

Avaliação das atitudes relacionadas á escolha alimentar de pacientes com transtornos alimentares

Evaluation of attitudes related to food choice in patients with eating disorders

DOI:10.34117/bjdv8n3-304

Recebimento dos originais: 14/02/2022

Aceitação para publicação: 23/03/2022

Luiza Amaral Vilela

Nutricionista

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Unifran

Endereço: Av. Dr. Armando Sales Oliveira, 201 – Parque Universitário

E-mail: luiza_vilela@outlook.com

Amanda Eliza Matos

Pós-graduada em Comportamento Alimentar

Instituição: Faculdade IPGS

Endereço: Av. Dr. Armando Sales Oliveira, 201 – Parque Universitário

E-mail: a.mattos@rocketmail.com

Amanda Santos Silva

Nutricionista

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Unifran

Endereço: Av. Dr. Armando Sales Oliveira, 201 – Parque Universitário

E-mail: amandasantosnutri@outlook.com

Salvador Boccaletti Ramos

Doutorado em Genética e Melhoramento Animal

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Unifran

Endereço: Av. Dr. Armando Sales Oliveira, 201 – Parque Universitário

E-mail: salvador.ramos@unifran.edu.br

Marina Garcia Manochio-Pina

Pós-Doutorado no Departamento de Ciências da Saúde

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Unifran

Endereço: Av. Dr. Armando Sales Oliveira, 201 – Parque Universitário

E-mail: marina.manochio@unifran.edu.br

RESUMO

O objetivo do estudo foi aplicar a Escala de Atitudes em Relação ao Sabor dos alimentos em pacientes com transtornos alimentares do sexo feminino, em mulheres sem a doença e investigar a associação entre as atitudes em relação ao sabor dos alimentos e o estado nutricional. Realizou-se a pesquisa, com as pacientes de um ambulatório especializado no interior de São Paulo (GP) e um Grupo Controle (GC) composto por universitárias consideradas sem a doença, cujos critérios de inclusão foram eutrofia, resultado negativo no Eating Attitudes Test -EAT-26 e estar matriculada em algum curso de graduação da Unifran, com exceção o curso de nutrição. As participantes que aceitaram participar da

pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes da coleta de dados. O estado nutricional foi investigado através do Índice de Massa Corporal e foi aplicada a Escala de Atitudes em Relação ao Sabor (EARSS). Participaram deste estudo 24 mulheres, 12 com TA (BN=5 AN=7) e um grupo controle, também com 12 mulheres. A idade, em média foi de 27.917 anos no GP enquanto no GC foi 20.091 anos. Observou-se eutrofia em ambos os grupos (23,52kg/m² no GP e 21,45kg/m² no GC). O GP teve uma maior pontuação na escala de Saúde enquanto o GC teve uma maior pontuação na escala de sabor. Pacientes com transtornos alimentares tendem a pontuar mais na escala de saúde, pois, negligenciam o prazer em comer. Sabe-se que, indivíduos com transtornos alimentares, em momentos de restrição fazem suas escolhas alimentares em função do distúrbio alimentar, do desejo de magreza, do medo de ganhar peso e das crenças, sendo esperado alto grau de interesse por alimentos poucos calóricos, muitas vezes tidos como saudáveis.

Palavra-chave: transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos, índice de massa corporal, anorexia, bulimia

ABSTRACT

The objective of the study was to apply the Food Flavor Attitudes Scale in patients with female eating disorders in women without the disease and investigate the association between attitudes regarding food flavor and nutritional status. The study was carried out with patients from a specialized out patient clinic in the interior of São Paulo (GP) and a Control Group (GC) composed of university students considered to be without the disease, whose inclusion criteria were eutrophic, a negative result in Eating Attitudes Test – EAT – 26 and be enrolled in some Unifran under graduate course, with the exception of the nutrition course. Participants who agreed to participate in the study signed the informed consent form prior to data collection. The nutritional status was investigated through the Body Mass Index and the Attitudes Scale in Relation to Flavor (EARSS) was applied. Twenty-four women participated in this study, 12 with TA (BN = 5 NA = 7) and a control group, also with 12 women. The mean age was 27,917 years in GP while in GC it was 20,091 years. Eutrophy was observed in both groups (23,52 kg/m² in GP and 21,45 kg/m² in GC). The GP had a higher score on the Health score while the GC had a higher score on the flavor score. Eating disorders patients tend to score higher on the health scale because they neglect the pleasure in eating. It is known that individuals with eating disorders in time of restriction make their food choices due to eating disorder, desire for thinness, fear of gaining weight and beliefs, and a high degree of interest in foods with few calories in often expected healthy.

Keywords: eating disorders and food intake, body mass index, anorexia bulimia.

