

Antropometria, composição corporal, aporte nutricional e comportamento alimentar de pessoas transgénero
Anthropometry, body composition, nutritional intake and eating behavior of transgender people

Matheus Martins Ferreira Saldanha de Azevedo

ORIENTADO POR: MESTRE CARLA ISABEL MONTEIRO ALMEIDA

COORIENTADO POR: PROF. DOUTOR RUI MANUEL DE ALMEIDA POÍNHOS E PROF.^a DOUTORA SÍLVIA CARINA GONÇALVES PINHÃO CRUZ

TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

1.º CICLO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO | UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA UNIVERSIDADE DO PORTO

TC

PORTO, 2023



Resumo

A identidade de gênero (IG) envolve a percepção sobre o que se é, e quando não está acordo com a designação sexual, tem-se uma pessoa transgênero. O cuidado nutricional de pessoas trans ainda não está bem descrito na literatura, todavia, evidências apontam para um maior risco de sobrepeso e obesidade e de perturbações do comportamento alimentar (PCA). A terapia hormonal (TH) também altera a distribuição de massa gorda e de massa magra.

Foram objetivos avaliar e relacionar parâmetros antropométricos, de composição corporal, de ingestão alimentar e de comportamento alimentar de pessoas transgênero e compará-las entre pessoas do espectro transmasculino e transfeminino.

Adultos que se identificavam como transgênero (n = 16) e estavam a ser seguidos em consulta de endocrinologia, responderam a um questionário sociodemográfico e ao *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26). Foram inquiridos por um questionário de frequência alimentar quantitativo e tiveram seu peso, altura, perímetro da cintura (PC), massa muscular e massa gorda aferidos.

Pessoas trans apresentaram prevalência de excesso de peso similar à da população geral, mas risco de PCA mais elevado. O aporte energético e nutricional e o risco de PCA parece não acompanhar o sexo/gênero designado à nascença, mas sim a IG, e que os espectros da transmasculinidade e da transfeminilidade devem ser olhados também isoladamente.

Palavras-chave: antropometria; aporte nutricional; comportamento alimentar; composição corporal; transgênero.

Abstract

Gender identity (GI) involves the personal sense of who one is. A transgender person doesn't recognize their GI by their assigned sex/gender at birth. Nutritional care for trans people is not yet well established in the literature, however, evidence points to an increased risk of overweight and obesity, and eating disorders (ED). Hormone therapy (HT) also alters the distribution of fat and lean mass.

The objectives were to evaluate and relate anthropometric parameters, body composition, nutritional intake, and eating behavior of transgender people, and to compare them between transmasculine and transfeminine spectrum people.

Adults who identified themselves as transgender (n = 16) and were being followed at an endocrinology consultation, answered a sociodemographic questionnaire and the Eating Attitudes Test-26 (EAT-26). They answered a quantitative food frequency questionnaire and had their weight, height, waist circumference (WC), muscle, and fat mass measured.

Trans people had a prevalence of overweight similar to the general population, but a higher risk of ED. Energy and nutritional intake and the risk of ED do not seem to follow the sex/gender assigned at birth, but the GI. In this regard, the spectra of transmasculinity and transfemininity should also be looked at separately.

Key-words: anthropometry; body composition; eating behavior; food intake; transgender.

Lista de siglas e acrónimos

CHUSJ - Centro Hospitalar Universitário São João

DG - Disforia de género

DHAN - Pessoas designadas homens ao nascer

DMAN - Pessoas designadas mulheres ao nascer

DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EAT-26 - *Eating Attitudes Test-26*

EAT-Bulimia - Subescala “Bulimia” do EAT-26

EAT-CO - Subescala “Controlo Oral” do EAT-26

EAT-Dieta - Subescala “Dieta” do EAT-26

IG - Identidade de género

IMC - Índice de Massa Corporal

PC - Perímetro da cintura

PCA - Perturbação do comportamento alimentar

RCE - Relação cintura-estatura

TH - Terapia hormonal

Sumário

Resumo.....	i
Abstract.....	ii
Lista de siglas e acrónimos	iii
Introdução.....	1
Metodologia	3
Resultados.....	6
Discussão	11
Conclusões e considerações finais	15
Agradecimentos	16
Referências.....	17
Índice de anexos e apêndices.....	19

Introdução

A sexualidade humana engloba, por entre muitos outros aspetos, o sexo e a IG. Pode ser vivida e expressa de diversas maneiras e é influenciada pela interação de características biológicas, psicológicas, sociais, económicas, políticas, históricas, religiosas, culturais e jurídicas ⁽¹⁾. O sexo, socialmente associado ao género, é um espectro que compreende as genitálias interna e externa, gónadas, cariótipo e hormonas, que quando reunidos em certo padrão, culminam numa pessoa endossexo, entendida como do sexo masculino ou do feminino. Em contraste, quando as características sexuais destoam destes dois padrões, evidencia-se uma pessoa intersexo ^(2, 3). Já a IG compreende a autoperceção sobre o que se é. Quando um indivíduo tem o seu sexo designado ao nascer correspondente ao seu género, diz-se que é cisgénero, do contrário, tem-se uma pessoa transgénero ⁽⁴⁾. A perturbação causada por esta disparidade entre sexo e identidade de género é referida como disforia de género (DG) ^(5, 6).

Embora a última versão do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) considere a DG um evento “raro”, estudos recentes estimam que a prevalência de pessoas que se autoafirmam como transgénero no mundo varia entre 0,5 e 1,3% ⁽⁷⁾. Portugal ainda não possui dados demográficos sobre a IG e a DG é pouco investigada, mas sabe-se que nos primeiros 10 anos em que tal foi possível (2011 a 2021), alteraram o seu registo civil 1227 pessoas ⁽⁸⁾.

A transição para a afirmação de género pode ser social, envolvendo mudanças nos papéis e na expressão de género; médica não cirúrgica, com a TH; e cirúrgica, com recurso a uma variedade de procedimentos ^(5, 9). Embora nem todas as pessoas trans queiram passar pela transição médica e/ou cirúrgica,

muitas decidem recorrer a ela para a melhoria do seu bem-estar e qualidade de vida, bem como para o alívio do sofrimento social e da DG ^(10, 11).

Em adultos, a TH consiste em suprimir a secreção endógena das hormonas sexuais regidas pelas gónadas/genética sexual e em manter os níveis de hormonas sexuais do género identificado dentro do limiar normal ⁽⁵⁾. Deste modo, mulheres transgénero e pessoas transfemininas são geralmente submetidas ao uso de estrogénios e antiandrógenos, enquanto homens transgénero e pessoas transmasculinas utilizam testosterona. É importante que os riscos e complicações resultantes do tratamento, como tromboembolismo, eritrocitose, doenças cardiovasculares, entre outros, sejam monitorizados ⁽¹²⁾.

A TH é parte importante nos cuidados de saúde dessas pessoas e influencia o estado estaturó-ponderal, a composição corporal e o comportamento alimentar. Após um ano de TH, é possível observar mudanças nas percentagens de massa muscular e de gordura corporal. Indivíduos em TH apresentam uma alta prevalência de excesso de peso, especialmente mulheres trans, e um maior consumo de produtos de elevada densidade energética, o que torna a terapia nutricional/alimentar importante ⁽¹¹⁾. A obesidade, além de aumentar o risco de doenças cardiovasculares e a insatisfação corporal, pode limitar o acesso à transição cirúrgica, dado que alguns procedimentos são realizados em faixas de Índice de Massa Corporal (IMC) específicas ⁽¹²⁾.

Indivíduos transgénero apresentam maior insatisfação com o corpo e maior prevalência de PCA, que variam de acordo com o tempo de transição. A comida é muitas vezes utilizada como fonte de conforto, como um meio de diminuir o sofrimento social e suportar as consequências do estigma, fazendo com que a interação com o alimento se torne um problema. Além disso, restrições dietéticas

e estratégias de manipulação do peso para a afirmação de género são comuns e relacionadas com padrões socioculturais discriminatórios. Usualmente, é difícil o acesso ao tratamento de PCA que não estigmatize pessoas trans, o que leva muitas a pesquisar na internet dicas e informações sobre dietas, exercícios e suplementos alimentares ⁽¹³⁾.

