistada para que entenda. Caso isso ocorra, cada pergunta apresenta uma alternativa no Manual de Instruções. **RESPEITE ESSE**

PRINCÍPIO para evitar que esteja alterando as questões que constituem o instrumento e, principalmente as respostas que não serão fidedignas. **ISSO É MUITO IMPORTANTE!**

AS QUESTÕES A SEGUIR INVESTIGAM (28 DIAS), QUATRO SEMANAS ANTES DA GRAVIDEZ.

Nos últimos 28 dias, antes da sua gravidez, quantos dias?

Questão 1. Tentou seguir regras rígidas na sua alimentação para modificar seu peso e forma corporal como, por exemplo, um limite de calorias, quantidade exata de comida, aquilo que devia ou não comer ou mesmo quando devia comer? “Caso a entrevistada não compreenda a expressão “forma corporal” substitua pela expressão “**aparência corporal**”; “ **aparência do corpo**”, **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. “...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias”

Questão 2. Desejou não ter barriga? Caso a entrevistada não compreenda não ter barriga uma vez grávida **reforce** que estamos falando do período antes da sua gravidez; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. “...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias”

Questão 3. Pensou sobre seu peso e forma corporal e quantidade dos alimentos a ponto de atrapalhar em sua capacidade de prestar atenção em outras atividades como, por exemplo, ler, ver televisão, ou escutar uma conversa? **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. “...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias”

Questão 4. Sentiu medo de ganhar peso ou ficar gorda? Caso a entrevistada não compreenda referindo-se a gravidez esclareça que independente do desejo de estar grávida e de ter o bebê" ; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo

sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 5. Sentiu-se gorda? Caso a entrevistada questione que existe a gravidez esclareça que independe da gravidez" ; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 6. Teve um grande desejo de perder peso? Caso a entrevistada questione que existe a gravidez esclareça que independe da gravidez" ; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 7. Nos 28 dias antes da sua gravidez, houve situações em que sentiu que comeu o que as pessoas considerariam como uma quantidade de comida maior que alguém comeria na mesma situação? Caso necessário repita a questão. No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO** e **PULE PARA A QUESTÃO 10**. Caso a resposta seja POSITIVA, no colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento.

Questão 8. Quanta vez teve este episódio nos 28 dias antes da gravidez? Nos colchetes acrescente o número de vezes de acordo com a frequência. Note que podemos ter uma unidade, uma dezena e uma centena, exemplo, 123 vezes, mas o mais provável é que seja dezena (012) ou mesmo unidade (005). Então preencha respeitando a ordem de frequência da esquerda para a direita- exemplo 012; exemplo 00 4.

Questão 9. Quantos destes episódios de ingestão alimentar exagerada, você sentiu como não tendo controle?

Questão 10. Nos 28 dias antes da sua gravidez você provocou vômito como um meio de controlar o seu peso e a forma corporal? Caso a entrevistada tenha dificuldade em

entender a questão, esclarecer que **provocar vômito é forçar para vomitar**. No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO e PULE PARA A Q. 12**.

Questão 11. Quantas vezes nestes nos 28 dias antes da gravidez?

Questão 12. Tomou laxante (remédio para ir aos pés) como um meio de controlar seu peso e forma corporal? No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO e PULE Para A Q.14**. Caso a resposta seja POSITIVA, no colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento.

Questão 13. Quantas vezes nos 28 dias antes da gravidez?

Questão 14. Tomou diurético (remédio para perder água) como um meio de controlar o seu peso e forma corporal? No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO e PULE PARA A QUESTÃO 16**. Caso a resposta seja POSITIVA, no colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento.

Questão 15. Quantas vezes nos 28 dias antes da gravidez?

As próximas questões deverão ter somente uma alternativa assinalada. As questões referem-se aos 28 dias antes da gravidez. Nesse bloco de perguntas é necessário que você oriente a gestante que ela deverá escolher uma opção em uma escala de 0 a 6 onde o 0 é nada e o 6 é muito. Leia as opções para a entrevistada a cada pergunta. **NADA, UM POUCO, MODERADAMENTE, MUITO**.

Após a escolha da entrevistada leia as alternativas numéricas referentes à resposta, exemplo se ela escolher à opção NADA, você oferece a opção 0 ou 1; se ela escolher à opção UM POUCO, você oferece a opção 2 ou 3; se ela escolher a opção MODERADAMENTE, você oferece a opção, 4 ou 5; se ela escolher a opção MUITO assinale a opção 6.