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) caracterizam-se por severas perturbações no comportamento alimentar que afetam em sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo levar a grandes prejuízos biológicos e psicológicos, além do aumento de morbidade e mortalidade (APA, 2013). Os TAs mais comuns são a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN) que possuem causas multifatoriais, relacionados

a fatores psíquicos, biológicos, sociais e culturais (HERCOWITZ, 2015). Diversas complicações estão associadas aos TAs, como o comprometimento da saúde, da qualidade de vida e comorbidades que podem estar associadas ao risco de morte – tanto para pacientes, quanto para pessoas à sua volta (NICE, 2017).

O corpo ideal promovido pela mídia é de um corpo magro e atinge principalmente mulheres, fazendo com que busquem um ideal de beleza muitas vezes inatingível, confirmando para os adolescentes a forma com que se veem e se valorizam (POWELL; WANG-HALL; BANNISTER, et al. 2018) (GAROUSI; GARRUSI; BANHESHI, et al. 2016). A sociedade atual, que propõe alienação e consumo, vem produzindo, sobretudo a massificação do que é estético, e principalmente do que deve ser almejado, ao qual estar inserido nesta conformidade totalizante, sem poder expressar discordâncias deixa o sujeito sem possibilidades de acesso ao que é verdadeiramente seu, e ao que é do outro (SCHEBENDACH, 2005).

Com a valorização do ideal corporal de magreza imposto pela cultura principalmente ocidental, observa-se cada vez mais o aumento do número de pessoas insatisfeitas com o peso a forma corporal (GONÇALVES & MARTÍNEZ, 2014), podendo ter como consequência, o aumento de problemas relacionados à distorção da imagem corporal na sociedade moderna (WHITE, S, REYNOLDS-MALEAR ECORDERO, 2011; PIKE E BOROVOY, 2004).

Existe uma relação entre a baixa autoestima e o desenvolvimento de TA, pois a autoestima destes indivíduos depende quase que exclusivamente da sua forma e peso corporal, portanto, quando não satisfeitos, apresentam adicionalmente, isolamento social, sintomas depressivos, ansiedade e obsessão (relacionadas ou não à comida), traços perfeccionistas, estilos cognitivos rígidos, desinteresse sexual, preocupação com o fato de comer em público, sentimento de inutilidade, forte necessidade de controlar o próprio ambiente, espontaneidade social limitada, dificuldade de expressar sentimentos, irritabilidade, insônia e crítica sobre a morbidade diminuída. Esta relação pode estar associada a fatores sociais e expectativas da mulher em alcançá-los, como por exemplo, o ideal de magreza (BUCARETCHI, 2003); (DE MELO; SARDINHA; SOUZA; et al,2021).

Sabe-se que, o ideal de corpo imposto pela sociedade é um corpo magro, esgrio e escultural, porém, esse biotipo é biologicamente impossível para grande parte da população, tornando a insatisfação corporal cada vez mais comum. Diante desta perspectiva colocada socialmente, a tentativa de alcançar o corpo “ideal” e socialmente

aceitável, se torna frustrante, podendo favorecer o desenvolvimento dos TAs (LUDEWIG et al., 2017).

As atitudes alimentares são definidas como crenças, pensamentos, sentimentos, comportamentos e relacionamento com os alimentos e é um constructo de três componentes: afetivo, cognitivo e volitivo (ALVARENGA et al., 2019). Essas atitudes refletirão nas escolhas alimentares, pois sabe-se que essas escolhas são guiadas por dois tipos de determinantes: aqueles relacionados aos alimentos, como sabor, aparência, preço, variedade, valor nutricional e a higiene; e os relacionados ao “comedor”: biológicos, socioculturais, antropológicos, econômicos, psicológicos (KAKESHITA e ALMEIDA, 2006; POLLAN, 2006).

Os fatores culturais e psicossociais podem influenciar as experiências alimentares das pessoas, desde o seu nascimento, proporcionando a aprendizagem inicial para a sensação de fome, saciedade e para a percepção dos sabores. Uma vez que, a alimentação é uma prática permanente e essencial para a sobrevivência humana, sendo definida como um fenômeno complexo que abrange aspectos psicológicos, fisiológicos e socioculturais (ALVARENGA e PHILIPP, 2011). As estratégias que os pais utilizam para alimentar a criança e ensiná-la a comer alimentos específicos podem apresentar estímulos tanto adequados quanto inadequados na aquisição das preferências alimentares da criança e no autocontrole da ingestão alimentar (ADAMI-LAUAND e RIBEIRO, 2010).

As escolhas e atitudes alimentares podem ser influenciadas por mecanismos de recompensa, que ainda não são completamente entendidos. Sabe-se que o sistema de recompensa cerebral trabalha juntamente com hormônios reguladores do balanço energético e que comidas saborosas podem estimular áreas cerebrais específicas por meio do cheiro, aparência, temperatura, viscosidade, adstringência, teor de gordura e sabor, modulando o consumo alimentar (GAHAGAN, 2012).

