

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E
SAÚDE

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL
DE ADULTOS QUE BUSCAM EMAGRECIMENTO POR MEIO DE DIETA

Annelise Fochesatto

PORTO ALEGRE
2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E
SAÚDE

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL
DE ADULTOS QUE BUSCAM EMAGRECIMENTO POR MEIO DE DIETA

Annelise Fochesatto

Orientadora: Profa. Dra. Carolina
Guerini de Souza

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Alimentação, Nutrição e
Saúde da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre.

PORTO ALEGRE
2020

CIP - Catalogação na Publicação

Fochesatto, Annelise
Comportamento alimentar e percepção da imagem
corporal de adultos que buscam emagrecimento por meio
de dieta / Annelise Fochesatto. -- 2020.
65 f.
Orientadora: Carolina Guerini de Souza.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, Porto
Alegre, BR-RS, 2020.

1. comportamento alimentar. 2. dieta. 3. restrição
calórica. I. de Souza, Carolina Guerini, orient. II.
Título.

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

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer à Deus por ter me guiado neste caminho da nutrição com abordagem comportamental. Obrigada por nunca ter me desamparado.

Agradeço à minha orientadora Carolina Guerini de Souza, por acreditar nesse trabalho e dedicar o seu tempo para me dar todo o suporte necessário, inclusive no momento mais especial da sua vida, não mediu esforços para me auxiliar e guiar nessa jornada. Em meio às dificuldades da pandemia, soube ter empatia e confiança. Levarei sempre teus ensinamentos comigo. Muito obrigada por ter feito parte da minha história!

À professora Juliana Bernardi, que me incentivou, apoiou e acreditou em mim desde a entrevista do PPG até aqui. Gratidão! Tens minha admiração. A todos os demais professores e professoras, meu muito obrigada por todos os ensinamentos e trocas.

Aos meus pais que sempre batalharam para me proporcionar os estudos, que me incentivaram a chegar até aqui, que torcem e sempre torcerão por mim, minha gratidão eterna! Vocês são TUDO na minha vida! Irmãs, familiares, amigos e colegas que entenderam minha ausência em muitos momentos, obrigada!

Ao meu parceiro de vida Breno, meu amor, que esteve comigo sempre. Soube entender minha ausência, ouvir meus choros e acalmar minhas angústias. Também, comemorou comigo as alegrias, incentivou e acreditou em mim em todos os momentos. Obrigada por todo amor e carinho. És a alegria dos meus dias. Obrigada por tudo!

Na minha jornada como nutricionista, tive algumas inspirações, dentre elas, uma muito especial: minha professora da graduação, paraninfa e amiga Simone Bonatto. Sou extremamente grata por todo incentivo e ajuda, por ter compartilhado e dividido todas as alegrias e angústias que a pesquisa traz consigo. Em nossa convivência, entendi o porquê és tão inspiradora por onde passa. Gratidão! Minha admiração pela pessoa e profissional que és.

Agradeço também à Eliege, colega que participou da coleta dos dados e permitiu o acontecimento desta pesquisa. Obrigada pelo auxílio e pelas trocas de experiências.

Muito obrigada à Medicina Preventiva da Unimed Nordeste-RS, lugar onde sou tão feliz enquanto profissional. Em especial, quero agradecer meu coordenador Janur Gustavo Machado, que permitiu a minha ausência para que eu pudesse estudar e confiou no meu trabalho durante este período.

Por fim, quero dizer que a minha missão de promover saúde através de uma nutrição gentil e empática é o que me move nessa linda profissão.

Muito obrigada a todos!

RESUMO

Em decorrência de questões de saúde ou estéticas, “fazer dieta” tornou-se uma prática extremamente popularizada e em ascensão, caracterizada por restringir alimentos intencionalmente, remetendo à sensação de abstinência alimentar para manter ou perder peso e é um dos métodos mais utilizados para emagrecer. Entretanto, cada vez mais trabalhos mostram disfuncionalidades no comportamento alimentar de indivíduos que fazem dieta. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi avaliar o comportamento alimentar e a percepção da imagem corporal de adultos que se submetem a dieta para perda de peso. Trata-se de um estudo transversal, com adultos participantes de um programa privado de perda de peso. Foram avaliados dados antropométricos, história de tentativas de perda de peso por meio de dietas, comportamento alimentar por meio do Questionário de Três Fatores Alimentares (TFEQ), Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas (EAAT) e Escala de Compulsão Alimentar (ECAP), além de insatisfação com a imagem corporal usando o Body Shape Questionnaire (BSQ), antes do início do programa. A amostra (n=20) foi constituída por adultos jovens ($30 \pm 8,8$ anos), em sua maioria mulheres (75%) e com excesso de peso (65% IMC > 25kg/m^2). Mais de 50% da amostra apresentou comportamento alimentar disfuncional, sendo este maior em indivíduos casados ou naqueles que tinham tentado fazer dietas restritivas anteriormente e não conseguiram segui-la ($p < 0,05$). Apenas 17% da amostra não apresentou insatisfação com sua imagem corporal, sendo que os demais pontuaram para algum grau de insatisfação. Em conclusão, o comportamento alimentar de indivíduos que se submetem à dieta se mostrou disfuncional, especialmente naqueles que são casados e não aguentaram seguir dietas anteriormente, estando acompanhado de insatisfação com a imagem corporal leve, moderada ou grave.

Palavras chave: comportamento alimentar, dieta, restrição calórica.

ABSTRACT

As a result of health or aesthetic issues, "dieting" has become an extremely popularized and rising practice, characterized by intentionally restricting food, referring to the feeling of food withdrawal to maintain or lose weight and is one of the most used methods to lose weight . However, more and more studies show dysfunctionalities in the eating behavior of individuals on a diet. Thus, the objective of this work was to evaluate eating behavior and body image perception of adults who undergo a weight loss diet. This is a cross-sectional study, with adults participating in a private weight loss program. Anthropometric data, history of weight loss attempts through diets, eating behavior using the Three Food Factors Questionnaire (TFEQ), Disordered Eating Attitudes Scale (EAAT) and Eating Compulsion Scale (ECAP) were evaluated, as well as dissatisfaction with body image using the Body Shape Questionnaire (BSQ), before the program started. The sample (n = 20) consisted of young adults (30 ± 8.8 years), mostly women (75%) and overweight (65% BMI > 25kg / m²). More than 50% of the sample showed dysfunctional eating behavior, which was higher in married individuals or in those who had tried to do restrictive diets previously and were unable to follow it (p <0.05). Only 17% of the sample did not show dissatisfaction with their body image, while the others scored for some degree of dissatisfaction. In conclusion, the eating behavior of individuals who undergo the diet proved to be dysfunctional, especially in those who are married and have not been able to follow diets previously, being accompanied by dissatisfaction with their mild, moderate or severe body image.

Keywords: eating behavior, diet, caloric restriction.

FORMATO DA DISSERTAÇÃO

Essa dissertação segue o formato proposto pelo Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul:

1. Revisão da literatura.
2. Artigo original.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE Alimentação emocional

AN Anorexia nervosa

BN Bulimia nervosa

BSQ *Body Shape Questionnaire*

DA Descontrole Alimentar

EAAT Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas

ECAP Escala de Compulsão Alimentar

IMC Índice de Massa Corporal

RC Restrição cognitiva

TA Transtornos Alimentares

TCA Transtorno de compulsão

TFEQ-R21 Questionário de Três Fatores Alimentares

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1. História de tentativas de emagrecimento: questões de múltipla escolha.