NOS ÚLTIMOS 28 DIAS, ANTES DE SUA GRAVIDEZ.

Questão 16. Seu peso modificou a forma como pensa sobre si? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um x exatamente dentro do quadrado do número que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 17. Sua aparência modificou a forma como pensa sobre si?

Questão 18. Até que ponto se aborreceria se lhe tivessem pedido para se pesar uma vez cada semana durante as quatro semanas seguintes? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um x exatamente dentro do quadrado do número que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 19. Até que ponto se sentiu insatisfeita com seu peso? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um x exatamente dentro do quadrado do número que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 20. Até que ponto se sentiu insatisfeita com sua aparência? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um x exatamente dentro do quadrado do número que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 21. Até que ponto se sentiu desconfortável ao ver seu corpo, por exemplo, em um espelho, no reflexo de uma vitrine, enquanto se vestia ou enquanto tomava banho? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um x exatamente dentro do quadrado do número que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 22. Até que ponto se sentiu mal pelo fato de os outros verem seu corpo; por exemplo, na praia, ou quando usava roupas que mostravam suas formas? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um x exatamente dentro do quadrado do número que se aplica a resposta da entrevistada.

MANUAL DE INSTRUÇÕES DO EDE-Q VERSÃO GESTAÇÃO

- **QUESTÃO CHAVE:** A MANEIRA COMO A NOSSA ENTREVISTADA PENSA SEU PESO E FORMA CORPORAL E O MODO COMO ELA SE ALIMENTA INDEPENDENTE DO FATO DELA ESTAR GRÁVIDA.

O **EDE-Q** é um questionário cujo objetivo é servir de instrumento diagnóstico em uma versão simplificada e econômica em indivíduos que possam apresentar transtornos do comportamento alimentar (TA). É composto por **quatro sub-escalas** (restrição alimentar; preocupação com a comida; preocupação com o corpo; preocupação com o peso) e **um score total** (EDE-Q-TOTAL).

TODAS AS QUESTÕES DO QUESTIONÁRIO REFEREM-SE ÀS ÚLTIMAS 4 SEMANAS (28 DIAS).

ORIENTAÇÕES INICIAIS:

- **Leia** com atenção todas as perguntas **de forma clara e pausada**;
- Caso necessário repita a leitura de toda a questão exatamente como está escrita. **NÃO INVENTE**, tentando auxiliar a entrevistada para que entenda. **Caso isso ocorra, cada pergunta apresenta uma alternativa no Manual de Instruções. RESPEITE ESSE PRINCÍPIO** para evitar que esteja alterando as questões que constituem o instrumento e, principalmente as respostas que não serão fidedignas. **ISSO É MUITO IMPORTANTE!**

QUESTÕES

NOS ULTIMOS 28 DIAS, QUANTOS DIAS:

Questão 1. Tentou diminuir a quantidade de comida para mudar seu peso e forma corporal? Caso a entrevistada não compreenda a expressão "forma corporal", substitua pela

expressão "aparência corporal", ou "aparência do corpo" **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 2. Passou longos períodos de tempo (8 horas ou mais) sem comer para mudar seu peso e forma corporal? **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 3. Tentou evitar comer alimentos preferidos para mudar seu peso e forma corporal? Caso a entrevistada não compreenda esclareça dizendo: evitar alimentos que mais gosta; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 4. Tentou seguir regras rígidas na sua alimentação para modificar seu peso e forma corporal como, por exemplo, um limite de calorias, quantidade exata de comida, aquilo que devia ou não comer ou mesmo quando devia comer? **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 5. Desejou experimentar a sensação de ter o estômago vazio? Caso a entrevistada não compreenda a expressão "estômago vazio" substitua pela expressão "ausência de alimentos no estômago"; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 6. Pensou sobre comida ou quantidade de calorias a ponto de atrapalhar em sua capacidade de se concentrar em outras atividades como, por exemplo, ler, ver televisão, ou escutar uma conversa? **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 7. Teve medo de perder o controle sobre o quanto você comia? Caso a entrevistada não compreenda a expressão "perder o controle sobre o quanto comia" esclareça comer MUITO mais do que precisaria comer; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 8. Teve episódios de ingestão alimentar compulsiva, ou seja, comer grandes quantidades de comida, num curto período de tempo, com a sensação de não ter controle sobre o quanto comia? Caso a entrevistada não compreenda a expressão "curto espaço de tempo" substitua pela expressão "mais curto que indivíduos normalmente comeriam uma grande quantidade de comida" ; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 9. Comeu em segredo (não contar as vezes que comeu grande quantidade de comida, rapidamente, com a sensação de não ter controle sobre o quanto comia)? Caso necessário esclareça, "comer sem que ninguém visse"; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 10. Desejou não ter barriga? Esta é uma questão chave, na maioria das vezes você será questionada quanto ao fato da entrevistada estar grávida, mas o que importa é o desejo de não ter barriga. **IMPORTANTE**, estamos falando da barriga e não do bebê; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 11. Pensou sobre seu peso e forma corporal e quantidade dos alimentos a ponto de atrapalhar em sua capacidade de prestar atenção em outras atividades como, por exemplo, ler, ver televisão, ou escutar uma conversa? **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 12 Sentiu medo de ganhar peso ou ficar gorda? Caso a entrevistada não compreenda referindo-se a gravidez esclareça que independente do desejo de estar grávida e de ter o bebê ; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. “...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias”