Compreender a importância do sabor, do prazer, da preocupação com a saúde e da satisfação corporal no processo de escolha alimentar pode ajudar na prevenção e no tratamento de atitudes alimentares disfuncionais, que podem levar ao desenvolvimento de diversos problemas, entre eles, TA em pessoas susceptíveis (ALVARENGA, 2004). Entre os determinantes de escolha relacionados aos alimentos, o sabor – obtido pelo conjunto das características sensoriais – e os aspectos nutricionais com foco na saúde são tidos como os principais fatores no processo de escolha alimentar, com importante papel na promoção de hábitos alimentares mais saudáveis (EERTMANS et al., 2001;

ROININEN et al., 2001; AIKMAN et al., 2006; SOARES et al., 2006; SUN, 2006; LAKE et al., 2007; US, 2010).

As atitudes dos indivíduos com relação ao seu corpo podem impactar diretamente suas escolhas alimentares e necessitam ser compreendidas para que se possa entender o porquê as pessoas comem o que comem. Estas atitudes, ocasionam prejuízo da qualidade de vida e podem ser sintomas de primeira ordem no desenvolvimento de TA (FORTES, AMARAL, ALMEIRA et al., 2013; SCHOME, KACHANI, 2010).

Compreender as atitudes alimentares pode direcionar melhores estratégias de educação alimentar e prevenção de comportamentos de “comer desordenado” (BUCARETCHI, 2003). O comer desorientado ou comer transtornado pode ser definido como "todo espectro dos problemas relacionados à alimentação da simples dieta aos transtornos alimentares clínicos" o que inclui práticas purgativas, compulsões, restrição alimentar, e outros métodos inadequados para perder ou controlar o peso que ocorrem menos frequentemente ou de forma menos severa do que o exigido pelos critérios diagnósticos dos TA (OMS, 1993).

O objetivo do estudo foi aplicar a escala de atitudes em relação ao sabor dos alimentos em pacientes com TA do sexo feminino e em mulheres sem a doença para investigar a associação entre as atitudes em relação ao sabor dos alimentos.

2 METODOLOGIA

Participaram da pesquisa para o Grupo de Pacientes, mulheres com transtornos alimentares que estiveram em atendimento no GRATA (Grupo de Assistência de Transtornos Alimentares), localizado num ambulatório especializado no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto /SP, independentemente da idade e diagnóstico. E para o Grupo Controle, mulheres consideradas sem a doença, localizadas na cidade de Franca/SP, segundo os seguintes critérios: para ambos os grupos não podem participar gestantes portadores de necessidades especiais, e somente para o grupo controle não podem cursar Nutrição.

Participaram da pesquisa mulheres com TA, constituindo o Grupo de Pacientes (GP) que estão em atendimento em um ambulatório especializado no interior de São Paulo (GP), acerca de suas atitudes em relação à saúde e sabor dos alimentos independentemente da idade e diagnóstico e por mulheres universitárias consideradas sem a doença (GC). As participantes assinaram o TCLE anteriormente a coleta de dados, que foi realizada no horário de funcionamento do ambulatório, com o GP e com o GC,

aconteceu no intervalo de aulas na Universidade de Franca – Unifran. Todas as participantes foram conduzidas a uma sala individual para garantir sigilo e privacidade.

O GC foi composto por mulheres consideradas sem a doença, cujos critérios de inclusão foram IMC entre 18,5 e 24,9 Kg/m², ou seja, dentro da normalidade, resultado do questionário Eating Attitudes Test -EAT-26 inferior a 21 pontos, estar matriculada em algum curso de graduação da Unifran, com exceção do curso de nutrição e portadoras de necessidades especiais. O EAT-26 é um dos questionários mais utilizados atualmente na área de transtornos alimentares por ser um teste psicométrico autoaplicável de rastreamento, para identificar sinais e sintomas desses quadros de maneira mais rápida e fácil. Favorece assim, a precocidade do diagnóstico e tratamento. Foi construído por Garner e Garfinkel (1979) e validado para a população brasileira (BIGHETTI et al., 2004). Contém 26 questões e cada questão, dividida em três escalas do tipo Likert, apresenta seis opções de resposta, conferindo-se pontos de zero a três, dependendo da escolha (sempre = três pontos, muitas vezes = dois pontos, às vezes = um ponto, poucas vezes = zero ponto, quase nunca = zero ponto e nunca = zero ponto). A única questão que apresenta pontos em ordem invertida é a 25. O resultado do teste é a somatória de todos os pontos dados às questões e acima de 21 pontos, considera-se o teste positivo representando fator de risco para o desenvolvimento de TA. O método snowball foi utilizado para seleção desse grupo. Essa técnica de amostragem utiliza relações interpessoais e conexões entre as pessoas, tanto para incluir quanto para excluir os indivíduos (PATTON, 1990).

Todas as participantes foram pesadas em balança eletrônica digital, sem calçados e com roupas leves. Para medir a estatura o estadiômetro foi acoplado à balança, o indivíduo permaneceu descalço e sem adornos (chapéus, arcos, prendedores, etc.). Esses procedimentos seguiram as orientações contidas no Manual do Sistema de Vigilância do Ministério da Saúde, o estado nutricional foi investigado através do Índice de Massa Corporal (IMC) (OMS, 2009).