Tabela 2. História de tentativas de emagrecimento: questões dicotômicas.

Tabela 3. Análise da pontuação obtida nos questionários TFEQ-R21 (domínios RC, AE, DC) e EAAT, de acordo com sexo, estado civil e escolaridade.

Tabela 4. Análise da pontuação obtida nos questionários BSQ e ECAP em relação ao sexo, estado civil e escolaridade.

Figura 1. Percentual da amostra de acordo com os quartis de pontuação no TFEQ-R21.

Figura 2. Escores de Restrição Cognitiva do questionário TFEQ-R21, dados expressos em média±DP.

Figura 3. Divisão da amostra de acordo com os quartis de pontuação na EAAT.

Figura 4. Análise da insatisfação com a imagem corporal de acordo com o BSQ.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 EXCESSO DE PESO E OBESIDADE	14
2.2 CONCEITO DE DIETA E ATUALIDADE	15
2.3 DIETAS RESTRITIVAS E COMPORTAMENTO ALIMENTAR	17
2.4 INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL	20
2.5 AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR E A INSATISFAÇÃO	21
3 JUSTIFICATIVA	24
4 OBJETIVOS	25
4.1 Primário	25
4.2 Secundários	25
REFERÊNCIAS	26
ARTIGO ORIGINAL	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
APÊNDICE 1 - ANAMNESE DO PROGRAMA PRIVADO DE EMAGRECIMENTO	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA HISTÓRIA DE TENTATIVAS DE EMAGRECIMENTO POR DIETA, DESENVOLVIDO PELOS PESQUISADORES	59

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença multifatorial caracterizada pelo excesso de tecido adiposo, configurando-se atualmente como um dos graves e principais problemas de saúde pública tanto no Brasil quanto nos países desenvolvidos (ABESO, 2016). Cada vez mais a urgência pela perda de peso tem contribuído para a grande oferta de dietas (MONTANI, 2015; OCHNER et al., 2013). Porém, as dietas não tem demonstrado eficácia a longo prazo, além de não promover mudança de comportamento alimentar (DAYAN et al., 2019).

O comportamento alimentar corresponde a aspectos relacionados à cultura, à sociedade, mas além disso, corresponde à experiência com o alimento, como, com o quê, com quem, onde, como comemos e ao ato de se alimentar em si. A capacidade de controlar a ingestão alimentar também se relaciona ao comportamento alimentar (QUAIOTI, 2006; ALVARENGA et al., 2019).

Atualmente, em busca do padrão de beleza, da aceitação e da satisfação com o corpo, impostos pela nossa sociedade e pelos meios de comunicação, muitas pessoas estão aderindo às dietas restritivas que prometem perda de peso rápida e sem sofrimento. A busca pelo corpo perfeito vem sendo estimulada com a promessa de felicidade, poder e beleza e tem ganhado cada vez mais espaço, contribuindo para a formação de crenças errôneas sobre saúde. Isto pode explicar os altos índices de insatisfação corporal e aumento das taxas de transtornos alimentares (TA) (ANDRADE; BOSI, 2003; BETONI; ZANARDO E CENI, 2010; SOIHET et al., 2019).

O ato de fazer dieta restritiva refere-se a comportamentos autoimpostos, que modificam a quantidade e/ou qualidade dos alimentos ingeridos, baseando as escolhas alimentares em regras, a fim de alterar o peso corporal. Geralmente este comportamento de restrição ocorre por meio de redução na ingestão de algum macronutriente (carboidrato, proteína ou lipídeo) e de calorias (ZARYCHTA et al., 2018).

As dietas restritivas fazem com que o indivíduo perca a percepção de fome e saciedade, pois na restrição, a ingestão alimentar deve ser cognitivamente controlada e requer que o indivíduo verifique se a mesma está de acordo com as regras da dieta. Essa desregulação pode gerar um descontrole

alimentar quando a pessoa finalmente se permite comer, o que leva ao ganho de peso (ALVARENGA et al., 2019). Alterações no metabolismo energético, no metabolismo dos nutrientes, adaptações neuroendócrinas e até mesmo alterações na fisiologia do intestino fazem parte dos mecanismos compensatórios que resultam neste ganho de peso (BLOMAIN, 2013).

As repetidas tentativas de perda de peso e o efeito sanfona tem índices altos em pessoas obesas e com sobrepeso. Esses altos índices levam ao maior risco de TA, ansiedade, depressão, obesidade, diabetes tipo 2, hipertensão, câncer e fraturas, além de aumentar a mortalidade de modo geral (MONTANI, 2015). Diante do exposto, torna-se relevante avaliar as características do comportamento alimentar de pessoas que se submetem às dietas para perda de peso.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EXCESSO DE PESO E OBESIDADE

A obesidade é uma doença multifatorial caracterizada pelo excesso de tecido adiposo, configurando-se atualmente como um dos graves e principais problemas de saúde pública tanto no Brasil, quanto nos países desenvolvidos. Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) no Brasil, mostram que mais da metade da população (55,4%) está acima do peso recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e que a obesidade atinge 20,3% dos brasileiros (BRASIL, 2020; ABESO, 2016; WHO, 2000).

Para avaliar a adiposidade corporal, utiliza-se o Índice de Massa Corporal (IMC), que é realizado através do cálculo da divisão do peso em kg pela altura em metros, elevada ao quadrado (kg/m^2). O excesso de peso é classificado pelo IMC de 25 a $29,9 \text{ kg/m}^2$ e a obesidade pelo $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ (ABESO, 2016). Sabe-se que a obesidade é fator de risco para doenças como diabetes tipo II, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e além disso, reduz a expectativa de vida. Muitos fatores podem levar ao ganho de peso como o ambiente, o estilo de vida, a genética, o estresse, redução do sono, tabagismo, sedentarismo, poluição entre outros (ABESO, 2016).

Entre as estratégias para o tratamento da obesidade e do sobrepeso, estão as dietas restritivas. Cada vez mais a urgência pela perda de peso tem contribuído para a grande oferta destas dietas (MONTANI, 2015; OCHNER et al., 2013). De acordo com a Associação Brasileira para Estudos da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO, 2016) existem diversos tipos dietas restritivas, tais como: Dietas pobres em carboidratos e ricas em proteínas e lipídeos (dieta *low carb*), Dietas pobres em gordura e muito pobres em gordura (menos de 19%), Dietas com gorduras modificadas (tipo do mediterrâneo), Dieta do índice glicêmico, Jejum intermitente, Dieta sem glúten e Dieta sem lactose.

Contudo, as dietas não têm demonstrado eficácia a longo prazo, pois focam na composição e no cálculo de macronutrientes, e não na mudança de comportamento. A recomendação de dietas com restrição calórica e a perda de

peso como indicador de sucesso e foco do tratamento podem afetar o indivíduo fisiológica e psicologicamente (DAYAN et al., 2019). Além disso, essa abordagem convencional simplifica o contexto do indivíduo, não permite o vínculo com o profissional e traz malefícios para o comportamento alimentar (FAUSTINO – SILVA et al., 2019).

2.2 CONCEITO DE DIETA E ATUALIDADE

A palavra dieta vem do termo grego *diaita*, que descreve um modo de vida e não uma estratégia para perda de peso e, dessa forma, os médicos gregos e romanos se baseavam na *diatetica*, terapia caracterizada pelo regime com determinados alimentos. Hipócrates (460- 370 a.C), médico grego considerado pai da medicina, acreditava que era necessário ter equilíbrio entre os alimentos e se valia de diferentes condutas alimentares com seus pacientes, entre elas para perda de peso, para adequação à estação do ano ou simplesmente para ter saúde (PRECOPE, 1952). Porém, com o passar dos anos, novos sentidos foram dados para esta palavra: no dicionário, encontramos que dieta é a ingestão de alimentos com privação total ou parcial deles, enquanto que na ciência da Nutrição, entende-se por dieta as mudanças de um padrão de alimentação, seguindo recomendações para necessidades específicas de cada sujeito (FOXCROFT, 2013).