Questão 13 Sentiu-se gorda? Caso a entrevistada questione que existe a gravidez esclareça que independe da gravidez; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. “...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias”

Questão 14. Teve um grande desejo de perder peso? Caso a entrevistada questione que existe a gravidez esclareça que independe da gravidez ; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. “...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias”

NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (28 DIAS)

Questão 15. Quanta vez se sentiu culpada depois de comer, por causa do efeito que isso teria no peso e forma corporal (não conte as situações de ingestão alimentar compulsiva)? Caso a entrevistada tenha dificuldade em entender a questão, esclareça que significa culpa apenas por comer e temer que essa ingestão alimentar tenha efeito no peso e forma corporal ; leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um x dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 16. Nas últimas quatro semanas (28 dias), houve situações em que sentiu que comeu o que as pessoas considerariam como uma quantidade de comida maior que alguém comeria na mesma situação? Caso necessário repita a questão. No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO** e **PULE PARA A QUESTÃO 19**. Caso a resposta

seja POSITIVA, no colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento.

Questão 17.Quanta vez teve este episódio nas últimas quatro semanas? Nos colchetes acrescente o número de vezes de acordo com a freqüência. Note que podemos ter uma unidade, uma dezena e uma centena, exemplo, 123 vezes, mas o mais provável é que seja dezena (012) ou mesmo unidade (005). Então preencha respeitando a ordem de freqüência da esquerda para a direita: exemplo 012; exemplo 00 4.

Questão 18. Quantos destes episódios de ingestão alimentar exagerada, você sentiu como não tendo controle?

Questão 19. Houve outras situações em que sentiu não ter controle e comeu muito, mas não comeu grande quantidade dadas as circunstâncias? Caso a entrevistada tenha dificuldade em entender a questão, esclareça que significa “sentiu não ter controle e comeu muito, mas não a quantidade exagerada mesmo que pudesse. No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO e PULE PARA A QUESTÃO 21.** Caso a resposta seja POSITIVA, no colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento”.

Questão 20. Quantas vezes nas últimas quatro semanas?

Questão 21. Nas últimas quatro semanas provocou vômito como um meio de controlar o seu peso e a forma corporal? Caso a entrevistada tenha dificuldade em entender a questão, esclarecer que provocar vômito é forçar para vomitar. No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO e PULE PARA A QUESTÃO 23.** Caso a resposta seja POSITIVA, no colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento.

Questão 22. Quantas vezes nas últimas quatro semanas?

Questão 23. Tomou laxante (remédio para ir aos pés) como um meio de controlar seu peso e forma corporal? No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO E PULE PARA A QUESTÃO 25**. Caso a resposta seja POSITIVA, no colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento.

Questão 24. Quantas vezes nas últimas quatro semanas? Nos colchetes acrescente o número de vezes de acordo com a freqüência que a entrevistada respondeu. Note que podemos ter uma unidade, uma dezena e uma centena, exemplo 123 vezes, mas o mais provável é que seja dezena (012) ou mesmo unidade (005). Então preencha respeitando a ordem de freqüência da esquerda para a direita -exemplo 012; exemplo 004.

Questão 25. Tomou diurético (remédios para perder água) como um meio de controlar o seu peso e forma corporal? No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO e PULE PARA A QUESTÃO 27**. Caso a resposta seja POSITIVA, no colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento.

Questão 26. Quantas vezes nas últimas quatro semanas?