Foi aplicada a Escala de Atitudes em Relação ao Sabor (EARSS) que foi desenvolvida na Finlândia com o objetivo de avaliar a importância dos aspectos de saúde e sabor dos alimentos. A EARSS é dividida em Escala de Atitudes em Relação à *Saúde* e Escala de Atitudes em Relação ao *Sabor*, sendo a primeira formada pelas subescalas: Interesse em Saúde Geral; Interesse em Produtos Lights; e Interesse em Produtos Naturais; e a segunda, pelas subescalas: Desejo por Alimentos Doces; Uso da Comida como Recompensa; e Prazer (KORITAR, 2013). O instrumento é autoaplicável para

indivíduos entre 18 e 81 anos de ambos os sexos e possui 38 perguntas pontuadas em Escala Likert de sete pontos, variando de "discordo totalmente" a "concordo totalmente", e foi utilizado em estudos transnacionais na Europa (ROININEN, LAHTEENMAKI, TUORILA, 1999).

Alta pontuação na Escala de Saúde indica alto grau de interesse por alimentos saudáveis, produtos lights e produtos naturais; e alta pontuação na Escala de Sabor indica alto nível de desejo por alimentos doces, uso de alimentos como recompensa e busca de prazer pela comida. Desta forma, a Escala de Saúde é boa preditora de atitudes voltadas à saúde e não ao sabor, enquanto a Escala de Sabor é boa preditora de atitudes voltadas ao sabor e prazer e não à saúde. A Escala de Saúde da EARSS foi traduzida para a língua portuguesa por Soares et al. (2006) e validada por Koritar et al. (2013) (ROININEN, LAHTEENMAKI, TUORILA, 1999; SOARES, DELIZA, GONÇALVES, 2006)

As variáveis numéricas resultantes do presente estudo foram descritas pelos parâmetros médias aritmética, desvio padrão e coeficiente de variação, com a finalidade de caracterizar o grupo experimental. Para definir a natureza paramétrica ou não-paramétrica dos testes estatísticos de significância, os dados foram submetidos ao Teste de Normalidade de D'Agostino & Pearson. O nível de significância α foi pré-fixado em 0,05 e as análises realizadas através do software Graph Pad Prism 5.0.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo um total de 24 mulheres, entre elas, um grupo de pacientes que foi constituído por 12 mulheres (BN=5 AN=7) e um grupo controle, também com 12 mulheres. A idade, em média foi de 27.91 anos no GP enquanto no GC foi 20.09 anos.

Na Tabela 1 é possível observar essas variáveis (máxima, mínima, média e desvio padrão) de idade e das escalas de saúde e sabor, divididas por grupo (GP n=12 e GC n=12). A média de pontos na escala de sabor do GP foi de 56.91 pontos e na escala de saúde 63.75 pontos. Já no GC na escala de sabor obteve-se 60.16 pontos enquanto na escala de saúde a pontuação foi de 59.66 pontos.

Tabela 1 - Estatísticas descritivas de idades e escala de saúde e escala de sabor por grupo. Ribeirão Preto-SP, 2018

| | IDADE | | Escala de saúde | | Escala de sabor | |
|-------------------------|----------|----------|-----------------|----------|-----------------|----------|
| | Controle | Paciente | Controle | Paciente | Controle | Paciente |
| N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| Média aritmética | 20.09 | 27.91 | 59.66 | 63.75 | 60.16 | 56.91 |
| Desvio-padrão | 1.57 | 15.27 | 7.42 | 10.69 | 10.37 | 13.24 |
| Mínimo | 18.00 | 14.00 | 45.00 | 54.00 | 34.00 | 29.00 |
| Máximo | 23.00 | 65.00 | 71.00 | 91.00 | 77.00 | 80.00 |

Na Tabela 2 observa-se a comparação das escalas entre os grupos (GP e GC), em que pôde observar uma diferença não significativa entre os dois grupos já que o p-valor é maior que 0,05 (escala de saúde p-valor= 0,28e escala de sabor p-valor= 0,51).

Tabela 2 – Teste para comparação de amostras independentes (escalas de saúde e sabor)

| | T | gl | p-valor |
|------------------------|----------|-----------|----------------|
| Escala de saúde | -1.086 | 22.000 | 0.289 |
| Escala de sabor | 0.669 | 22.000 | 0.510 |

Nota: gl (graus de liberdade).

A Tabela 3 demonstra o resultado da correlação de Pearson, que mede se há associação entre as escalas de saúde e sabor. O resultado foi de -0,505 com o p-valor igual a 0,012(o p-valor é significativo porque 0,012 é menor que 0,05). Isso significa que existe associação entre essas duas escalas, ou seja, quando aumenta a pontuação na escala de saúde diminui na escala de sabor e vice-versa.