Durante a evolução da humanidade, a alimentação sempre esteve relacionada à sobrevivência, mas também ao consumo alimentar guiado pelo prazer (LOWE, 2007). A superabundância de alimentos, o prazer de acumulá-los, as mesas fartas e os banquetes eram sinônimos de riqueza, enquanto a fome, historicamente sempre esteve ligada à pobreza (REVEL, 1996). Entretanto, atualmente muitas pessoas sentem medo do prazer de comer e o estilo de vida saudável é assumido como algo que não pode ser prazeroso, com padrões rígidos, perfeccionista e restritivo. Já a alimentação que dá prazer, frequentemente é associada à proibição ou a “algo que engorda” (ALVARENGA et al., 2019).

Em decorrência de questões de saúde ou estéticas em prol de um corpo idealizado, “fazer dieta” tornou-se uma prática extremamente popularizada e em ascensão, fortalecida pelo aumento dos índices globais de obesidade na

contemporaneidade e a necessidade de tratá-la. Nesse contexto, a obesidade tornou-se o estigma daquilo que as pessoas não querem ter e a magreza acabou virando sinônimo de saúde (ALVARENGA et al., 2019). Porém, a prática de dietas tem altos índices na população em geral, sendo encarada pela sociedade como um projeto de vida e impulsionada pelo discurso da mídia (MONTANI et al., 2015) através de regras que conduzem as escolhas alimentares (JUSTO et al., 2019).

A sociedade moderna é lipofóbica, definida pelo ódio à gordura e ao corpo gordo. Nesse contexto, a dieta é estritamente relacionada a perda de peso, que deve ser rápida, eficaz e definitiva. O objetivo é eliminar, enxugar, queimar e diminuir as medidas corporais, e acabar com a fome (SOUSA, 2018). Atualmente, o ato de fazer dieta é tão comum que pode até ser considerado normal (SOIHET et al, 2019).

“Fazer dieta” caracteriza-se, de uma maneira geral, por restringir alimentos intencionalmente, remetendo à sensação de abstinência alimentar para manter ou perder peso e é um dos métodos mais utilizados para emagrecer (ZARYCHTA et al., 2018), sendo que este cenário fomentou a diversificação dos tipos de dietas. Produzida e controlada pela sociedade, Orbach (1978) afirma que na “mentalidade de dieta”, as escolhas são pautadas em regras definidas por outros sobre o que e quanto comer. Muitas pessoas não sabem o que é fome ou saciedade, sendo estes sinais fisiológicos substituídos por controles externos, regulando a relação dos indivíduos com a comida e com o corpo.

As dietas para perda de peso costumam ser dietas restritivas, definidas por reduzirem calorias, nutrientes ou grupos alimentares (JOB et al., 2019). Esse conceito pode incluir “pular” refeições, jejuar, diminuir quantidade e/ou a qualidade ingerida, restringir grupos de alimentos considerados como “engordativos”, contar calorias, ingerir apenas alimentos *diet* e *light* ou praticar todas as dietas da moda, como *detox*, líquidas ou de “capa de revistas” (ALVARENGA et al., 2019).

O emagrecimento e a fome autoimposta pelo próprio indivíduo traz como resultado o aumento da preocupação com o alimento, a alimentação e o peso, o que contribui para a formação de pensamentos que classificam os alimentos em bons ou maus. Estes indivíduos tendem a controlar a fome, visto que porções de

alimentos considerados nutritivos não trazem saciedade. O controle sobre os sinais fisiológicos tende a ser muito rígido e qualquer situação que perturbe esse autocontrole pode desencadear o consumo excessivo de comida. Essa autoimposição na cognição na prática da dieta, pode gerar compulsão alimentar ao longo do tempo (SOIHET et al., 2019; PSICOLARO et al., 2011), o que é apenas um exemplo de perturbação da relação do indivíduo com o alimento e com a alimentação como um todo.

2.3 DIETAS RESTRITIVAS E COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Hipócrates prescrevia a indivíduos com excesso de peso: “coma menos e exercite-se mais” e até os dias de hoje esta abordagem é utilizada para o tratamento da obesidade. Presume-se que aderir às dietas para a perda de peso seja benéfico para a saúde, porém as altas taxas de insucesso das mesmas e a ciclagem de peso (perda e ganho de peso) aumentam cada vez mais a preocupação com a saúde e os questionamentos sobre a efetividade desta prática a longo prazo (SOIHET et al., 2019; HAYNOS et al., 2018).

O uso de métodos inadequados para o controle do peso somados à necessidade de um controle extremo da alimentação, sentimento de culpa ou remorso após o consumo de alimentos julgados como “proibidos” são comuns e não estão presentes apenas nos quadros de transtornos alimentares (TA). Eles fazem parte dos chamados “comportamentos de risco para TA”, ou seja, o comer transtornado. O comer transtornado envolve problemas alimentares que ocorrem com menor frequência e intensidade do que as descritas nos critérios para TAs. Também pode caracterizar uma síndrome parcial de TA, onde o indivíduo não atende aos critérios diagnósticos, mas tem risco elevado de desenvolver síndrome completa (APA, 2006). Todos estes comportamentos trazem consigo uma série de consequências clínicas, psicológicas e sociais (ALVARENGA et al., 2019).

Alvarenga et al. (2019), afirmam que a restrição alimentar imposta pelo próprio indivíduo a fim de perder peso pode impactar negativamente o comportamento alimentar. O comportamento alimentar é definido pelas ações que se relacionam ao ato de se alimentar, ou seja, todo o processo antes da deglutição do alimento que envolve como, quando, onde comemos e as

experiências com o alimento (JOMORI et al., 2008). Quando há restrição e a ingestão alimentar é controlada através de regras externas, o comportamento alimentar fica desregulado e a sensibilidade à fome e à saciedade diminui, podendo gerar os TAs (STROEBE et al., 2013)

Os TAs são doenças psiquiátricas caracterizadas por alterações no comportamento alimentar que levam a prejuízos clínicos, psicológicos e de convívio social. Por serem de origem multidimensional, é necessário o acompanhamento por equipe interdisciplinar especializada (OMS, 1993; APA, 2014). Os TAs mais conhecidos são a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o transtorno de compulsão alimentar (TCA). A AN é caracterizada pela restrição da ingesta calórica levando a um peso corporal significativamente baixo, pelo medo de engordar e pela distorção da imagem corporal. Existem dois subtipos de AN: restritivo e purgativo. No tipo restritivo, o indivíduo não tem episódios de compulsão alimentar ou comportamentos purgativos tais como vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, diuréticos ou enema. Já no tipo purgativo, estes tipos de purga estão presentes, podendo haver episódios de compulsão. A AN é mais prevalente em mulheres do que em homens e pode ser desde leve ($IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$) a extrema ($IMC < 15 \text{ kg/m}^2$) (DSM V, 2013).