Questão 27. Fez exercício físico excessivo como um meio de controlar o seu peso e forma corporal? Caso a entrevistada tenha dificuldade em entender a questão, esclarecer que exercício excessivo, é mais de 5 horas de exercício como meio de controlar o peso. No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO e PULE PARA A QUESTÃO 29**. Caso a resposta seja POSITIVA, no colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento.

Questão 28. Quantas vezes nas últimas quatro semanas?

As próximas questões deverão ter somente uma alternativa assinalada. As questões referem-se às **ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (28 DIAS)**. Nesse bloco de perguntas é

necessário que você oriente a gestante que ela deverá escolher uma opção em uma escala de 0 a 6 onde o 0 é nada e o 6 é muito. Leia as opções para a entrevistada a cada pergunta. NADA, UM POUCO, MODERADAMENTE, MUITO.

Após a escolha da entrevistada leia as alternativas numéricas referentes à resposta, exemplo se ela escolher à opção NADA, você oferece a opção 0 ou 1; se ela escolher ao opção UM POUCO, você oferece a opção 2 ou 3; se ela escolher a opção MODERADAMENTE, você oferece a opção, 4 ou 5; se ela escolher a opção MUITO assinale a opção 6.

Questão 29. Seu peso modificou a forma como pensa sobre si? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um X dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 30. Sua aparência modificou a forma como pensa sobre si? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um X dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 31. Até que ponto se aborreceria se lhe tivessem pedido para se pesar uma vez cada semana durante as quatro semanas seguintes? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um X dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 32. Até que ponto se sentiu insatisfeita com seu peso? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um X dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 33. Até que ponto se sentiu insatisfeita com sua aparência? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um X dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 34. Até que ponto esteve preocupado com o fato de as outras pessoas a verem comer? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um X dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 35. Até que ponto se sentiu desconfortável ao ver seu corpo, por exemplo, em um espelho, no reflexo de uma vitrine, enquanto se vestia ou enquanto tomava banho? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um X dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 36. Até que ponto se sentiu mal pelo fato de os outros verem seu corpo; por exemplo, na praia, ou quando usava roupas que mostravam suas formas? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um X dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

5.4. PRIME-MD

É um questionário utilizado para o reconhecimento rápido e acurado do diagnóstico dos Transtornos Mentais mais comumente vistos em adultos em serviços de atenção primária.

O Prime-MD tem dois componentes. O primeiro é o **Questionário do Paciente (QP)** constituído de uma página, que é auto preenchido pelo paciente. O QP consiste de 10 questões **SIM/NÃO**, uma a respeito da intensidade dos problemas e outra questão acerca de saúde global. As 10 questões **SIM/NÃO** são organizadas em 4 grandes módulos de diagnósticos, que estarão identificados com letras **A,B,C e D**.

O segundo componente do Prime-MD é um **Guia de Avaliação Clínica (GAC)**, o qual é usado para obter informações adicionais das áreas de diagnóstico onde o paciente responde positivamente no QP.

QUESTIONÁRIO DO PACIENTE (QP)

Este questionário **será fornecido a gestante** após terem sido completados os três primeiros questionários. Deverá ser explicado a ela que é necessário assinalar um **X** exatamente dentro do quadrado para cada item..

Neste questionário cada módulo será identificado com uma letra que terá o objetivo de identificar o que você deverá perguntar no GAC. De posse do questionário da paciente a entrevistadora avaliará a necessidade de aplicar um ou mais módulos do GAC.

GUIA DE AVALIAÇÃO DO CLÍNICO (GAC)

Princípios Gerais:

Todas as frases que tiverem SUBLINHADAS não deverão ser lidas para a gestante

- Complete os módulos em que a entrevistada tiver assinalado no **QP** como indicado na série de 4 quadros.
- Faça a leitura de cada questão salientando o que estiver em negrito, por exemplo **“nos 2 últimos meses?”**
- Dentro de cada módulo, sempre proceda seqüencialmente de questão em questão ao menos que haja instruções **“PULAR PARA A Q.”** ou **“SAÍDA”** do módulo.
- **“SAÍDA”** sempre significa sair do módulo. Então vá para o próximo módulo a ser avaliado.

Introdução ao Paciente (você deve ler ao paciente)

“Deixe-me ver suas respostas do questionário (QP). Eu vou fazer algumas perguntas para que você me ajude a compreender alguns dos sintomas que você assinalou. Eu vou anotar ao longo de nossa entrevista.”