Tabela 3 - Análise de correlação de Pearson entre escalas de saúde e sabor, (GC n= 12 GP n= 12). Ribeirão Preto-SP, 2018

| | Grupo | N | Mzédia | DP | EP |
|------------------------|--------------|----------|---------------|-----------|-----------|
| Escala de saúde | Controle | 12 | 59.66 | 7.42 | 2.14 |
| | Paciente | 12 | 63.75 | 10.69 | 3.08 |
| Escala de sabor | Controle | 12 | 60.16 | 10.37 | 2.99 |
| | Paciente | 12 | 56.91 | 13.24 | 3.82 |

Nota: DP (Desvio-padrão), EP (Erro-padrão)

Resultado: Estimativa de correlação de Pearson: -0,505 (p-valor: 0,012).

O presente estudo comparou atitudes em relação ao sabor dos alimentos, entre GP e GC aplicando a EARSS (escalas de sabor e saúde). Observou-se eutrofia em ambos os grupos (23,52 kg/m²no GP e 21,45 kg/m²no GC), sendo considerável IMC médio entre 18,5 kg/m² a 24,9 kg/m² para pacientes com anorexia e bulimia. A idade média das participantes foi de 27.91 anos para o GP e 20.09 anos para o GC, a maioria dos estudos que envolvem TA tem uma idade média baixa, já que a doença atinge em sua maioria mulheres jovens.

A incidência de TA tem aumentado nas últimas décadas, principalmente nos países ocidentais. É um transtorno predominantemente feminino, com uma proporção de 3 mulheres para 1 homem, e no Brasil, a prevalência é de 1,1% a 4,2% da população (HERCOWITZ, 2015). O aumento significativo dos casos registrados e suas consequências fisiológicas, psicológicas e sociais, vem despertando cada vez mais a atenção e interesse dos profissionais de saúde, procurando entender sua etiologia e aperfeiçoar o tratamento (COPETTI, QUIROGA, 2018).

Não foi significativa a diferença entre GP e GC segundo a tabela 2, que faz uma comparação da média de pontos entre as escalas e grupos, porém, fazendo a comparação com os resultados apontados na tabela 1 é possível observar maior pontuação na escala de saúde no GP (em média 63.75 na escala de saúde e 56.91 na escala de sabor), em consequência da maior pontuação na subescala de interesse em produtos naturais, light, com poucas calorias e considerados “saudáveis”. O que era esperado já que este público não se interessa pelo sabor, textura ou se está bom ou ruim, na maioria das vezes o que importa realmente são as calorias (KORITAR, 2013).

Ao contrário do GC que obteve maior pontuação na escala de sabor (em média 59.66 na escala de saúde e 60.16 na escala de sabor) como consequência da maior pontuação nas subescalas uso da comida como recompensa e atenções mais voltadas ao sabor e ao prazer, mostrando assim uma maior preocupação com o quão prazeroso e saboroso é o alimento independente das calorias.

O prazer obtido na alimentação pelo conjunto das características sensoriais parece estar no centro do desenvolvimento, manutenção e mudança de hábitos alimentares, e exerce um papel fundamental na escolha alimentar, sendo que o prazer em comer e o sabor são inseparáveis, pois ou um sabor é apreciado ou não é (GRONOW, 1997; EERTMANS et al., 2001; JACQUIER et al., 2012).

Sabe-se que pacientes com TA têm atitudes alimentares mais distorcidas, pois apresentam uma visão sobre alimentação saudável mais rígida, um importante controle

da ingestão calórica e uma grande preocupação e medo da ingestão de açúcar e gorduras, sendo comum a essa população o uso de produtos light. Dessa forma, as relações com o prazer em comer e com o sabor podem estar comprometidas pelo medo da comida. Ainda, as atitudes podem ser mais voltadas para a saúde porque o conceito de saudável de pacientes com TA pode ser enviesado, “ortoréxico”, e relacionado na verdade ao controle de peso (ALVARENGA; PHILIPPI, 2011).

Portanto, a percepção dos alimentos e as preferências alimentares podem ser não somente inatas, mas também adquiridas por meio de experiências com a comida ao longo da vida (BEAUCHAMP E MENNELLA, 2011; BIRCH, 1999; EERTMANS et al., 2001) e o prazer obtido pela alimentação pode ser construído por meio de refeições planejadas e disciplinadas (JALLINOJA et al., 2010).

Os resultados encontrados podem sugerir que mulheres com TA negligenciam mais o prazer em comer. Sabe-se que, indivíduos com TA, em momentos de restrição fazem suas escolhas alimentares em função do distúrbio alimentar, do desejo pela magreza, do medo de ganhar peso e das crenças, pensamentos e sentimentos em relação aos alimentos, sendo esperado alto grau de interesse por alimentos poucos calóricos, muitas vezes tidos como saudáveis, produtos light e produtos naturais. A negação do prazer em comer pode estar relacionada à negação da fome, da feminilidade e da doença em si, entretanto, essa é uma relação paradoxal, pois acabam tendo compulsões alimentares, nas quais comem tudo aquilo que não se permitem nos momentos de restrição (ALVARENGA, 2004).