A BN caracteriza-se por episódios de ingestão de grande quantidade de alimentos em um curto período de tempo com sensação de perda de controle (compulsão alimentar). Para impedir o ganho de peso, o indivíduo utiliza métodos compensatórios como a indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, jejum e exercício físico em excesso. Geralmente, indivíduos com BN possuem IMC dentro da normalidade ou estão com sobrepeso ($>18 \text{ kg/m}^2$ e $<30 \text{ kg/m}^2$). Entre os episódios de compulsão, os indivíduos optam por alimentos com poucas calorias, evitando alimentos “engordantes”, com potencial para desencadear a compulsão alimentar (DSM V, 2013).

O TCA é caracterizado pela perda de controle recorrente sobre a ingestão de alimentos sem o uso de métodos compensatórios, acompanhada de sentimentos de vergonha, tristeza e culpa e com alto desconforto relacionado ao episódio, como comer mais rápido que o normal, comer até sentir-se muito cheio e comer sem sentir fome (GELIEBTER et al, 2016). Geralmente o TCA associa-se com depressão, baixa autoestima e baixa qualidade de vida (KORITAR et al., 2014). O episódio de compulsão geralmente vem depois de uma dieta restritiva.

Pode-se verificar a presença de compulsão alimentar em indivíduos obesos de acordo com a gravidade da mesma, através da Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) (GORMALLY et al., 1982). Apesar de os TA estarem classificados separadamente, estão intimamente ligados pela mesma ideia: preocupação com a forma corporal e medo de engordar (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Um dos fatores que pode justificar a insatisfação corporal é a propagação de um ideal de beleza que enfatiza um corpo magro e inalcançável pela mídia. Com a liberdade de imprensa e a falta de fiscalização sobre o que é divulgado, a difusão de informações incorretas sobre o que é alimentação saudável e sobre as dietas e resultados milagrosos vem causando grande efeito prejudicial à saúde humana (ABREU et al., 2013; SOIHET et al., 2019). Não existem dietas restritivas saudáveis, até porque o conceito de saúde engloba a saúde psicológica, o que não encontramos nos indivíduos que as praticam (SOIHET et al., 2019; DAYAN et al., 2019). A pressão da mídia, assim como a exposição de imagens de mulheres magras e o discurso sobre o peso e aparência corporal levam ao descontentamento do indivíduo com o seu corpo (FORTES et al., 2016), tendo estes, maior propensão à restrição alimentar (CONTI et al., 2009).

A restrição alimentar leva a perda de controle com a comida e fazer restrição em meio a abundância de comida que temos atualmente, promove frustração, devido a negação do consumo dos alimentos preferidos e estresse por controlar um impulso biológico, que é a fome (ALVARENGA et al., 2019). Indivíduos que fazem dieta restritiva tem uma preocupação extrema com os alimentos consumidos, são mais vulneráveis a comer descontroladamente após longo tempo de restrição e a desenvolver problemas como ansiedade e depressão (PEREIRA, 2016). A restrição leva ao descontrole alimentar, que é a perda do controle sobre a ingestão dos alimentos levando ao consumo exagerado com ou sem a presença de fome. A presença de alimentos e os estímulos sensoriais aumentam a chance de ingestão e descontrole alimentar independente dos sinais fisiológicos. Uma das consequências mais prováveis do descontrole é o aumento do peso e de gordura (GILHOOLY et al., 2007).

A alimentação emocional também está presente em indivíduos que buscam a perda de peso (CLEOBURY & TAPPER, 2014). A comida pode ser usada para reduzir sentimentos negativos e prolongar os positivos. Sendo assim,

o estado emocional influencia o ato de comer. Um desequilíbrio em nosso jeito de comer é ocasionado quando o alimento é utilizado para aliviar emoções ou lidar com algum problema. Indivíduos que apresentam alimentação emocional apresentam mais distúrbio de humor e procuram o conforto através da comida (KLATZKIN et al., 2018).

2.4 INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal refere-se a uma imagem que o indivíduo tem em sua mente sobre a aparência, tamanho e forma de seu corpo, associada a sentimentos e emoções em relação a estas características (SLADE, 1994). Embora seja formada pela própria pessoa, a imagem corporal sofre influências de origem psicológica, social e biológica (SATO, 2012).

A construção da imagem corporal envolve a dimensão perceptiva, que é a percepção da própria aparência e a atitudinal, que engloba as crenças, pensamentos e ações em relação ao corpo (SLADE, 1994). De acordo com Ferreira et al. (2014), a dimensão atitudinal se subdivide em três componentes: cognitivo, que refere-se a crenças e pensamentos em relação ao próprio corpo, gerados por influências da sociedade e da mídia; afetivo, que diz respeito aos sentimentos e emoções como estresse, ansiedade e desconforto em relação ao corpo e por fim, o comportamental, que é caracterizado por comportamentos adotados para manter a aparência, tais como exercícios para hipertrofia, uso de anabolizantes e dietas (MENZEL et al., 2011).

Quando ocorre alguma disfuncionalidade na dimensão perceptiva, ocorre a distorção da imagem corporal, que como já falado anteriormente, é definida como uma alteração de como o indivíduo enxerga seu corpo e então, este é incapaz de estimar o tamanho corporal com exatidão (PAULA, 2010). Se a disfuncionalidade ocorre na dimensão atitudinal, distúrbios como alterações nos sentimentos e crenças em relação ao corpo acontecem, levando o indivíduo a insatisfação com a autoimagem, depreciação corporal, preocupação excessiva com a aparência, medo exagerado de engordar e valorização excessiva do corpo (SATO, 2012).

A insatisfação com a imagem corporal em grande parte, surge devido às pressões da sociedade, da mídia e do meio em que o indivíduo vive, onde o foco

é no corpo esbelto. Quando a pessoa se compara com esse padrão de beleza, surge uma avaliação negativa de seu corpo, que pode ser influenciada ainda por idade, sexo e por algumas modalidades esportivas onde a aparência é primordial como a ginástica olímpica e o ballet (MORGAN; et al, 2002). Alguns autores ainda afirmam que essa insatisfação pode estar relacionada à redução da qualidade de vida, ideação suicida, autoestima baixa, ansiedade, depressão, desenvolvimento de TAs e adoção de comportamentos como rituais de pesagem, comparações frequentes com o corpo de outras pessoas, busca pela perda e controle do peso através das dietas restritivas (ALVARENGA et al., 2010; ZARYCHTA et al., 2018; DAMASCENO et al., 2006; PIMENTA et al., 2009; SOUZA, 2017).

Em indivíduos com excesso de peso, a insatisfação com o corpo é frequentemente encontrada. Isto ocorre porque existe um estigma social ao redor do sobrepeso e obesidade, que associa essas condições a incapacidade, improdutividade e ineficiência, além disso, distancia esses indivíduos do padrão de magreza imposto socialmente (RIO, 2016). Uma vez que a sociedade e a mídia valorizam de forma extrema o corpo magro, impondo um padrão, quem não consegue alcançar, naturalmente recorre a métodos não científicos para a adequação ao mesmo (TIMERMAN et al., 2010).

2.5 AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR E DA INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL

Os instrumentos para avaliar o comportamento alimentar surgiram com o objetivo de avaliar, melhorar o rastreio, diagnosticar e acompanhar o mesmo, tanto em atendimento em consultório, quanto para investigação epidemiológica (SHIMAZAKI et al., 2015). Geralmente são instrumentos fáceis de aplicar, eficientes e econômicos (FREITAS et al., 2002).