Existe escassez de estudos sobre ingestão alimentar, aporte energético e nutricional e métodos de avaliação nutricional na comunidade transgénero, o que resulta em imprecisão e inconsistência nos cuidados de saúde. Adicionalmente, são pessoas que possuem necessidades nutricionais específicas e que não dispõem de recomendações apropriadas, o que mostra a importância dos profissionais de saúde, mais especificamente nutricionistas, para o desenvolvimento de diretrizes que promovam um melhor cuidado nutricional para pessoas transgénero ⁽¹⁴⁾.

O objetivo geral deste trabalho é estudar características antropométricas, composição corporal, aporte energético e nutricional e comportamento alimentar de pessoas transgénero seguidas em consulta externa de endocrinologia. Foram objetivos específicos: avaliar o estado estatura-ponderal, a relação cintura-estatura, a composição corporal o aporte energético e nutricional e o risco de PCA; relacionar estas características entre si; e compará-las entre pessoas do espectro transmasculino e transfeminino.

Metodologia

O estudo foi revisto e aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Anexo A).

Neste estudo foi utilizada uma amostra de conveniência constituída por 16 pessoas transgénero que estavam a ser acompanhadas em consulta externa de endocrinologia do CHUSJ (Porto, Portugal). Os critérios de inclusão foram: (a) pessoas que se autoidentificam como transgénero; (b) idade compreendida entre 18 e 65 anos; (c) residentes em Portugal e (d) que fossem seguidas regularmente em consultas de endocrinologia. Foi critério de exclusão a presença de patologia ou condição clínica que condicionasse a capacidade de tomada de decisão livre e informada ou de participação (nomeadamente preenchimento dos questionários).

A recolha de dados deste estudo observacional transversal aconteceu de março a maio de 2023. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e clínico (Apêndice A) de administração direta, cujas informações foram complementadas com as constantes no registo clínico eletrónico. Através deste questionário, recolheram-se dados sociodemográficos e de estilo de vida [idade, sexo atribuído à nascença, identidade de género, orientação afetivo-sexual (OAS), situação profissional, escolaridade e prática de exercício físico (EF)], antropométricos (peso, estatura e perímetro da cintura (PC)), de composição corporal (percentagens de massa muscular e gorda) e clínicos (uso de TH, realização de transição cirúrgica e se possui algum agravo de saúde e alergia/intolerância alimentar).

As medidas antropométricas de estatura, massa e PC foram avaliadas com o auxílio de estadiómetro, balança e fita métrica, respetivamente, de forma a serem utilizadas nos cálculos do IMC e da relação cintura/estatura (RCE). O PC foi aferido no plano horizontal no local mais estreito da cintura. Foi usada a bioimpedância, através do aparelho *InBody 320™*, que mediu a composição

corporal (percentagem de massa magra e de gordura) de cada participante em ambas opções de sexo disponíveis no equipamento (masculino e feminino).

Para aferir aspetos relacionados com as PCA, os participantes responderam à versão portuguesa do *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26) (Anexo B) ⁽¹⁵⁾. Este teste de autopreenchimento é constituído por 26 itens divididos em 3 subescalas: (1) dieta (“EAT-dieta”; 13 itens), que se refere à restrição da ingestão de alimentos com elevado teor energético, esquia em comer e a demasiada preocupação com a magreza; (2) bulimia e preocupação com a comida (“EAT-bulimia”; 6 itens), que reflete os momentos de ingestão excessiva de alimentos, acompanhados de mecanismos patológicos de controlo do peso; e (3) controlo oral da ingestão (“EAT-CO”; 7 itens), que engloba o autocontrolo sobre a comida e a influência do ambiente nos hábitos alimentares. As questões são dispostas em escala Likert de pontuação (sempre = 3; frequentemente = 2; muitas vezes = 1; algumas vezes, raramente e nunca = 0), sendo a questão 25 a única com a pontuação invertida (nunca = 3; raramente = 2; algumas vezes = 1; muitas vezes, frequentemente e sempre = 0). O somatório total das respostas varia entre 0 e 78 pontos e um resultado maior que 21 indica risco para PCA ⁽¹⁶⁾.

A análise da ingestão alimentar foi feita através da aplicação do questionário de frequência alimentar (QFA) semi-quantitativo, validado para a população adulta residente em Portugal^(18, 19), disponibilizado pelo Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) (Anexo C) ^(17, 18). A versão do QFA utilizada foi a de administração direta e a conversão dos resultados em energia e macronutrientes foi realizada pelo ISPUP no final da etapa de recolha de dados.

A análise estatística foi feita no programa IBM® SPSS™ versão 29.0 para Windows. A análise descritiva compreendeu o cálculo das frequências absolutas (n) e relativas (%) e de medianas e percentis (P25; P75). A normalidade das variáveis cardinais foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. Toda a estatística inferencial foi realizada com confiança de 95%. Em termos de análise bivariada, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (r_s) para avaliar as associações do IMC, relação cintura-estatura (RCE), energia, percentagem de proteínas, de hidratos de carbono (HC) e de lípidos do valor energético total (VET) com os resultados do EAT-26 totais e das respetivas subdivisões (dieta, bulimia e controlo oral). Para a comparação de ordens médias entre os sexos atribuídos à nascença, foi aplicado o teste de Mann-Whitney (MW).

Os resultados serão apresentados em função da totalidade da amostra (grupo T), dos participantes que tiveram o sexo feminino atribuído à nascença [grupo DMAN (designado mulher ao nascer)] e o sexo masculino atribuído à nascença [grupo DHAN (designado homem ao nascer)].

Resultados

Foram contactadas 47 pessoas via telefone, das quais 31 (66,0%) aceitaram participar, no entanto, 15 destas não compareceram à consulta. A amostra foi então constituída por 16 pessoas transgénero, das quais 10 (62,5%) tiveram o sexo feminino atribuído à nascença, com idades compreendidas entre os 18 e os 53 anos (mediana = 25; P25 = 21; P75 = 33). Destas, 8 (50,0%) referiram-se como homens trans, 5 (31,3%) como mulheres trans, 2 (12,5%) como pessoas não-binárias e 1 (6,3%) como *genderfluid*.

Quanto à escolaridade, 15 (93,8%) haviam concluído, pelo menos, o ensino secundário, e 6 (37,5% do total) possuíam licenciatura ou mestrado.

Profissionalmente, 4 (25,0%) estavam desempregados, enquanto os restantes ou trabalhavam (n = 7; 43,9%) ou estudavam exclusivamente (n = 5; 31,3%). Das 13 pessoas que indicaram a sua OAS, 9 (69,2%) eram heterossexuais, 2 (15,4%) bissexuais e 2 (15,4%) pansexuais. Ainda, 6 (43,8%) deles praticavam EF, dos quais 4 (66,7%) o realizavam a uma intensidade moderada.

Quando questionados sobre serem alérgicos e/ou intolerantes a algum alimento, 4 (25,0%) afirmaram ser, sendo a maioria destes (75,0%; n = 3) intolerante à lactose. Metade dos inquiridos possuíam outra condição de saúde, sendo as doenças respiratórias (n = 3; 18,9%) e do foro psíquico (n = 2; 12,6%) as mais frequentes. Quanto à hormonoterapia, 11 (68,8%) dos inquiridos estavam sob tratamento hormonal, dos quais, 5 (45,4%) realizavam-no há menos de um ano, 3 (27,3%) entre um e três anos e 3 (27,3%) entre três e seis anos. A terapêutica utilizada por todos do grupo DMAN consistia na toma de testosterona, enquanto a totalidade do grupo DHAN fazia uso combinado de um antagonista de androgénios mais o estrogénio. Com relação a transição cirúrgica, apenas 3 (12,9%) haviam realizado, sendo todos DMAN.