Ao apresentar diferença nas atitudes voltadas ao sabor e ao prazer entre mulheres com e sem TA, esse trabalho visa chamar a atenção para importância dos mesmos como determinantes da escolha alimentar, colaborando para uma nova reflexão para políticas de alimentação e nutrição e para as diretrizes de tratamento e prevenção de TA, principalmente para as mulheres. Tais intervenções devem incluir o prazer e o sabor dos alimentos como foco de atenção, numa discussão integrada com a saúde e alimentação adequada. Desmistificando a idéia de “alimento proibido”, a separação de “bom e ruim”, “o que pode e o que não pode”, mostrando que a melhor escolha sempre será o equilíbrio. Entender a preferência alimentar dessas mulheres com TA ajudará principalmente a direcionar essas estratégias nutricionais, com isso ampliando significativamente as chances de sucesso no entendimento deste equilíbrio (ALVARENGA; DUNKER, 2004).

Na tentativa da perda de peso, tem surgido uma vasta oferta de dietas que comprometem a perda de peso saudável criando mais um desafio no alcance deste

entendimento as chamadas dietas da moda enfatizam ainda mais a ideia de alimento bom e ruim prometendo resultados atraentes, rápidos e temporários, mas que, no entanto, carecem de fundamento científico (BETONI; ZANARD; CENI, 2010). Além disso, as dietas da moda costumam ser bastante restritivas aumentando ainda mais o risco no desenvolvimento de TA.

Ressalta-se assim que este processo tem um impacto negativo sobre a autoimagem, principalmente das mulheres que se sentem “obrigadas” a terem um corpo magro. A pressão cultural para emagrecer é um elemento fundamental da etiologia dos TA, que interage com fatores biológicos, psicológicos e familiares. Contudo, é importante mencionar que as alterações em relação à estética e à imagem corporal estão em constante evolução, necessitando assim de uma maior atenção nutricional. (SERRA; SANTOS, 2003).

Os estudos dos TA têm despertado cada vez mais o interesse de profissionais da saúde, por apresentarem elevado índice de morbidades associadas e por influenciar o estado nutricional e o metabolismo dos indivíduos (UZUNIAN; VITALLE, 2015). Além disto, a literatura aponta que a prevalência de distúrbios do comportamento alimentar pode ser substancialmente modificada em função das atividades diárias ou profissionais (VITOLLO; BORTOLINI; HORTA, 2006; LAUS; MOREIRA; COSTA, 2009), havendo indícios de risco aumentado para TA entre profissionais da área de saúde, moda, educação física, esportistas, entre outros (VITOLLO; BORTOLINI; HORTA, 2006; SOUZA; MARTINS; MONTEIRO; MENEZESNETO; RIBEIRO, 2002).

Os dados do presente estudo parecem apontar que ter diagnóstico de TA faz diferença nas atitudes voltadas para a alimentação. Mesmo havendo a necessidade de estes dados serem confirmados em maior âmbito populacional, deve-se considerar que realmente uma série de outros fatores diferentes destes analisados pode contribuir para atitudes positivas ou negativas, como sexo, influência da mídia e da cultura, da família e dos amigos, renda e nível de escolaridade, preço e disponibilidade dos alimentos, preocupação com o meio ambiente e direito dos animais, entre outros (GERMOV E WILLIAMS, 1996; ROZIN ET AL. 1999; MURCOTT, 2002; PETTINGER ET AL. 2004; ROZIN ET AL. 2006; ARCAN ET AL. 2007; LAKE ET AL. 2007; BARR-ANDRESON ET AL. 2009; HEKLER ET AL. 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se assim que mulheres com TA têm uma tendência a fazerem suas escolhas alimentares visando uma dieta mais restrita em calorias e uma menor preocupação com o sabor e o prazer que os alimentos trazem. Com um entendimento maior deste processo de escolha é possível trabalhar mais as sensações de prazer resgatando a vontade de comer porque é bom, buscando sempre melhorar a relação da paciente com o alimento e mostrando também o quanto pode ser prazeroso comer algo sem se preocupar com as calorias, o que conseqüentemente, refletirá no estado nutricional de forma positiva, quando o mesmo.