Inicie os módulos na ordem na qual eles aparecem no **GAC (A,B,C e D)**. Escolha os módulos para iniciar baseado na resposta **SIM** da gestante no **QP** como segue:

A Questão1	B Questões 2 ou 3	C Questões 4, 5 ou 6	D Pelo menos uma das Questões de 7 a 10
----------------------	-----------------------------	--------------------------------	--

Módulo A

- Você deve aplicar este módulo quando a **questão 1** está assinalada **SIM** no questionário do paciente.
- Para cada pergunta, a entrevistadora deve assinalar a resposta com um x no **SIM ou NÃO**.

Módulo B

- Você deve aplicar este módulo quando as questões **2 ou 3** estão assinaladas **SIM** no questionário do paciente.
- Para cada pergunta, a entrevistadora deve assinalar **SIM ou NÃO** com um **x** exatamente dentro do quadrado.
- Na primeira página do **módulo B** da questão 08 a 16 a entrevistadora deve frisar que o período que em que queremos saber são as **duas últimas semanas**.
- Na segunda página as questões 18 e 19 referem-se ao período de **2 anos**

Módulo C

Você deve aplicar este modulo quando as questões **4, 5 ou 6** estão assinaladas **SIM** no questionário do paciente

- Se a Questão 6 do **QP** esta assinalada “**Não**” você deve pular para a questão 35.
- Neste **Modulo** preste muita atenção no período de tempo de cada questão que esta grifada em negrito, e resalte isso a gestante.

Módulo D

Você deve aplicar este modulo quando pelo menos uma das Questões de **7 a 10** estiver assinalada **SIM** no questionário do paciente

Agora faremos algumas perguntas sobre consumo de álcool

O período refere-se **aos últimos 6 meses**.

- Para cada pergunta, a entrevistadora deve assinalar **SIM ou NÃO** com um **x** exatamente dentro do quadrado.

FOLHAS DE CAMPO

Planilha de Registro de Campo

- **MUITA ATENÇÃO** – essa planilha é de extrema importância para avaliar sua produção e controle do material
- Entrevistadora – cada entrevistadora coloca seu nome e código

Na planilha você deve registrar:

- Nome da gestante
- RG o número da identidade da gestante
- UBS-o número da unidade de saúde
- Data da entrevista – data que foi realizada a entrevista
- Data provável de parto – dado que consta no questionário da pesquisa
- Entreg/revisado – constará à rubrica do supervisor que recebeu e revisou junto com você o questionário

Planilha de Registro diário de gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde

- Entrevistadora – cada entrevistadora coloca seu nome e código
- Numero do prontuário – da gestante da UBS
- Nome da gestante –
- UBS - o número da unidade básica de saúde
- Data da entrevista – registre a data da entrevista
- **Situação no Estudo** – você deve preencher este campo com os códigos que estão na legenda no final da planilha.

R = Recusa

P = Perda

EF = “Em Falta”

OK = Entrevista Realizada

Você deve sempre completar os dados da planilha. A não ser no caso de a entrevista ter sido realizada.

- Idade – em anos completos
- Idade gestacional – copiar dado do prontuário da gestante
- Número de Gestações – número de vezes que a mulher esteve grávida. Dado que consta no prontuário da gestante
- Número de Partos - número de partos. Dado que consta no prontuário da gestante
- Observações – espaço para registro de alguma informação adicional

ANEXO VII – RELATÓRIO TRABALHO DE CAMPO

Cronograma

Dia	Atividade
16/05 terça	Entregar Manual e Questionários para entrevistadoras
19/05 sexta	Reunião pré-treinamento
20/05 sábado	TREINAMENTO
21/05 domingo	TREINAMENTO
22/05 segunda	Ensaio de campo em Bento Gonçalves
23/05 terça 19h	Reunião em Bento para avaliar ensaio
24/05 quarta	Teste do Teleform
25/05 quinta	Mandar para gráfica os questionários
26/05 sexta	Ensaio de campo em Porto Alegre
29/05 – 02/06	Semana de correção dos problemas de campo
01/06 quinta	Montar envelopes com questionário e entregar material definitivo para entrevistadoras
05/06	INICIO DO CAMPO

Preparação dos instrumentos

De acordo com os objetivos do Projeto elaborou-se um questionário padronizado e pré-codificado de variáveis sócio demográficas e os instrumentos questionário de frequência alimentar(QFA),Eating disorder questionarie (EDE-Q) e PRIME-MD. Incluíram-se as medidas de peso, altura.

Os instrumentos foram testados e aprimorados durante a seleção e treinamento dos entrevistadores.