A tabela 1 caracteriza a amostra e resume as diferenças entre DHAN e DMAN para os parâmetros: IMC, RCE, massa muscular e massa gorda quando selecionado o sexo feminino ou masculino e a diferença entre esses valores. Não foram observadas diferenças entre os grupos para nenhum dos itens avaliados. Metade dos inquiridos de cada grupo (DMAN e DHAN) estavam acima do valor de referência para a normoponderabilidade, segundo o IMC, dos quais a maioria (87,5%; n = 7) foram categorizados com sobrepeso e um com obesidade grau I. Na classificação

da RCE, 7 (T: 43,7%; DMAN: 4, 40,0%; DHAN: 3, 50,0%) obtiveram valores maiores que 0,5, apresentando elevado risco cardiometabólico.

Tabela 1. Caracterização antropométrica e de composição corporal

	DHAN Mediana (P25; P75)	DMAN Mediana (P25; P75)	p	T Mediana (P25; P75)
IMC (kg/m ²)	26,3 (22,6; 29,7)	24,5 (21,8; 28,1)	0,448	25,1 (22,0; 29,1)
RCE	0,52 (0,45; 0,60)	0,49 (0,46; 0,58)	0,957	0,49 (0,46; 0,59)
MG-masc (%)	29,2 (24,6; 31,7)	30,3 (20,7; 37,3)	0,664	29,2 (22,6; 35,9)
MG-fem (%)	29,3 (24,3; 30,7)	29,4 (19,8; 37,7)	0,664	29,3 (21,8; 35,8)
MG(masc-fem) (%)	0,29 (0,05; 0,92)	0,39 (-0,05; 0,84)	0,828	0,32 (0,04; 0,84)
MM-masc (%)	39,4 (38,1; 42,2)	38,4 (34,5; 43,4)	0,588	39,4 (35,5; 42,1)
MM-fem (%)	39,9 (38,5; 42,0)	39,0 (34,6; 44,0)	0,664	39,9 (35,3; 42,6)
MM(masc-fem) (%)	-0,21 (-0,67; -0,234)	-0,28 (-0,58; 0,04)	0,745	-0,22 (-0,61; -0,02)

IMC: índice de massa corporal; RCE: relação cintura-estatura; MG-masc: massa gorda quando selecionado o sexo masculino; MG-fem: massa gorda quando selecionado o sexo feminino; MG(masc-fem): diferença entre a massa gorda quando selecionado o sexo masculino ou o sexo feminino no equipamento; MM-masc: massa muscular quando selecionado o sexo masculino; MM-fem: massa muscular quando selecionado o sexo feminino; MM(masc-fem): diferença entre a massa muscular quando selecionado o sexo masculino ou sexo feminino no equipamento; DHAN: designada homem ao nascer (n = 10); DMAN: designada mulher ao nascer (n = 6); T: amostra total (n = 16).

Segundo os resultados do EAT-26, a prevalência de risco para o desenvolvimento de PCA é de 12,5% (n = 2), posto que o grupo DHAN apresenta uma maior prevalência (16,7%) quando comparado com o grupo DMAN (10,0%). A caracterização da amostra e comparação entre DHAN e DMAN para a ingestão energética e de macronutrientes e resultados do EAT-26 estão reunidas na tabela 2. Não foram observadas diferenças quer para o aporte energético e em macronutrientes, quer para o EAT-26 e suas subescalas, no entanto, salienta-se uma discrepância de 741 kcal entre a energia, sendo maior para o grupo DMAN.

A tabela 3 sumariza as relações entre os índices antropométricos (IMC e RCE) com os resultados de ingestão do QFA (energia e percentagem de contribuição dos macronutrientes para o aporte energético). O aporte energético não apresentou associações significativas com o IMC ou com o RCE. No grupo DHAN, e apesar de as correlações não serem significativas, IMC mais elevado

apresentou associação moderada com menor contribuição para o VET da proteína e maior de lípidos. Já no grupo DMAN, IMC mais elevado associou-se significativamente a maior contribuição de HC (correlação moderada) e menor de lípidos (correlação forte), sendo a associação com o aporte proteico praticamente nula. Relativamente às associações com o RCE, destaca-se que no grupo DHAN parecem existir maiores discrepâncias face às reportadas para o IMC, com a associação do aporte de lípidos a ser substancialmente mais fraca, e a relação com o de HC a ser no sentido de maior aporte corresponder a maior RCE (ao contrário do verificado com o IMC).

A tabela 4 apresenta as associações entre os índices antropométricos (IMC e RCE) com os resultados do EAT-26 (total e subescalas). Embora nenhuma das correlações tenha atingido significado estatístico, destaca-se uma associação positiva moderada da subescala Bulimia sobretudo com o IMC no grupo DHAN, enquanto no grupo DMAN esta associação é mais elevada com o RCE. As associações da subescala de Dieta com maior IMC e RCE são fracas no grupo DMAN, mas consideravelmente mais baixas no grupo DHAN. Relativamente à subescala de Controlo oral, destaca-se a tendência para ser mais baixo quanto mais elevado a RCE em participantes do grupo DHAN.

Tabela 2. Mediana do aporte energético e em macronutriente e do EAT-26

	DHAN Mediana (P25; P75)	DMAN Mediana (P25; P75)	p	T
Energia (kcal)	2234 (1882; 2952)	2975 (2350; 3584)	0,129	2490 (2158; 3432)
Proteína (%)	18,7 (16,4; 20,9)	18,4 (14,5; 21,2)	0,664	18,7 (15,4; 20,3)
HC (%)	44,2 (42,1; 49,4)	45,2 (39,8; 55,9)	0,745	44,6 (40,4; 53,7)
Lípidos (%)	16,6 (13,4; 17,5)	15,5 (14,1; 17,1)	0,745	15,8 (13,9; 17,3)
EAT Total	3,5 (1,8; 17,0)	4,0 (0; 5,5)	0,744	7,0 (4,0; 15,5)
EAT-Dieta	1,0 (0; 3)	1,0 (0; 2,8)	0,381	4,0 (1,0; 6,5)
EAT-Bulimia	2,0 (0,8; 4,8)	3,5 (1,8; 6,5)	0,911	1,0 (0; 2,0)
EAT-CO	5,5 (3,0; 24,7)	7,0 (4,0; 14,5)	0,273	3,0 (1,2; 6,0)

HC: hidratos de carbono; EAT Total: resultado total do EAT-26; EAT-Dieta: resultado da subescala “dieta”; EAT-Bulimia: resultado da subescala “bulimia”; EAT-CO: resultado da subescala “controlo oral”; DHAN: designado homem ao nascer (n = 10); DMAN: designado mulher ao nascer (n = 6); T: amostra total (n = 16).

Tabela 3. Associação do aporte energético e em macronutrientes com o IMC e RCE.

		IMC	RCE
Energia (kcal)	DHAN	0,429 (0,397)	0,029 (0,957)
	DMAN	-0,152 (0,676)	-0,164 (0,651)
	T	-0,044 (0,871)	0,001 (0,996)
Proteína (%)	DHAN	-0,600 (0,208)	-0,771 (0,072)
	DMAN	0,006 (0,987)	-0,103 (0,777)
	T	-0,018 (0,948)	-0,215 (0,424)
HC (%)	DHAN	-0,200 (0,704)	0,371 (0,468)
	DMAN	0,709 (0,022)	0,770 (0,009)
	T	0,476 (0,062)	0,599 (0,014)
Lípidos (%)	DHAN	0,600 (0,208)	0,086 (0,872)
	DMAN	-0,794 (0,006)	-0,770 (0,009)
	T	-0,259 (0,333)	-0,359 (0,172)

Resultados expressos como rs (p). IMC: índice de massa corporal; RCE: relação cintura-estatura; DHAN: designado homem ao nascer (n = 10); DMAN: designado mulher ao nascer (n = 6); T: amostra total (n = 16); HC: hidratos de carbono.

Tabela 4. Relação do IMC e RCE com a pontuação do EAT-26.