O Questionário dos Três Fatores Alimentares (TFEQ-R21) é um questionário desenvolvido para avaliar o comportamento alimentar de indivíduos obesos e eutróficos, traduzido e validado para população brasileira por Natacci e Ferreira Júnior (2011). O instrumento é composto por 21 questões, sendo que as questões de 1 a 20 possuem 4 alternativas (que pontuam de 1 a 4, da maior severidade de comer disfuncional a menor) e a última questão possui uma escala

de 1 a 8 (do menor grau de restrição alimentar ao maior). O TFEQ-R21 identifica padrões de comportamento que incluem a restrição cognitiva (RC), descontrole alimentar (DA) e a alimentação emocional (AE). A RC refere-se a um conjunto de obrigações e proibições alimentares auto impostas para a perda ou manutenção do peso. Porém, quando existe uma limitação do consumo alimentar tanto de forma qualitativa quanto quantitativa, estes indivíduos, em determinadas situações como a exposição a um alimento proibido, perdem o autocontrole e tendem ao exagero alimentar com ou sem a presença de fome, caracterizando o DA. Por fim, a AE, refere-se à influência das emoções na ingestão do alimento, podendo levar a escolhas menos saudáveis. É um instrumento adequado para o seu fim e serve para auxiliar uma abordagem que valorize os comportamentos provenientes de uma má alimentação como os estímulos externos e emoções (NATACCI et al., 2011).

Outro instrumento que tem como objetivo avaliar o comportamento alimentar é a Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas (EAAT). A EAAT avalia atitudes alimentares abrangendo crenças, pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados a comida. A escala possui cinco subescalas: Fator 1 – Relação para com o alimento; Fator 2 – Preocupação com alimentação e ganho de peso; Fator 3 – Práticas restritivas e compensatórias; Fator 4 – Sentimentos em relação à alimentação; e Fator 5 – Conceito de alimentação normal. A escala é composta por 25 questões pontuadas na forma Likert, onde quanto maior a pontuação, maiores as atitudes alimentares disfuncionais, sendo que a pontuação mínima é de 37 pontos e a máxima 190 pontos. Quando as atitudes alimentares não são disfuncionais, o indivíduo tem uma relação mais positiva com o alimento, já quando apresentam disfuncionalidade, o indivíduo passa a considerar regras, sentimentos de culpa, medo, ansiedade em relação ao ato de comer. Essa crença errônea sobre alimentação saudável e a preocupação com a autoimagem corporal podem impactar negativamente as atitudes alimentares (ALVARENGA et al., 2010).

A insatisfação corporal pode levar ao desenvolvimento de TAs (SOUZA, 2017). A compulsão alimentar é um TA que ocorre tanto em indivíduos eutróficos, como obesos. Desenvolvida por Gormally et al., (1982), a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) é um questionário autoaplicável utilizado para avaliar a importância da mudança de comportamento em diferentes momentos

durante o emagrecimento, favorecendo o rastreamento de pacientes com compulsão alimentar periódica (CAP). É constituído de 16 itens e 62 afirmativas, pontuadas de acordo com escala Likert, devendo ser assinalada a que melhor descreve o indivíduo. Cada afirmativa corresponde a um número de pontos de zero (ausência) a três (gravidade máxima). A ECAP é dividida em três etapas: a primeira com 16 itens, sendo oito que descrevem manifestações comportamentais como, por exemplo, comer escondido, e oito descrevem sentimentos e cognições como, por exemplo, sentimento de falta de controle após episódio de compulsão. A segunda etapa é composta por afirmativas que refletem a gravidade de cada característica, sendo classificadas de zero a três. Na terceira etapa, são utilizadas três dimensões para criar um critério de gravidade da CAP: a frequência, a quantidade de comida e o grau de emoção envolvido em um episódio de CAP. As pontuações menores ou iguais a 17 são considerados sem CAP, de 18 a 26 considera-se com CAP moderada e maior ou igual a 27 com CAP grave (GORMALLY et al. 1982).

A preocupação com a imagem corporal está diretamente ligada à insatisfação corporal (CAMPANA et al., 2009). Para avaliar essa insatisfação, um dos instrumentos mais utilizados é o Body Shape Questionnaire (BSQ). Criado por Cooper et al. (1987) e traduzido para o Brasil por Cordas & Neves (1994), é um instrumento utilizado para identificar as preocupações com a forma do corpo e auto depreciação relacionada à forma física. Possui 34 questões relacionadas com a imagem corporal, com a legenda de 1 a 6, sendo 1-nunca, 2- raramente, 3- Às vezes, 4-Frequentemente, 5- Muito frequentemente e 6- Sempre. Obtêm-se o resultado pela soma de todas as pontuações. A classificação inferior a 80 pontos considera que o indivíduo não possui insatisfação, entre 80 e 110 existe uma leve insatisfação, entre 111 e 140 moderada insatisfação e mais de 140, insatisfação grave (CONTI et al., 2009).

A escolha de instrumentos adequados para avaliar o comportamento alimentar, a imagem corporal e a compulsão alimentar garantem dados confiáveis tanto na clínica, quanto na pesquisa e permitem condutas mais adequadas e melhor adesão ao tratamento. (CAMPANA et al., 2009; BIAGIO et al., 2020).

3 JUSTIFICATIVA

O ato de fazer dieta tornou-se uma prática comum e, atualmente, sabe-se que esta prática é passível de perturbar o relacionamento do indivíduo com a comida e com o ato de comer, o que pode causar um comportamento alimentar disfuncional e o surgimento de transtornos alimentares. Além disso, a insatisfação com a imagem corporal ou em não estar dentro de um padrão ideal de corpo magro, pode manifestar-se como um comportamento atrelado a esta prática de fazer dieta.

Embora atualmente este tema esteja sendo mais explorado, ainda é pouco discutido na literatura o comportamento alimentar antes de iniciar uma nova restrição, havendo necessidade de mais pesquisas que explorem características relacionadas a esta prática. Assim, torna-se importante avaliar o comportamento alimentar de adultos que se submetem a perda de peso, identificar a história de tentativas de emagrecimento e verificar se existe associação entre as tentativas de perda de peso e o comportamento atual para que se possa traçar novas estratégias nutricionais que considerem as crenças, os sentimentos, a cultura e que foquem em uma abordagem não prescritiva visando a real mudança de comportamento.

4 OBJETIVOS

4.1 Primário

Avaliar o comportamento alimentar e a imagem corporal de adultos que se submetem a dieta para perda de peso antes de iniciá-la.

4.2 Secundários

- Avaliar a presença de insatisfação com a imagem corporal destes indivíduos;
- Identificar história de tentativas de emagrecimento por meio de dietas restritivas;
- Verificar associações entre a história clínica de tentativas de emagrecimento e o comportamento alimentar atual.

REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. São Paulo, SP. 4.ed. 2016

ABREU, E. S.; PATERNEZ, A. C. A. C.; CHAUD, D. M. A.; VALVERDE, F.; GAZE, J. S. Parâmetros nutricionais de dietas anunciadas na imprensa leiga destinada ao público masculino e feminino. **Ciência & Saúde**. Vol. 6. Num. 3. p. 206-213. 2013.

ALVARENGA M et al. Nutrição Comportamental. Barueri, SP: **Manole**;2ª ed. 2019.

ALVARENGA M. S., et al. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 1, p. 44-51, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM-5. 5. Ed. Porto Alegre: **Artmed**; 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Treatment of patients with eating disorders, third edition. **American Psychiatric Association**. Am J Psychiatry. 2006.

ANDRADE, A; BOSI, M. L. M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 1, p. 117-125, 2003.

APPOLINARIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica M. Transtornos alimentares. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 22, supl. 2, p. 28-31, Dec. 2000.