Seleção e treinamento dos entrevistadores

Foram recrutados 15 estudantes da área da saúde para treinamento, seleção. Destas 13 foram para participação do trabalho de campo, sendo 7 alocadas em Porto Alegre e 5 em Bento Gonçalves (demissões desistências e trocas)

O treinamento foi realizado durante 2 dias, mediante o seguinte roteiro:

PRIMEIRO DIA (20/05/2006)

9h - 12 e 13 - 17h

- Apresentação Geral dos Pesquisadores
- Manufatura dos Crachás (como forma de integração)
- Apresentação dos projetos e objetivos gerais
- Fazer dinâmica de grupo, com leitura do texto e discussão do que foi entendido
- Leitura dos questionários e manual.

SEGUNDO DIA (21/05/2006)

9h - 12 e 13 - 17h

- Esclarecimentos de duvidas da leitura em casa
- Simulação de entrevistas
- Treinamento de caligrafia
- Treinamento de peso e altura
- Apresentação da postura do entrevistador , rigor da pesquisa e aspectos éticos

4. Estudo piloto

No dias 22/05 de 2006 foi realizado o estudo piloto em Bento Gonçalves no Centro de Referência Materno Infantil. Em Porto Alegre o ensaio foi realizado no dia 01/06 de 2006 nas UBS 03 e 05 do Centro de Saúde Escola Murialdo. O piloto objetivou também selecionar os entrevistadores, aprimorar os instrumentos e testar a logística.

5. Padronização

Durante os primeiros trinta dias de trabalho de campo reuniões semanais com toda a equipe com a intenção de padronizar as estratégias de coleta e solucionar possíveis dificuldades encontradas. E-mails diários com adendos ao manual foram enviados instruindo sobre novas mudanças

No início de julho foi necessário substituir uma entrevistadora. Por uma que havia participado do treinamento e do estudo piloto e cadastradas como reserva.

6. Controle de qualidade

Para o controle de qualidade elaborou-se um questionário simplificado com perguntas de pequena variação em relação ao tempo. Assim, de acordo com a entrega de questionários foram sorteados 10% das pessoas incluídas no estudo.

O controle de qualidade foi realizado concomitantemente ao trabalho de campo, pelos supervisores de campo. Inicialmente, a escolha de questionários para o controle foi aleatória.

No último mês, criou-se estrutura de entrada dos dados para o controle de qualidade de forma a assegurar uma distribuição mais equânime entre os entrevistadores e os setores incluídos no estudo.

7. Revisão de codificação

Desde o início do estudo os questionários individuais foram revisados pelos supervisores no momento da recepção. Possíveis erros de codificação eram corrigidos na hora na presença da entrevistadora. A segunda revisão foi realizada pelo aplicativo *Verifier* do programa Teleform V.10. Reuniões quinzenais foram realizadas para discutir os erros e em alguns casos, discutidos individualmente com as entrevistadoras.

8. Entrada dos dados

A entrada dos dados foi iniciada em junho de 2006 paralelamente ao início do trabalho de campo, através do programa Teleform para Windows NT de automatização de entrada de dados. Porto Alegre centralizou a verificação eletrônica e a entrada de dados para as duas cidades

O programa foi utilizado para:

- Desenho do formulário
- Regras de crítica dos campos
- Leitura dos formulários preenchidos
- Verificação dos dados
- Correção dos dados
- Saída em banco de dados

A leitura é feita através da digitalização da imagem de cada página do questionário onde são identificadas:

Marcas: similar ao utilizado em cartelas de loteria

OCR: escrita impressa ou datilografada

ICR: escrita à mão em letra de forma

Após ler os documentos, o Teleform realiza a crítica dos dados e caso o formulário seja aprovado, é armazenado no banco de dados. Caso seja rejeitado, é colocado na fila para que um operador visualize, verifique e corrija os dados lidos pelo Teleform.

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

Formulários de meia página, página inteira e multi-páginas em formato *portrait* ou *landscape*

Aceita múltiplos formulários simultaneamente

Reconhecimento automático do tipo de formulário

Armazenamento dos dados em SQL Server, Oracle, Sybase, DB2, dBase, Paradox, FoxPro, Excel, CSV, DIF

CRÍTICA DE CAMPOS:

- Tipo: numérico, alfanumérico, e outros
- Preenchimento obrigatório ou opcional
- Valores máximo e mínimo
- Valores válidos: um campo só aceita valores constantes de uma lista
- Checagem aritmética

Validação contra base de dados