		IMC	RCE
EAT Total	DHAN	0,174 (0,742)	-0,116 (0,827)
	DMAN	0,080 (0,826)	0,203 (0,574)
	T	0,151 (0,578)	0,139 (0,608)
EAT-Dieta	DHAN	0,203 (0,700)	0,087 (0,870)
	DMAN	0,438 (0,205)	0,469 (0,171)
	T	0,361 (0,170)	0,352 (0,182)
EAT-Bulimia	DHAN	0,530 (0,280)	0,265 (0,612)
	DMAN	0,263 (0,464)	0,456 (0,185)
	T	0,352 (0,182)	0,408 (0,117)
EAT-CO	DHAN	0,116 (0,827)	-0,406 (0,425)
	DMAN	-0,245 (0,494)	-0,135 (0,710)
	T	-0,221 (0,410)	-0,219 (0,414)

IMC: índice de massa corporal; RCE: relação cintura-estatura; EAT Total: resultado total do EAT-26; EAT-Dieta: resultado da subescala “dieta”; EAT-Bulimia: resultado da subescala “bulimia”; EAT-CO: resultado da subescala “controlo oral”; DHAN: designado homem ao nascer (n = 10); DMAN: designado mulher ao nascer (n = 6); T: amostra total (n = 16).

A tabela 5 sintetiza as correlações entre o aporte energético e de macronutrientes com os resultados do EAT-26 e suas subescalas. As associações não foram significativas, mas salienta-se que um maior aporte energético se correlacionou com menor risco de PCA no grupo DHAN, sobretudo em termos da subescala Dieta, mas com maior risco no grupo DMAN, sobretudo em termos das subescalas Bulimia e Controlo oral. No grupo DHAN o risco de PCA associou-se a menor aporte de HC (todas as subescalas) e maior de Proteínas (Dieta e Controlo oral) e Lípidos (Dieta). Já no grupo DMAN, as correlações entre o risco de PCA e a distribuição por macronutrientes foram todas inferiores a 0,3.

Tabela 5. Associação do aporte energético e em macronutrientes com os resultados do EAT-26

		EAT Total	EAT-dieta	EAT-bulimia	EAT-CO
Energia (kcal)	DHAN	-0,435 (0,389)	-0,580 (0,228)	-0,059 (0,912)	0,116 (0,827)
	DMAN	0,505 (0,137)	0,216 (0,549)	0,419 (0,228)	0,423 (0,223)
	T	0,108 (0,691)	-0,151 (0,576)	0,158 (0,558)	0,239 (0,372)
Proteína (%)	DHAN	0,638 (0,173)	0,522 (0,288)	0,088 (0,868)	0,551 (0,257)
	DMAN	0,197 (0,586)	0,272 (0,448)	0,125 (0,731)	0,104 (0,774)
	T	0,336 (0,163)	0,461 (0,072)	0,253 (0,345)	0,334 (0,206)
HC (%)	DHAN	-0,754 (0,084)	-0,609 (0,200)	-0,441 (0,381)	-0,638 (0,173)
	DMAN	-0,092 (0,800)	0,111 (0,760)	0,094 (0,797)	-0,209 (0,563)
	T	-0,309 (0,245)	-0,168 (0,535)	-0,100 (0,711)	-0,425 (0,101)
Lípidos (%)	DHAN	0,464 (0,354)	0,290 (0,577)	0,177 (0,738)	0,377 (0,461)
	DMAN	-0,006 (0,987)	-0,105 (0,773)	-0,150 (0,679)	0,086 (0,813)
	T	0,182 (0,501)	0,083 (0,760)	-0,037 (0,893)	0,178 (0,509)

Resultados expressos como rs (p). HC: hidratos de carbono; EAT Total: resultado total do EAT-26; EAT-Dieta: resultado da subescala “dieta”; EAT-Bulimia: resultado da subescala “bulimia”; EAT-CO: resultado da subescala “controlo oral”; DHAN: designado homem ao nascer (n = 10); DMAN: designado mulher ao nascer (n = 6); T: amostra total (n = 16).

Discussão

Neste estudo avaliou-se e relacionou-se a antropometria, a composição corporal, a ingestão alimentar e o comportamento alimentar de pessoas transgénero, analisando diferenças e semelhanças entre os grupos DHAN e DMAN.

Segundo o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF), a prevalência de sobrepeso e obesidade é de 36,5% e 21,6%, respetivamente, em adultos dos 18 aos 64 anos residentes em Portugal⁽¹⁹⁾. Um estudo nos EUA numa amostra de pessoas transgénero (n = 1457), encontrou prevalências de sobrepeso e obesidade semelhantes (32,0% e 26,0%) e comparou o resultado com uma amostra de pessoas cisgénero (37,0% e 18,0%), resultando em uma carga maior de IMC > 30 kg/m² para as pessoas trans⁽²⁰⁾. A amostra deste estudo apresenta uma proporção de excesso de peso semelhante, mas com menor proporção de obesidade (6,2%). A obesidade em pessoas transgénero tem um peso adicional, significando uma barreira no acesso à transição cirúrgica, sendo especialmente prejudicial para os diagnosticados com DG⁽¹²⁾. Este tipo de transição está ligada à melhora do bem-estar, da qualidade de vida e diminuição da ideação suicida⁽²¹⁾. Assim, a elevada proporção de sobrepeso merece atenção clínica acrescida.

Não foram encontrados estudos que abordassem a RCE em pessoas transgénero. O índice foi escolhido por ser de fácil interpretação semelhante para qualquer indivíduo, com qualquer corpo. Ainda, ele é um preditor melhor que o perímetro da cintura para diabetes, dislipidemias, hipertensão e risco cardiovascular, bem como superior ao IMC no que tange o risco cardiometabólico associado à obesidade ⁽²²⁾. Esta pode ser uma das ferramentas antropométricas a serem consideradas na avaliação nutricional de pessoas trans, sobretudo pelo facto de esta população, quando submetidas à TH, apresentar maior incidência de acidente vascular cerebral e eventos tromboembólicos venosos (no caso específico de DHAN) e estar em maior risco de infarto do miocárdio ⁽²³⁾.

Embora não significativa, a diferença de 741 kcal nas medianas de aporte energético são consistentes com os achados de Vilas *et al.* ⁽²⁴⁾ que também

observaram um VET maior nas pessoas do espectro transmasculino. Entretanto, os resultados de perfil de ingestão são mais expressivos, já que pode-se dizer que DHAN costumam ter um padrão de ingestão de maior contributo dos lípidos e menor da proteína para o VET, quanto maior for o peso e um maior percentual de ingestão de HC quanto mais elevada a adiposidade abdominal. Entretanto, o grupo DMAN apresentou um aporte de HC maior e de lípidos menor quanto maior o peso.

Os resultados do EAT-26 para uma amostra de 117 pessoas transgênero, observou uma taxa de risco para PCA de 18,8%, sendo os homens trans os mais afetados (20,3%)⁽²⁵⁾. Estes resultados são superiores aos nossos e diferem na maior prevalência do grupo DHAN. Todavia, ambos são mais elevados que os da população em geral, de cerca de 9% ⁽²⁶⁾. O agravante está na enorme insatisfação corporal gerada pela não conformidade de gênero, o que impacta negativamente o comportamento alimentar e a relação com a comida, vista como um mecanismo de adequação ao que se é ⁽¹¹⁾.

Os resultados das correlações feitas com as subescalas do EAT-26 sugere que DHAN com maior peso e que consomem mais proteína, apresentam maior tendência a episódios de ingestão compulsiva, seguidos de comportamentos para evitar o ganho de peso, como descrito para a EAT-Bulimia. Todavia, neste mesmo grupo, quando pendem a um autocontrole em relação ao que comem e reconhecem o papel social como uma força capaz de estimular a ingestão alimentar, conforme a EAT-CO, tendem a apresentar menor peso, maior aporte proteico e menor ingestão de HC. Quando se olha para as DMAN, vê-se uma inclinação dos que possuem o peso e a gordura abdominal mais elevados em recusarem comidas de elevado teor energético e em se preocuparem

intensamente com a forma física, conceito da EAT-Dieta. Apesar de esta análise se basear em associações que não atingiram significado estatístico, o perfil de relações com as características indicativas de risco de PCA parece ser bastante distinto entre DHAN e DMAN, justificando que estes grupos sejam considerados separadamente em investigação futura, ao contrário do que se verifica frequentemente ⁽²⁷⁾.