BETONI, F.; ZANARDO, V. P. S.; CENI, G. C. Avaliação de utilização de dietas da moda por pacientes de um ambulatório de especialidades em nutrição e suas implicações no metabolismo. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 3, 2010.

BIAGIO, Leonardo Domingos; MOREIRA, Priscila; AMARAL, Cristiane Kovacs, Eating behavior in obesity and its correlation with nutritional treatment, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 69, n. 3, p. 171–178, 2020

BLOMAIN, E. S.; DIRHAN, D. A.; VALENTINO, M. A.; WON KIM, G.; WALDMAN, S. A. Mechanisms of Weight Regain following Weight Loss. **ISRN Obesity**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. **Brasília: Ministério da Saúde**; [s.l.: s.n.], 2020.

CAMPANA ANNB, TAVARES MCGCF. Avaliação atitudinal da imagem corporal. In: Tavares MCGCF, Campana ANNB (orgs). Avaliação da imagem corporal: instrumentos e diretrizes para a pesquisa. São Paulo: **Phorte**; p. 75-126. 2009.

CLEOBURY, L., & TAPPER, K. Reasons for eating —unhealthyll snacks in overweight and obese males and females. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, 27(4), p. 333–341. 2014.

CONTI, Maria Aparecida *et al.* A study of the validity and reliability of the Brazilian version of the Body Shape Questionnaire (BSQ) among adolescents. **Rev. Bras. De Saúde Matern. Infantil**, v. 9, n. 3, p. 331–338, 2009

COOPER PH.D. D.PHIL., Dip.Psych. Lecturer in Psychopathology Peter et al, The development and validation of the Body Shape Questionnaire, **International Journal of Eating Disorders**, v. 6, n. 4, p. 485–494, 1987.

DAYAN, PH, SFORZO, G., BOISSEAU, N, LANCHA, LO, LANCHA JR.,A.H. A new clinical perspective: Treating obesity with nutritional coaching versus energy-restricted diets. **Nutrition**. v. 60. p. 147–151. 2019.

FAUSTINO-SILVA, D. D.; JUNG, N.; LA PORTA, L. Abordagem comportamental como estratégia para o tratamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde. **APS EM REVISTA**, v. 1, n. 3, p. 189-197, 7 dez. 2019.

FERREIRA, MEC.; CASTRO, MR.; MORGADO, FFR. Imagem corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa. Juiz de Fora: **Editora UFJF**, 2014.

FOXCROFT L. A tirania das dietas. São Paulo: **Três Estrelas**; 2013.

GELIEBTER, A., BENSON, L., PANTAZATOS, S. P., HIRSCH, J., CARNELL, S. Greater anterior cingulate activation and connectivity in response to visual and auditory high-calorie food cues in binge eating: Preliminary findings. **Appetite**, v. 96, p. 195–202, 2016.

GILHOOLY, C. H. et al, Food cravings and energy regulation: The characteristics of craved foods and their relationship with eating behaviors and weight change during 6 months of dietary energy restriction, **International Journal of Obesity**, v. 31, n. 12, p. 1849–1858, 2007.

GORMALLY, Jim et al, The assessment of binge eating severity among obese persons, **Addictive Behaviors**, v. 7, n. 1, p. 47–55, 1982.

HAYNOS, Ann F.; WANG, Shirley B.; FRUZZETTI, Alan E., Restrictive eating is associated with emotion regulation difficulties in a non-clinical sample, **Eating Disorders**, v. 26, n. 1, p. 5–12, 2018.

JOB, A. R., & SOARES, A. C. DE O. Percepção dos acadêmicos de Nutrição sobre a efetividade a longo prazo dos métodos de dietas restritivas para a perda e o controle de peso. **RBONE - Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento**, 13(78), p. 291-298.2019.

JOMORI, MM; PROENCA, RPC; CALVO, MCM. Determinantes de escolha alimentar. **Rev. Nutr., Campinas** , v. 21, n. 1, p. 63-73, Feb. 2008.

JUSTO, G. F.; FERREIRA, J. T. Tortura da dieta versus prazer de comer. **Equatorial – Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social**, v. 6, n. 11, p. 1-16, 1 ago. 2019.

KLATZKIN, R. R.; BALDASSARO, A; HAYDEN, E. The impact of chronic stress on the predictors of acute stress-induced eating in women, **Appetite**, v. 123, p. 343–351, 2018.

KORITAR P, PHILIPPI ST, ALVARENGA M.S, SANTOS S. Adaptação transcultural e validação para o português da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor da Health and Taste Attitude Scale (HTAS). **Cienc Saude Coletiva** v. 19(8), p. 3573-3582. 2014.

LOWE, Michael R.; BUTRYN, Meghan L., Hedonic hunger: A new dimension of appetite?, **Physiology and Behavior**, v. 91, n. 4, p. 432–439, 2007.

MENZEL, JE.; KRAWCZYK, R.; THOMPSON, JK. Attitudinal assessment of body image for adolescents and adults. In T. F. Cash; L. Smolak (Eds.), *Body image: a handbook of science, practice, and prevention*. **The Guilford Press**, p. 153-169, 2011.

MONTANI, J. P.; SCHUTZ, Y.; DULLOO, A. G. Dieting and weight cycling as risk factors for cardiometabolic diseases: who is really at risk? **Obesity Reviews**, v. 16, p. 7-18, 2015.

MORGAN, C.; VECCHIATTI, I.; NEGRÃO, A. Etiologia dos transtornos alimentares: Aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, suppl. 3, p. 18-23, 2002

NATACCI, Lara Cristiane; FERREIRA JÚNIOR, Mario, The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras, **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 3, p. 383–394, 2011.

OCHNER, Christopher N. *et al*, Biological mechanisms that promote weight regain following weight loss in obese humans, **Physiology and Behavior**, v. 120, p. 106–113, 2013.

ORBACH S. Fat is a feminist issue. New York: Paddington Press; 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: **Artes Médicas**; 351 p. 1993.

PAULA, A. I. Percepção de dimensões corporais de adolescentes do sexo feminino: aspectos psicofísicos e comportamentais [Tese de Doutorado]. **Universidade Estadual Paulista**, Instituto de Biociências de Rio Claro, 2010.

PIMENTA, AM. *et al*. Relationship between body image disturbance and incidence of depression: the SUN prospective cohort. **BMC Public Health**, v. 9, n. 1, p. 1-9, 2009.

PISCIOLARO F, SANCHES C, COLAÇO C, LABATE F, MAGRI G, Pedrosa MC *et al*. Protocolo de terapia nutricional para pacientes com transtorno de compulsão alimentar periódica. In: Alvarenga M *et al*. Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento. 1ª ed. Barueri: **Manole**; p.391-445. 2011.

PRECOPE, Z. J. **Hippocrates on diet and hygiene**. London: Health & Fitness. 207p. 1952.

QUAIOTI, T. C. B.; ALMEIDA, S. S. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. **Psicologia USP**, v. 17, p. 193-211, 2006.

REVEL JF. Um banquete de palavras: uma história de sensibilidade gastronômica. São Paulo: **Companhia das Letras**;1996.

RIO, GTM. Imagem corporal e obesidade em universitários de Juiz de Fora- MG [dissertação]. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2016.

SATO, PM. A imagem corporal nos transtornos alimentares: como o terapeuta nutricional pode contribuir para o tratamento. In: ALVARENGA M, SCAGLIUSI F. B, PHILIPPI S. T. Nutrição e Transtornos Alimentares – Avaliação e Tratamento, p. 477-482, 2012.

SHIMAZAKI, Takashi et al, Construction of a short form of the healthy eating behaviour inventory for the Japanese population, **Obesity Research and Clinical Practice**, v. 10, p. P96–102, 2016.