REFERÊNCIAS

- Adami-lauand, C. B., & Ribeiro, R.P.P. (2010). A herança transgeracional nos transtornos alimentares: algumas reflexões. *Psicologia USP*. 22 (4), p.927-942.
- Aikman, S.N., Cristes Jr, S.L., & Fabrigar, L.R. (2006) Beyond affect and cognition: identificaron of the informational bases of food attitudes. *Jour. Appl. Soc. Psychol.* 36 (2). p.340-82.
- American Psychiatric Association (APA); 2013. Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-: DSM-5. Artmed Editora.
- Alvarenga, M., & Philippi, S.T. (2004). *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Barueri: Manole.
- Alvarenga, M., & Philippi, S.T. (2011). Estrutura, padrão, consumo e atitude alimentar: conceitos e aplicações nos transtornos alimentares. In: Alvarenga, M; Scagliusi, F. B; Philippi, S.T. (Org.) *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento*. São Paulo, SP, Manole.
- Alvarenga, M.S., & Dunker, K.L.L. (2004). Padrão e comportamento alimentar na anorexia e bulimia nervosa. In: Alvarenga, M.S; Philippi, S.T. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Barueri, SP, Manole, p.131-48.
- Alvarenga, M.S., Scagliusi, F.B., & Philippi ST. (2010). Development and validity of the disordered eating attitude scale. *Percept Mot Skills*. 110 (2). p. 379-95.
- Alvarenga, M.S.; Figueiredo, M.; Timerman, F.; Antonaccio, C. (2019). Atitude e comportamento alimentar – determinantes de escolhas e consume. In: *Nutrição Comportamental*. Barueri, SP, Manole, 2ª ed. p. 25-56.
- Arcan, C., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P., Van Den Berg, P.; Story, M., & Larson, N. (2007). Parental eating behaviors home food environment and adolescent intakes of fruits, vegetables and dairy foods. *Public Health Nutr.* 10, p. 1257-65.
- Beauchamp, G.K., & Menella, J.A. (2011). Flavor perception in human infants: development and functional significances. *Digestion*. 83(suppl1):1-6.
- Betoni, F., Zanardo, V.P.S., & Ceni, G.C. (2010). Avaliação de utilização de dietas da moda por pacientes de um ambulatório de especialidades em nutrição e suas implicações do metabolismo. *Consciência e Saúde*. 9 (1). p.430-440.
- Bighetti, F. et al. (2004). Tradução e validação do Eating attitudes test em adolescentes do sexo feminino na cidade de ribeirão preto-sp. *Jor. Bras. Psiquiatr.* 6 (55). p. 339-46.
- Birch, L.L. (1999). Development of food preferences. *Annu. Rev. Nutr.* 19. p.41-62.
- Bucarechi, A.H. (2003) *Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Caso do Psicólogo.

Copetti, A.V.S; QUIROGA, C.V. (2018). A influência da mídia nos transtornos alimentares e na autoimagem em adolescentes. *Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo*, vol. 10, n. 2, p. 161-177, Jul.-Dez., 2018 - ISSN 2175-5027

De Melo, Denise Soares, et al. "BAIXA AUTOESTIMA E TRANSTORNOS ALIMENTARES NA MULHER." *Congresso Internacional em Saúde*. No. 8. 2021.

Eertmans, A., Bayeens. F., & Van den Bergh, O. (2001). Food likes and their relative importance in human eating behavior: review and preliminar suggestions for health promotion. *Health Education Research*. 16(4). p. 443-56.

Fortes, L.C., Amaral, A.C.S., Almeida, S.S., & Ferreira, M.E.C. (2013). Efeitos de variáveis psicológicas, morfológicas e sociodemográficas sobre o comportamento alimentar de adolescentes. *Rev. Paul. Pediatr.* 31 (2). p. 182-8.

Gahagan, S. (2012). The development of eating behavior: biology and context. *J Dev. Behav Pediatr.* 33 (3). p.261-271.

Garousi, S.; Garrusi, B.; Baneshi, M.R.; Sharifi, Z. Weight management behaviors in a sample of Iranian adolescent girls. *Eat. Weight Disord.* 2016, 21, 435–444.

Germov, J., & Willians, L. (1996). The epidemic of dieting women: the need for a sociological approach to food and nutrition. *Appetite*. 27 (2). p. 97-108.

Gronow, J. *The sociology of taste*. (1997). London: Routledge.

Gonçalves, V.O., & Martínez, J.P. (2014). Imagem corporal de adolescentes: um estudo sobre as relações de gênero e influência da mídia. *Comunicação e Informação*, 17(2), 139-154. doi: <https://doi.org/10.5216/31792>.

Hay, P.J. (2002). Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimento futuro. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 24 (3). p. 13-7.

Hercowitz, A. (2015). Transtornos alimentares na adolescência. *Pediatria Moderna*, 51(7).

Jacquier, C., Bonthoux, F., Baciú, M., & Ruffieux, B. (2012). Improving the effectiveness of nutritional information policies: assessment of unconscious pleasure mechanisms involved in food-choice decisions. *Nutr. Rev.* 70 (2). p.118-31.

Jallinoja, P., Pajara, P., & Absetz, P. (2012). Negotiated pleasures in health-seeking lifestyles of participants of a health promoting intervention. *Health*. 14(2) p.115-30.

Kakeshita, I.S., & Almeida, S.S. (2006). Relação entre índice de massa corporal e a percepção da autoimagem em universitários. *Rev. Saúde Pública*. 40 (3). p. 497-204.

Koritar, P. (2013). *Atitude em relação à saúde e sabor dos alimentos e imagem corporal entre mulheres*. São Paulo. SP. Dissertação (Mestre em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 125f.