No que toca à avaliação da composição corporal, foram feitas duas medições para cada participante, escolhendo os sexos/géneros, ora masculino ora feminino. O foco do uso da impedância bioelétrica deu-se para avaliar a diferença entre essas medidas, pelo que não foram encontradas diferenças significativas, quer para as medições de massa gorda, quer para as de massa muscular. A seleção de um sexo (ou género) na máquina parece ser necessária apenas para se comparar com os valores de referência assinalados para determinado género. Não se obteve acesso às formulas que são utilizadas para estimar os dados obtidos, todavia, segundo a empresa que disponibiliza o equipamento, os resultados podem repetidos com variação de cerca de 1%, quando usados sob condições constantes, o que corrobora com o que foi encontrado para as diferenças⁽²⁸⁾. A ausência de diferenças significativas, mas, sobretudo, a reduzida magnitude dessas diferenças sustenta o uso da impedância bioelétrica na população trans, mesmo no desconhecimento de como as equação para cada sexo/género são construídas.

Como limitações deste estudo, destaca-se a utilização de uma amostra de conveniência e pequena, o que limita a extrapolação de resultados e a relação entre as variáveis. Por se tratar de um estudo transversal, impede a inferência de relações de causalidade. A utilização do QFA como ferramenta de avaliação da ingestão alimentar também pode ser considerada uma fraqueza, já que se recorre

à memória do inquirido e pode não ser a mais adequada para o caso dos estudos observacionais transversais, por possuir erros sistemáticos aquando da sua quantificação⁽²⁹⁾.

Apesar das limitações, este estudo contribui para o conhecimento numa área pouco explorada, nomeadamente em Portugal. À luz dos achados, é importante considerar que as DHAN e as DMAN precisam de cuidados nutricionais distintos, pelo que é preciso elas sejam avaliadas consoante suas necessidades. Entretanto, como o entendimento dessas necessidades não se vê bem clara, também fica a sugestão de se tentar perceber quais são elas e como colmatá-las.

Conclusões e considerações finais

Neste estudo, pessoas trans apresentaram prevalência de excesso de peso similar à da população geral mas risco de PCA mais elevado. O aporte energético e nutricional e o risco de PCA parece não acompanhar o sexo/género designado à nascença, mas sim a IG, e que os espectros da transmasculinidade da transfeminilidade devem ser olhados também isoladamente.

Os resultados introduzem elementos para um melhor cuidado nutricional de pessoas transgénero na prática clínica, nomeadamente a segurança no uso da RCE como preditor de saúde cardiovascular e a não necessidade de constrangimentos ao se deparar com uma seleção de sexo/género num equipamento de bioimpedância no âmbito de uma consulta.

Agradecimentos

À minha equipa de orientação, Mestre Carla Almeida, Prof. Doutor Rui Poínhos e Prof.^a Doutora Sílvia Pinhão. Vocês tanto se dedicaram para que este trabalho acontecesse, indo muito além de qualquer expectativa. Um muito obrigado de todo o meu coração pelo voto de confiança.

À colega Catarina, que tantas vezes auxiliou-me na recolha de dados.

Ao Dr. Pedro Rodrigues, por ter disponibilizado prontamente a sua agenda de pacientes para o trabalho.

Às 16 pessoas que tiraram um tempinho das suas vidas para me ajudarem a concretizar este estudo.

Referências

1. Organization WWH. Sexual Health. 2006. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2.
2. Machado PS. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. cadernos pagu. 2005;249-81.
3. Carpenter M, Dalke KB, Earp BD. Endosex. Journal of Medical Ethics. 2022;medethics-2022-108317.
4. Fergusson P, Greenspan N, Maitland L, Huberdeau R. Towards Providing Culturally Aware Nutritional Care for Transgender People: Key Issues and Considerations. Can J Diet Pract Res. 2018; 79(2):74-79.
5. Ferreira MJ, Castedo JL, Mota M, Carvalho D. Characterization of a transgender population in Portugal. Ann Endocrinol (Paris). 2022; 83(1):35-39.
6. APA APA. Gender Dysphoria. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2022.
7. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. Sex Health. 2017; 14(5):404-11.
8. Casaca MA, Vasconcelos CM. Mudar de sexo e nome. "As pessoas eram sujeitas a perguntas de como se vestiam, de que profissões tinham". 2021. Disponível em: <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/mudar-de-sexo-e-nome-as-pessoas-eram-sujeitas-a-perguntas-de-como-se-vestiam-de-que-profissoes-tinham-13459283.html>.
9. Hoffman ND, Freeman K, Swann S. Healthcare Preferences of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Questioning Youth. Journal of Adolescent Health. 2009; 45(3):222-29.
10. Rahman R, Linsenmeyer WR. Caring for Transgender Patients and Clients: Nutrition-Related Clinical and Psychosocial Considerations. J Acad Nutr Diet. 2019; 119(5):727-32.
11. Gomes SM, Jacob MC, Rocha C, Medeiros MF, Lyra CO, Noro LR. Expanding the limits of sex: a systematic review concerning food and nutrition in transgender populations. Public Health Nutr. 2021; 24(18):6436-49.
12. Ford K, Huggins E, Sheean P. Characterising body composition and bone health in transgender individuals receiving gender-affirming hormone therapy. J Hum Nutr Diet. 2022
13. Schier HE, Linsenmeyer WR. Nutrition-Related Messages Shared Among the Online Transgender Community: A Netnography of YouTube Vloggers. Transgend Health. 2019; 4(1):340-49.
14. Rozga M, Linsenmeyer W, Cantwell Wood J, Darst V, Gradwell EK. Hormone therapy, health outcomes and the role of nutrition in transgender individuals: A scoping review. Clin Nutr ESPEN. 2020; 40:42-56.
15. Santos R, Francisco R, Novo R, Oliveira L. Versão portuguesa do EAT-26 (versão para investigação). 2011
16. Bighetti F. Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP. Universidade de São Paulo; 2003.
17. Lopes C. Reprodutibilidade e Validação de um questionário semi-quantitativo de frequência alimentar. In: Alimentação e Enfarte Agudo do Miocárdio Estudo caso-controlo de base comunitária. Universidade do Porto; 2000.

18. Lopes C, Aro A, Azevedo A, Ramos E, Barros H. Intake and adipose tissue composition of fatty acids and risk of myocardial infarction in a male Portuguese community sample. *J Am Diet Assoc.* 2007; 107(2):276-86.
19. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física IAN-AF 2015-2016: relatório de resultados. 2017
20. Martinson TG, Ramachandran S, Lindner R, Reisman T, Safer JD. HIGH BODY MASS INDEX IS A SIGNIFICANT BARRIER TO GENDER-CONFIRMATION SURGERY FOR TRANSGENDER AND GENDER-NONBINARY INDIVIDUALS. *Endocr Pract.* 2020; 26(1):6-15.
21. Herman JL, Brown TN, Haas AP. Suicide thoughts and attempts among transgender adults: Findings from the 2015 US Transgender Survey. 2019
22. Ashwell M, Gunn P, Gibson S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2012; 13(3):275-86.
23. Nota NM, Wiepjes CM, de Blok CJ, Gooren LJ, Kreukels BP, den Heijer M. Occurrence of acute cardiovascular events in transgender individuals receiving hormone therapy: results from a large cohort study. *Circulation.* 2019; 139(11):1461-62.
24. Vilas MVA, Rubalcava G, Becerra A, Para MCM. Nutritional Status and Obesity Prevalence in People with Gender Dysphoria. *AIMS Public Health.* 2014; 1(3):137-46.
25. Arikawa AY, Ross J, Wright L, Elmore M, Gonzalez AM, Wallace TC. Results of an Online Survey about Food Insecurity and Eating Disorder Behaviors Administered to a Volunteer Sample of Self-Described LGBTQ+ Young Adults Aged 18 to 35 Years [Article]. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics.* 2020
26. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry.* 2011; 68(7):724-31.
27. Parker LL, Harriger JA. Eating disorders and disordered eating behaviors in the LGBT population: a review of the literature. *Journal of Eating Disorders.* 2020; 8(1):1-20.
28. How accurate and reliable are TANITA body composition monitors/ scales? Disponível em: <https://support.tanita.eu/support/solutions/articles/60000690201-how-accurate-and-reliable-are-tanita-body-composition-monitors-scales->.
29. Molag ML, de Vries JH, Ocké MC, Dagnelie PC, van den Brandt PA, Jansen MC, et al. Design characteristics of food frequency questionnaires in relation to their validity. *Am J Epidemiol.* 2007; 166(12):1468-78.