SLADE, P. D. What is body image? Behaviour Research and Therapy. **Londres**, v. 32, n. 5, p. 497-502, 1994.

SOIHET, J; SILVA, A. D. Efeitos psicológicos e metabólicos da restrição alimentar no transtorno de compulsão alimentar. **Nutrição Brasil**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.55, 2019.

SOUSA, L. M. A. E; SANCHES, R. D. O corpo do/no discurso midiático das dietas: efeitos do novo e da novidade. **Revista FAMECOS**, v. 25, n. 1, p. ID27408, 2 jan. 2018.

SOUZA, AC. Relações entre atividade física, corpo e imagem corporal entre universitários da Argentina, Brasil, Estados Unidos da América e França [dissertação] **Universidade de São Paulo**, 2017.

STROEBE W, VAN KONINGSBRUGGEN GM, PAPIES EK, AARTS H. Why most dieters fail but some succeed: a goal conflict model of eating behavior. **Psychol Rev.**;120(1): p. 110-138. 2013.

TIMERMAN, F.; SCAGLIUSI, FB.; CORDÁS, TA. Acompanhamento da evolução dos distúrbios de imagem corporal em pacientes com bulimia nervosa, ao longo

do tratamento multiprofissional. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 37, n. 3, p. 113-117, 2010.

ZARYCHTA K; CHAN CKY; KRUK M; LUSZCZYNSKA A. Body satisfaction and body weight in under- and healthy-weight adolescent: mediating effects of restrictive dieting, healthy and unhealthy food intake. **Eat Weight Disord.** P. 1-10, 2018.

ARTIGO ORIGINAL

A ser submetido para Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E IMAGEM CORPORAL DE INDIVÍDUOS QUE SE SUBMETEM A DIETAS PARA PERDA DE PESO

Eating behavior of adults submitted to the weight loss diets

Annelise Fochesatto¹, Eliege Maroni², Carolina Guerini de Souza^{1,3*}

¹ Programa de Pós- Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde (PPGANS) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

² Clínica de Emagrecimento – Caxias do Sul - RS

³ Serviço de Nutrição e Dietética (SND) – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

***Autor Correspondente:**

Profa. Carolina Guerini de Souza

Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde (PPGANS),
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Rua Ramiro Barcelos 2400, 2º andar, Santa Cecília, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.

CEP: 90035-003

Fone: +55-513308-5509, Fax: +55-513308-5232

E-mail: carolina.guerini@ufrgs.br

E-mail dos demais autores: annefochesatto@hotmail.com;
nutrieliège.m@gmail.com

RESUMO

Introdução: Por questões de saúde ou estéticas, “fazer dieta” tornou-se uma prática extremamente popularizada, caracterizada por restringir alimentos intencionalmente, remetendo à sensação de abstinência alimentar para manter ou perder peso. Entretanto, cada vez mais trabalhos mostram disfuncionalidades no comportamento alimentar de indivíduos que fazem dieta. **Objetivos:** Avaliar o comportamento alimentar e percepção da imagem corporal de adultos que se submetem a dieta. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal, com adultos participantes de um programa privado de perda de peso. Foram avaliados dados antropométricos, história de tentativas de dietas, comportamento alimentar por meio do Questionário de Três Fatores Alimentares (TFEQ), Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas (EAAT) e Escala de Compulsão Alimentar (ECAP), além de insatisfação com a imagem corporal usando o Body Shape Questionnaire (BSQ), antes do início do programa. **Resultados:** A amostra (n=20) foi constituída por adultos jovens ($30 \pm 8,8$ anos), em sua maioria mulheres (75%) e com excesso de peso (65% $IMC > 25\text{kg/m}^2$). Mais de 50% da amostra apresentou comportamento alimentar disfuncional, sendo este maior em indivíduos casados ou naqueles que tinham tentado fazer dietas restritivas anteriormente e não conseguiram segui-la ($p < 0,05$). Apenas 17% da amostra não apresentou insatisfação com sua imagem corporal. **Discussão e Conclusão:** O comportamento alimentar de indivíduos que se submetem à dieta se mostrou disfuncional, especialmente naqueles que são casados e não aguentaram seguir dietas anteriormente, estando acompanhado de insatisfação com a imagem corporal leve, moderada ou grave.

Palavras chave: comportamento alimentar, dieta, restrição calórica.

ABSTRACT

Introduction: For health or aesthetic reasons, "dieting" has become an extremely popular practice, characterized by intentionally restricting food, referring to the feeling of food withdrawal to maintain or lose weight. However, more and more studies show dysfunctionalities in the eating behavior of individuals on a diet. **Objectives:** To evaluate eating behavior and body image perception of adults undergoing diet. **Materials and Methods:** Cross-sectional study with adults participating in a private weight loss program. Anthropometric data, history of attempted diets, eating behavior were assessed using the Three Food Factors Questionnaire (TFEQ), Eating Disordered Attitudes Scale (EAAT) and Eating Compulsion Scale (ECAP), in addition to dissatisfaction with body image using the Body Shape Questionnaire (BSQ), before the program starts. **Results:** The sample (n = 20) consisted of young adults (30 ± 8.8 years), mostly women (75%) and overweight (65% BMI > 25kg / m²). More than 50% of the sample showed dysfunctional eating behavior, which was higher in married individuals or in those who had tried to do restrictive diets previously and were unable to follow it (p < 0.05). Only 17% of the sample did not show dissatisfaction with their body image. **Discussion and Conclusion:** The eating behavior of individuals who undergo the diet proved to be dysfunctional, especially in those who are married and have not been able to follow diets previously, being accompanied by dissatisfaction with mild, moderate or severe body image.

Keywords: eating behavior, diet, caloric restriction.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença multifatorial caracterizada pelo excesso de tecido adiposo, configurando-se atualmente como um dos graves e principais problemas de saúde pública, tanto no Brasil quanto nos países desenvolvidos (Abeso, 2016). Cada vez mais a urgência pela perda de peso tem contribuído para a grande oferta de dietas restritivas (Montani, Schutz e Dulloo, 2015; Ochner e colaboradores, 2013) e o ato de fazer dieta tornou-se uma prática comum (Soihet e Silva, 2019).

Embora haja diversos tipos de dietas restritivas, a taxa de insucesso das mesmas é extremamente elevada, uma vez que estudos de acompanhamento mostram que o ganho de peso é de 1/3 a 2/3 do peso perdido em um ano e de quase todo peso perdido em cinco anos (Dulloo, Jacquet e Montani, 2012). Além disso, a prática de dietas restritivas pode levar a comportamentos alimentares disfuncionais e a risco de transtorno alimentar (TA) (Quandt, 1999; Alvarenga e colaboradores., 2019).

O comportamento alimentar corresponde a aspectos relacionados à cultura e à sociedade, mas além disso, corresponde à experiência com o alimento, como, com o quê, com quem, onde e como comemos e ao ato de se alimentar em si, além de se relacionar ao controle da ingestão alimentar (Quaioti, 2006; Alvarenga e colaboradores., 2019). Este comportamento, sendo submetido ao emagrecimento e a fome autoimposta pelo próprio indivíduo ao fazer dieta, traz como resultado o aumento da preocupação com o alimento, com a alimentação e com o peso, criando uma tendência ao controle da fome (Soihet e Silva, 2019), o que é apenas um exemplo de perturbação da relação do indivíduo com o ato de comer como um todo. Além disso, o ideal de beleza que

exalta o corpo magro por meio das mídias influencia fortemente esse processo, além de promover ou acentuar a insatisfação com a imagem corporal (Dantas, 2011).