Lake, A.A., Hyland, R.M., Rugg-Gunss, A.J., Wood, C.E., Mathers, J.C., & Adamson, A.J. (2007). Healthy eating: perceptions and practice (the ASH30 study). *Appetite*. 48 (2). p. 176-82.

Laus, M.F., Moreira, R.C.M., & Costa, T.M.B. (2009). Diferenças nas percepções da imagem corporal, no comportamento alimentar e no estado nutricional de universitárias das áreas de saúde e humana. *Rev. Psiquiatr.RS*. 31 (3). p. 192-6.

Ludewig, A. M., Rech, R. R., Halpern, R., Zanol, F., & Frata, B. (2017). Prevalência de sintomas para transtornos alimentares em escolares de 11 a 15 anos da rede municipal de ensino da cidade de Nova Petrópolis, RS. *Revista da AMRIGS*, 61(1), 35-39.

Magalhães, V.C., & Mendonça, G.A.S. (2005). Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários auto preenchíveis. *Rev. Bras. Epidemiol*. 8 (3). p. 236-245.

Murcott, A. (2002). Nutrition and inequalities: a note on sociological approaches. *Eur. J Public Health*. 12 (3). p. 203-07.

National Institute for Health and Care Excellence (UK). (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment*. London: National Guideline Alliance (UK).

Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 351.

Organização Mundial de Saúde. Índice de massa corporal. Biblioteca Virtual da Saúde. 2009. Acesso em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/215_obesidade.html>

Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Thousand Oaks: Sage

Pettinger, C., Holdsworth, M., & Gerber, M. (2004). Psycho-social influences on food choice in southern france and central england. *Appetite*. 42 (3) p. 307-316.

Pike, K.M., & Borovov, A. (2004). The rise of eating disorders in japan: is it a matter of culture and limitations of the model of “westernization”. *Cult Med Psychiatry*. 28 (4). p. 493-531.

Pollan, M. *O dilema do onívoro*. (2006). Rio de Janeiro: Editora Intrínseca.

Powell, E.; Wang-Hall, J.; Bannister, J.A.; Colera, E.; Lopez, F.G. Attachment security and social comparisons as predictors of Pinterest users’ body image concerns. *Comput. Hum. Behav*. 2018, 83, 221–229.

Roininen, K., Lahteenmaki, L., & Tourila, H. (1999). Quantification of consumer attitudes to health and hedonic characteristics of food. *Appetite*. 33 (1). p. 71-88.

Roininen, K., Tuorila, H., Xandstra, E.H., Graad, C de., Vehkalahti, K., Stubenitsky, K., & Mela, D.J. (2001). Differences in health and taste attitudes and reported behavior among Finnish, Dutch and British consumers: a crossnational validation of the health and taste attitude scale (HTAS). *Appetite*. 37 (1). p.33-45.

Rozin, P., Fischler, C., Imada, S., Sarubin, A., & Wrzesniewski, A. (1999). Attitudes to food and the role of food in life in the U.S., Japan, Flemish Belgium and France: possible implications for the diet-health debate. *Appetite*. 33 (2). p. 163-80.

Rozin, P., Fischler, C., Shields, C., & MASSON, E. (2006). Attitudes towards large number of choices in the food domain: a cross-cultural study of five countries in Europe and the USA. *Appetite*. 46 (3). p. 304-8.

Schebendach, J.E. (2005). Nutrição nos distúrbios alimentares. In: Mahan, L.K, Stump, S.E, Raymond J.L. *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. São Paulo: Roca, p. 568-85.

Schomer, E.Z., & Kachani, A.T. (2010). Imagem corporal. In: Cordás, T.A., Kachani A.T. *Nutrição em psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.

Serra, G.M., & Santos, E.M. (2003). Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 8(3). p. 691-701.

Soares, L.L.S., Deliza, R., & Gonçalves, E.B. (2006) Escalas atitudinais utilizadas em estudos de consumidor: tradução e validação para a língua portuguesa. *Alim. Nutr.* 17(1). p. 51-64

Souza F.G.M., Martins M.C.R., Monteiro F.C.C., Menezes Neto, G.C., & Ribeiro I.B. (2002). Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. *Rev. Psiq. Clín.* 29(4). p. 172-80.

Sun, Y.H.C. (2008). Health concern food choice motives, and attitudes toward healthy eating: the mediating role of food choice motives. *Appetite*. 51 (2). p. 42-9.

Uzunian, L.G., & Vitalle, M.S.S. (2015). Habilidades sociais: fator de proteção contra transtornos alimentares em adolescentes. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 20(11) p. 3495-508.

White, S., Reynolds-Malec, J.B., & Cordero, E. (2011). Disordered eating and the use of an healthy weight control method among college students: 1995, 2002, and 2008. *Eating Disorders*. 19(4). p. 323-34.

World Health Organization. (2010). *Global database on body mass index*. Recuperado em 20 setembro, 2018, de <http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>.