Índice de anexos e apêndices

Anexo A - Autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.....	20
Anexo B - <i>Eating Attitudes Test</i> - 26- Versão portuguesa.....	24
Anexo C - Questionário de Frequência Alimentar.....	25
Apêndice A - Questionário sociodemográfico.....	29

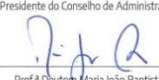
Anexo A - Autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto



DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Após apreciação e pareceres favoráveis da Comissão de Ética e do Centro de Epidemiologia Hospitalar, considerando que se encontram reunidos os requisitos e demais trâmites previstos no circuito para submissão de projetos de investigação no Centro Hospitalar Universitário de S. João e em conformidade com as disposições legais em vigor, o Conselho de Administração – ao abrigo das competências previstas no Artigo 71.º dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto – delibera:

1. Aprovar a realização do projeto de investigação:
 - "Antropometria, composição corporal, ingestão alimentar e comportamento alimentar de pessoas transgénero".
 - Serviço(s) onde decorrerá o projeto de investigação: Endocrinologia.
 - Investigador(a) principal: Sílvia Carina Gonçalves Pinhão Cruz.
2. Remeta-se à Comissão de Ética para os procedimentos adequados e demais trâmites convenientes.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE S. JOÃO, EPE • REUNIÃO DE 24 DE MARÇO DE 2023			
Presidente do Conselho de Administração			
			
Prof.ª Doutora Maria João Baptista			
Diretor Clínico	Enfermeiro Diretor	Vogal Executiva	Vogal Executiva
			
Prof.º Doutor Roberto Roncon	Enfermeiro Paulo Emilio Mota	Dra. Sofia Leal	Dra. Fernanda Oliveira

> Comissão de Ética
> Centro de Epidemiologia Hospitalar
> Direção Clínica

☐ CES 66/2023

Centro de Epidemiologia Hospitalar

Tomei conhecimento. Nada a opor. À DC.

20 de Março de 2023

A Diretora do Centro de Epidemiologia Hospitalar



(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

DIREÇÃO CLÍNICA
22 MAR. 2023



SÃO JOÃO

n.º 66 / 2023

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Realização de Investigação

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar Universitário de São João

Nome do Investigador Principal:

Sílvia Carina Gonçalves Pinhão Cruz

Título da Investigação:

Antropometria, composição corporal, ingestão alimentar e comportamento alimentar de pessoas transgénero.

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de:

Nutrição e Endocrinologia

a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 13 de fevereiro de 2023.



SÃO JOÃO

Encarregado
de Protecção de Dados
Data Protection Officer

Entrada

13.03.2023

assinatura
Centro Hospitalar São João
Centro de Epidemiologia Hospitalar
13.3.2023

Parecer da Comissão de Ética do

Centro Hospitalar Universitário de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projeto: Antropometria, composição corporal, ingestão alimentar e comportamento alimentar de pessoas transgénero

Nome da Investigadora Principal: Prof.ª Doutora Sílvia Carina Gonçalves Pinhão Cruz

Onde decorre o Estudo: Nos serviços de Nutrição e Endocrinologia do CHUSJ. Apresentou declaração da Dra. Cristina Teixeira e da direção do Serviço de Endocrinologia.

Objetivos do Estudo:

O objetivo deste estudo é avaliar aspetos antropométricos, a composição corporal, a ingestão alimentar, os aportes energético e nutricional, e o comportamento alimentar de pessoas transgénero seguidas na consulta externa de endocrinologia.

Conceção e Pertinência do estudo:

Há uma escassez de estudos sobre ingestão alimentar, risco de perturbações do comportamento alimentar (PCA), composição corporal e métodos de avaliação nutricional na comunidade transgénero, o que resulta em imprecisão e inconsistência nos cuidados de saúde por parte dos nutricionistas. São, ainda, pessoas que apresentam uma alta prevalência de obesidade e de PCA, enquanto faceiam mudanças na composição corporal quando submetidas às transições médicas e cirúrgicas. Adicionalmente, possuem necessidades nutricionais específicas e que não dispõem de recomendações apropriadas, o que mostra a importância dos profissionais de saúde, mais especificamente nutricionistas, para o desenvolvimento de diretrizes que promovam um melhor cuidado nutricional para os seus pacientes transgénero.

Os possíveis participantes serão convidados a participar pelo médico endocrinologista ou pela nutricionista durante uma das consultas, que explicará os objetivos do estudo e condições de participação, tanto oralmente como por escrito. Tamanho estimado da amostra: 25 participantes. As pessoas que aceitarem participar assinarão um termo de consentimento informado, sendo os restantes procedimentos realizados por um dos membros da equipa de investigação.

Serão co investigadores o Prof. Doutor Rui Póinhos (FCNAUP), Matheus Azevedo (estudante de licenciatura da FCNAUP) e o Dr. Pedro Rodrigues (Endocrinologia do CHUSJ).

Benefício/risco:

Não foram identificados riscos específicos associados à participação, para além do incómodo associado ao tempo para preenchimento dos questionários.

Confidencialidade dos dados:

Codificação alfanumérica gerada aleatória e automaticamente, sem relação com as características/respostas dos participantes; armazenamento restrito; não haverá registo de dados que permitam a identificação.

Apresentou um pedido de reutilização de registos clínicos para Investigação e Desenvolvimento ao RAI, e uma 'avaliação sobre o impacto da proteção de dados' para o EPD.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

Dispõe de uma adequada informação ao participante e o modelo de CI é o do CHUSJ.

Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: junho de 2023

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização do estudo.

Porto, 24 de fevereiro de 2023

O Relator da CE, Doutor Pedro Brito



Anexo B - *Eating Attitudes Test* - 26- Versão portuguesa

EAT-26

(Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982; versão portuguesa Francisco et al., 2011)

Instruções: Responda marcando com um “X” a resposta com a qual se sente mais identificado(a). Não existem respostas certas ou erradas.

A	B	C	D	E	F	
Sempre	Frequentemente	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca	
1. Tenho muito medo de ter excesso de peso.	A	B	C	D	E	F
2. Evito comer quando estou com fome.	A	B	C	D	E	F
3. Dou por mim preocupado(a) com a comida.	A	B	C	D	E	F
4. Já me aconteceu comer descontroladamente e sentir que não era capaz de parar.	A	B	C	D	E	F
5. Corto a minha comida em pedaços pequenos.	A	B	C	D	E	F
6. Sei bem as calorias da comida que como.	A	B	C	D	E	F
7. Evito especialmente comida rica em hidratos de carbono (por ex. pão, arroz, batatas, etc.)	A	B	C	D	E	F
8. Sinto que os outros preferiam que eu comesse mais.	A	B	C	D	E	F
9. Vomito depois de ter comido.	A	B	C	D	E	F
10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer.	A	B	C	D	E	F
11. Ando preocupado(a) porque desejo ser mais magro(a).	A	B	C	D	E	F
12. Penso em queimar calorias quando faço exercício.	A	B	C	D	E	F
13. As outras pessoas pensam que estou demasiado magro(a).	A	B	C	D	E	F
14. Ando preocupado(a) por pensar que tenho gordura no meu corpo.	A	B	C	D	E	F
15. Demoro mais tempo que os outros a comer às refeições.	A	B	C	D	E	F
16. Evito comer alimentos com açúcar.	A	B	C	D	E	F
17. Como comida de dieta.	A	B	C	D	E	F
18. Sinto que a comida controla a minha vida.	A	B	C	D	E	F
19. Mostro auto-controlo em relação à comida.	A	B	C	D	E	F
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.	A	B	C	D	E	F
21. Dedico demasiado tempo e importância à comida.	A	B	C	D	E	F
22. Sinto-me desconfortável depois de ter comido doces.	A	B	C	D	E	F
23. Empenho-me em fazer dieta.	A	B	C	D	E	F
24. Gosto que o meu estômago esteja vazio.	A	B	C	D	E	F
25. Gosto de provar novos alimentos nutritivos.	A	B	C	D	E	F
26. Tenho o impulso de vomitar depois das refeições.	A	B	C	D	E	F

Anexo C - Questionário de Frequência Alimentar



Unidade de Epidemiologia Nutricional
Serviço de Higiene e Epidemiologia
Faculdade de Medicina do Porto

INSTRUÇÕES (PARA ENTREVISTADOR)

• As questões devem ser "neutras", isto é, não devem influenciar de qualquer forma o tipo de respostas

• O questionário pretende identificar o consumo de alimentos do ano anterior. Assim para cada alimento, deve assinalar, preenchendo o respectivo círculo, quantas vezes, em média, por dia, semana ou mês o inquirido consumiu cada um dos alimentos referidos nesta lista, **ao longo do último ano**. Não se esqueça de assinalar no círculo respectivo os alimentos que o inquirido nunca come, ou come menos de 1 vez por mês.

Preencha	assim	☐
	assim não	☐

• Na coluna correspondente à quantidade assinale se a porção que habitualmente o inquirido come é igual, maior ou menor do que a referida como porção média.

• Para os alimentos que só são consumidos, em determinadas épocas do ano (por ex: cerejas, diospiros, etc.), assinale as vezes em que o inquirido consumiu o alimento nessa época, e coloque uma cruz (x) na última coluna (Sazonal).

Preencha	assim	☐	☐	☐
	assim não	☐	☐	☐

• Não se esqueça de ter em conta as vezes que o alimento é consumido sozinho e aquelas em que é adicionado a outros alimentos ou pratos (ex: café com leite, os ovos das omeletas, etc).

• No grupo III - **Óleos e Gorduras** - pergunte apenas os que são **adicionados** em saladas, no prato, no pão, etc, e **não** aos utilizados para cozinhar

• No grupo VI - **Hortalças e Legumes** - pergunte pensando nos que são consumidos no prato (cozidos ou em saladas) e **não** nos que entram na confecção da sopa.

• No item nº 86, anote a frequência com que o inquirido come sopa de legumes. No caso da sopa consumida ser caldo verde, canja ou sopa instantânea, com uma frequência de **pelo menos 1 vez por semana**, deve assinalar este consumo separadamente no quadro existente para outros alimentos, tendo o cuidado em o subtrair à frequência que foi referida anteriormente para a sopa de legumes.

• Se houver algum alimento não mencionado na lista de alimentos e que consuma pelo menos 1 vez por semana, assinale, no quadro que existe para **outros alimentos**, a respectiva frequência e indique ainda a porção média de consumo. **Por ex: frutos tropicais, sumos de fruta natural, bebidas espirituosas, café de mistura, alheiras, farínheiras, frutos secos (figo, ameixa, damasco), produtos dietéticos, rebuçados, etc.**

30295



ID

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

Por favor, antes de iniciar o questionário leia as instruções da página anterior.

Pense durante o último ano quantas vezes por dia, semana ou mês, em média, consumiu cada um dos alimentos referidos. Na coluna referente à quantidade deverá assinalar se sua porção é igual, menor ou maior do que a referida como porção média. Para os alimentos consumidos só em determinadas épocas do ano, anote a frequência com que o alimento é consumido nessa época e assinale com uma cruz (x) na última coluna (Sazonal).

I. P. LÁCTEOS	Frequência alimentar									Quantidade				Sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	A sua porção é:			
											Menor	Igual	Maior	
1. Leite gordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 chávena = 250 ml	☐	☐	☐	☐
2. Leite meio-gordo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 chávena = 250 ml	☐	☐	☐	☐
3. Leite magro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 chávena = 250 ml	☐	☐	☐	☐
4. Iogurte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Um = 125g	☐	☐	☐	☐
5. Queijo (de qualquer tipo incluindo queijo fresco e requeijão)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 fatia = 30g	☐	☐	☐	☐
6. Sobremesas lácteas: pudim, aletia e leite creme, etc	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Um ou 1 prato sobremesa	☐	☐	☐	☐
7. Gelados	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Um ou 2 bolas	☐	☐	☐	☐

II. OVOS, CARNES E PEIXES	Frequência alimentar									Quantidade				Sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	A sua porção é:			
											Menor	Igual	Maior	
8. Ovos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Um	☐	☐	☐	☐
9. Frango	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 porção ou 2 peças=150g	☐	☐	☐	☐
10. Peru, coelho	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 porção ou 2 peças=150g	☐	☐	☐	☐
11. Carne vaca, porco, cabrito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 porção =120g	☐	☐	☐	☐
12. Fígado de vaca, porco, frango	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 porção = 120g	☐	☐	☐	☐
13. Língua, mão de vaca, tripas, chispe, coração, rim	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 porção =100g	☐	☐	☐	☐
14. Fiambre, chouriço, salpicao, presunto, etc	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	2 fatias ou 3 rodelas =20g	☐	☐	☐	☐
15. Salsichas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	3 médias	☐	☐	☐	☐
16. Toucinho, bacon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	2 fatias=50g	☐	☐	☐	☐
17. Peixe gordo: sardinha, cavala, carapau, salmão,	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 porção =125g	☐	☐	☐	☐
18. Peixe magro: pescada, faneca, dourada, etc	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 porção =125g	☐	☐	☐	☐
19. Bacalhau	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 porção =125g	☐	☐	☐	☐
20. Peixe conserva: atum, sardinhas, etc	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 lata	☐	☐	☐	☐
21. Lulas, polvo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 porção =100g	☐	☐	☐	☐
22. Camarão, amêijoas, mexilhão, etc	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 prato sobremesa =100g	☐	☐	☐	☐

III. Óleos e Gorduras	Frequência alimentar									Quantidade				Sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	A sua porção é:			
											Menor	Igual	Maior	
23. Azeite	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 colher sopa	☐	☐	☐	☐
24. Óleos: girassol, milho, soja	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 colher sopa	☐	☐	☐	☐
25. Margarina	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 colher chá	☐	☐	☐	☐
26. Manteiga	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 colher chá	☐	☐	☐	☐



ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IV. PÃO, CEREAIS E SIMILARES	Frequência alimentar									Quantidade				sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	A sua porção é:			
											Menor	Igual	Maior	
27. Pão branco ou tostas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Um ou 2 tostas = 40g	☐	☐	☐	☐
28. Pão (ou tostas), integral, centeio, mistura	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Um ou 2 tostas = 50g	☐	☐	☐	☐
29. Broa, broa de avintes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 fatia = 80g	☐	☐	☐	☐
30. Flocos cereais (muesli, corn-flakes, chocapic, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 chávena = 40g	☐	☐	☐	☐
31. Arroz	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	½ prato = 100g	☐	☐	☐	☐
32. Massas: esparguete, macarrão, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	½ prato = 100g	☐	☐	☐	☐
33. Batatas fritas caseiras	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	½ prato = 100g	☐	☐	☐	☐
34. Batatas fritas de pacote	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 pacote pequeno = 30g	☐	☐	☐	☐
35. Batatas cozidas, assadas, estufadas e puré	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	2 batatas médias = 160 g	☐	☐	☐	☐

V. DOCES E PASTÉIS	Frequência alimentar									Quantidade				sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	A sua porção é:			
											Menor	Igual	Maior	
36. Bolachas tipo maria, água e sal ou integrais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	3 bolachas	☐	☐	☐	☐
37. Outras bolachas ou biscoitos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	3 bolachas	☐	☐	☐	☐
38. Croissant, pasteis, bolicao, doughnut ou bolos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Um; 1 fatia = 80g	☐	☐	☐	☐
39. Chocolate (tablete ou em pó)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	3 quadrados; 1 colher sopa	☐	☐	☐	☐
40. Snacks de chocolate (Mars, Twix, Kit Kat, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Um	☐	☐	☐	☐
41. Marmelada, compota, geleia, mel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 colher sobremesa	☐	☐	☐	☐
42. Açúcar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 colher sobremesa; 1 pacote	☐	☐	☐	☐

VI. HORTALIÇAS E LEGUMES	Frequência alimentar									Quantidade				sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	A sua porção é:			
											Menor	Igual	Maior	
43. Couve branca, couve lombarda	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	½ chávena = 75g	☐	☐	☐	☐
44. Penca, Tronchuda	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	½ chávena = 65g	☐	☐	☐	☐
45. Couve galega	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	½ chávena = 65g	☐	☐	☐	☐
46. Brócolos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	½ chávena = 85g	☐	☐	☐	☐
47. Couve-flor, Couve-bruxelas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	½ chávena = 65g	☐	☐	☐	☐
48. Grelhos, Nabijas, Espinafres	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	½ chávena = 72g	☐	☐	☐	☐
49. Feijão verde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	½ chávena = 65g	☐	☐	☐	☐
50. Alface, Agrião	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	½ chávena = 15g	☐	☐	☐	☐
51. Cebola	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	½ média = 40g	☐	☐	☐	☐
52. Cenoura	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 média = 80g	☐	☐	☐	☐
53. Nabo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 médio = 78g	☐	☐	☐	☐
54. Tomate fresco	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	½ médio = 63g	☐	☐	☐	☐
55. Pimento	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	½ médio = 68g	☐	☐	☐	☐
56. Pepino	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	¼ médio = 50g	☐	☐	☐	☐
57. Leguminosas: feijão, grão de bico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 chávena	☐	☐	☐	☐
58. Ervilha grão, Fava	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	½ chávena	☐	☐	☐	☐



ID

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

VII. FRUTOS	Frequência alimentar									Quantidade				Sazonalidade
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	A sua porção é:			
											Menor	Igual	Maior	
59. Maça, pêra	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	uma média	☐	☐	☐	☐
60. Laranja, Tangerinas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 média; 2 médias	☐	☐	☐	☐
61. Banana	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	uma média	☐	☐	☐	☐
62. Kiwi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	um médio	☐	☐	☐	☐
63. Morangos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 chávena	☐	☐	☐	☐
64. Cerejas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 chávena	☐	☐	☐	☐
65. Pêssego, Ameixa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 médio; 3 médios	☐	☐	☐	☐
66. Melão, Melancia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 fatia média = 150g	☐	☐	☐	☐
67. Diospiro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 médio	☐	☐	☐	☐
68. Figo fresco, Nêspers, Damascos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	3 médios	☐	☐	☐	☐
69. Uvas frescas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 cacho médio	☐	☐	☐	☐
70. Frutos conserva pêssego, ananás	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	2 metades ou rodela	☐	☐	☐	☐
71. Amêndoas, avelãs, nozes, amendoins, pistachio, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	½ chávena (descascado)	☐	☐	☐	☐
72. Azeitonas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	6 unidades	☐	☐	☐	☐

VIII. BEBIDAS E MISCELANEAS	Frequência alimentar									Quantidade				Sazonalidade
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	A sua porção é:			
											Menor	Igual	Maior	
73. Vinho	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 copo=125ml	☐	☐	☐	☐
74. Cerveja	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 garrafa ou 1 lata=330 ml	☐	☐	☐	☐
75. Bebidas brancas: whisky, aguardente, brandy, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 cálice = 40 ml	☐	☐	☐	☐
76. Coca-cola, pepsi-cola ou outras colas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 garrafa ou 1 lata=330 ml	☐	☐	☐	☐
77. Ice-tea	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 garrafa ou 1 lata=330 ml	☐	☐	☐	☐
78. Outros refrigerantes, sumos de fruta ou néctares embalados	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 garrafa ou 1 copo = 250 ml	☐	☐	☐	☐
79. Café (incluindo pingo, meia de leite e outras bebidas com café)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 chávena café	☐	☐	☐	☐
80. Chá preto e verde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 chávena	☐	☐	☐	☐
81. Croquetes, risóis, bolinhos de bacalhau, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	3 unidades	☐	☐	☐	☐
82. Maionese	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 colher sobremesa	☐	☐	☐	☐
83. Molho de tomate, ketchup	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 colher sopa	☐	☐	☐	☐
84. Pizza	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Meia pizza-normal	☐	☐	☐	☐
85. Hambúguer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Um médio	☐	☐	☐	☐
86. Sopa de legumes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1 prato	☐	☐	☐	☐

Existe algum alimento ou bebida que eu não tenha mencionado e que tenha consumido pelo menos 1 vez por semana mesmo em pequenas quantidades, ou numa época em particular. Por ex: **frutos tropicais, sumos de fruta natural, bebidas espirituosas, café de mistura, alheiras, farinhas, frutos secos (figo, ameixa, damasco), produtos dietéticos, rebuçados, etc.**

Outros Alimentos	Frequência alimentar									Quantidade	Sazonalidade
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐



Apêndice A - Questionário sociodemográfico

Apêndice 1 – Dados sociodemográficos e clínicos

Data de aplicação: __/__/____

Codificação: _____

Dados sociodemográficos

1| Data de nascimento: __/__/____

2| País de origem: _____

3| Qual é o seu nível de escolaridade?

- ☐ Nenhum
- ☐ 1.º Ciclo do Ensino Básico (atual 4.º ano/ antiga instrução primária/ 4.ª classe)
- ☐ 2.º Ciclo do Ensino Básico (atual 6.º ano/ ano ciclo preparatório)
- ☐ 3.º Ciclo do Ensino Básico (atual 9.º ano/ antigo 5.º liceal)
- ☐ Ensino Secundário (atual 12.º ano/ antigo 7.º liceal/ ano propedêutico)
- ☐ Ensino pós-secundário (cursos de especialização tecnológica não superior)
- ☐ Curso técnico superior profissional
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

4| Situação profissional:

- ☐ Estudante
- ☐ Empregado (a/e)
- ☐ Trabalhador(a/e)-estudante
- ☐ Desempregado (a/e)
- ☐ Reformado (a/e)
- ☐ Outra: _____

5| Estado civil:

- ☐ Solteiro (a/e)
- ☐ Casado (a/e) ou em União de facto
- ☐ Divorciado (a/e)

- ☐ Viúvo (a/e)
- ☐ Outra: _____

6| Sexo atribuído à nascença:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Outro: _____

7| Identidade de gênero:

- ☐ Mulher trans
- ☐ Homem trans
- ☐ Travesti
- ☐ Pessoa transmasculina
- ☐ Pessoa transfeminina
- ☐ Não-binária
- ☐ Outra: _____

8| Orientação afetivo-sexual:

- ☐ Hétero sexual
- ☐ Homossexual
- ☐ Bissexual
- ☐ Panssexual
- ☐ Assexual
- ☐ Outra: _____

9| Pratica exercício físico?

- Não
- Sim
 - ☐ Tipo: _____

○ Intensidade:

- Leve
- Moderada
- Vigorosa

Dados antropométricos

10| Peso: _____

11| Altura: _____

12| Perímetro da cintura: _____

13| Perímetro da anca: _____

Dados da bioimpedância:

14| Percentagem de gordura corporal quando se seleciona o sexo masculino: _____

15| Percentagem de gordura corporal quando se seleciona o sexo feminino: _____

16| Percentagem de massa muscular quando se seleciona o sexo masculino: _____

17| Percentagem de massa muscular quando se seleciona o sexo feminino: _____

Dados clínicos

18| Em processo de terapia de hormonal:

- Não
- Sim

Em caso de “sim”:

18.1| Se sim, desde quando? ____/____/____

18.2| Se sim, qual a terapêutica? _____

19| Já realizou algum tipo de transição cirúrgica?

- Não
- Sim

19.1| Em caso de “sim”, qual(is)? _____

20| Possui alguma condição/agravo de saúde?

- ☐ Não
- ☐ Sim

20.1| Se sim, qual(is)? _____

21| Possui alguma alergia e/ou intolerância de ordem alimentar?

- ☐ Não
- ☐ Sim

21.1| Se sim, qual(is)? _____