Embora atualmente este tema esteja sendo mais explorado, ainda é pouco discutido na literatura o comportamento alimentar antes de iniciar uma nova restrição, havendo necessidade de mais pesquisas que explorem características relacionadas a esta prática. Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar o comportamento alimentar e a percepção da imagem corporal de adultos que se submetem a perda de peso antes de iniciá-la.

MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento e amostra

Trata-se de um estudo transversal com indivíduos que buscaram um programa privado de perda de peso que utiliza dieta restritiva, na cidade de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul (RS). A coleta de dados foi realizada durante o período de setembro de 2019 a outubro de 2020, antes de os indivíduos iniciarem o programa de dieta. Foram incluídos participantes com idade entre 20 e 60 anos e excluídos indivíduos com alguma doença psiquiátrica ou TAs previamente diagnosticados. Para este trabalho, foram utilizados dados de um projeto que avaliou o comportamento alimentar antes e depois de uma dieta de restrição calórica no mesmo programa privado de perda de peso. O estudo seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12), sendo

avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o número CAAE 02664118.6.0000.5327.

Medidas e procedimentos

Antropometria e Anamnese: massa corporal em quilos (kg) e a estatura em metros (m) foram obtidos para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), o qual foi classificado de acordo com os pontos de corte da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000). Para coleta dos mesmos, os indivíduos foram pesados descalços e com roupas leves em balança da marca TANITA®. A estatura foi aferida com estadiômetro acoplado na parede da marca MD®, com indivíduo descalço, com pés unidos e cabeça posicionada respeitando o plano de Frankfurt.

História de tentativas de emagrecimento - foi avaliada por meio de um questionário elaborado pelas pesquisadoras, com várias perguntas acerca das tentativas de dietas e também de como o indivíduo se percebia em relação a elas e seus resultados em sua vida pessoal.

Avaliação do comportamento alimentar e insatisfação com a imagem corporal: foi realizada por meio da aplicação dos seguintes instrumentos:

- Questionário dos Três Fatores Alimentares (TFEQ-R21): O instrumento é composto por 21 questões, sendo que as questões de 1 a 20 possuem 4 alternativas (que pontuam de 1 a 4, da maior severidade de comer disfuncional a menor) e a última questão possui uma escala de 1 a 8 (do menor grau de

restrição alimentar ao maior). São avaliadas três dimensões do comportamento alimentar: restrição cognitiva, descontrole alimentar e alimentação emocional. A restrição cognitiva refere-se a um conjunto de obrigações e proibições alimentares auto impostas para a perda ou manutenção do peso. Porém, quando existe uma limitação do consumo alimentar tanto de forma qualitativa quanto quantitativa, estes indivíduos, em determinadas situações como a exposição a um alimento proibido, perdem o autocontrole e tendem ao exagero alimentar com ou sem a presença de fome, caracterizando o descontrole alimentar. Por fim, a alimentação emocional, refere-se a influência das emoções na ingestão do alimento, podendo levar a escolhas menos saudáveis. É um instrumento adequado para o seu fim e serve para auxiliar uma abordagem que valorize os comportamentos provenientes de uma má alimentação como os estímulos externos e emoções (Natacci et al., 2011).

- Escala de atitudes alimentares transtornadas (EAAT): Escala composta por 25 questões pontuadas na forma Likert, onde quanto maior a pontuação, maiores as atitudes disfuncionais, sendo que a pontuação mínima é de 37 pontos e a máxima 190 pontos. A EAAT possui cinco subescalas: Fator 1 – Relação para com o alimento; Fator 2 – Preocupação com alimentação e ganho de peso; Fator 3 – Práticas restritivas e compensatórias; Fator 4 – Sentimentos em relação à alimentação; e Fator 5 – Conceito de alimentação normal (Alvarenga et al., 2010).

- Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP): desenvolvido por Gormally et al., (1982). É constituído de 16 itens e 62 afirmativas, pontuadas de acordo

com escala Likert, devendo ser assinalada a que melhor descreve o indivíduo. Cada afirmativa corresponde a um número de pontos de zero (ausência) a três (gravidade máxima). A ECAP é dividida em três etapas: a primeira com 16 itens, sendo oito que descrevem manifestações comportamentais como, por exemplo, comer escondido, e oito descrevem sentimentos e cognições como, por exemplo, sentimento de falta de controle após episódio de compulsão. A segunda etapa é composta por afirmativas que refletem a gravidade de cada característica, sendo classificadas de zero a três. Na terceira etapa, são utilizadas três dimensões para criar um critério de gravidade da CAP: a frequência, a quantidade de comida e o grau de emoção envolvido em um episódio de CAP (Gormally et al. 1982). As pontuações menores ou iguais a 17 são considerados sem CAP, de 18 a 26 considera-se com CAP moderada e maior ou igual a 27 com CAP grave.

- Body Shape Questionnaire (BSQ): criado por Cooper et al. (1987) e traduzido para o Brasil por Cordas & Neves (1994). Possui 34 questões relacionadas com a imagem corporal, com a legenda de 1 a 6, sendo 1-nunca, 2- raramente, 3- Às vezes, 4-Frequentemente, 5- Muito frequentemente e 6-Sempre. Obtêm-se o resultado pela soma de todas as pontuações. A classificação inferior a 80 pontos considera que o indivíduo não possui insatisfação, entre 80 e 110 existe uma leve insatisfação, entre 111 e 140 moderada insatisfação e mais de 140, insatisfação grave.

Análise estatística

Os dados foram testados quanto a sua normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk, sendo descritos em média \pm desvio padrão ou porcentagem. As correlações entre as variáveis foram analisadas pelo teste de correlação de Pearson, enquanto as diferenças nas escalas foram analisadas pelo teste T para amostras independentes ou Análise de Variância Unidirecional (ANOVA) e as associações entre a história de tentativas de emagrecimento e os demais dados foram analisadas pelo teste de Qui-quadrado. Os dados foram analisados com auxílio do software SPSS versão 26 e o nível de significância estatística adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 20 indivíduos, sendo a amostra composta majoritariamente pelo sexo feminino (75%). A idade variou dos 22 aos 53 anos, sendo a média $30\pm 8,8$ anos. Com relação à antropometria, 30% dos indivíduos eram obesos, mas 65% tinham excesso de peso. Com relação ao estado civil e escolaridade, 65% eram solteiros e mais da metade da amostra (55%) possuía graduação.

A avaliação da história de tentativas de emagrecimento é demonstrada nas Tabela 1 e 2, sendo separadas respectivamente em respostas de múltipla escolha (parte 1) e respostas dicotômicas (parte 2). Na Tabela 1, é possível perceber que os indivíduos da amostra se contradisseram ao responder sobre os anos de tentativas de dietas (70% disseram recém terem iniciado) e sobre o número de tentativas de dieta (90% responderam de 1 a 5 tentativas).

Tabela 1. História de tentativas de emagrecimento - parte 1

Há quantos anos você vem fazendo dieta?	Comecei agora – 70% 1 a 5 anos - 10% 6 a 10 anos - 5% 11 a 15 anos - 5% > 15 anos - 10%
Quantas tentativas de emagrecer por meio de dieta você já fez?	1 a 5 tentativas - 90% 6 a 10 tentativas - 5% 11 a 15 tentativas - 0% > 15 tentativas - 5%
Qual o motivo para querer emagrecer?	Saúde - 55% Autoestima - 25% Beleza - 20 %
Nas outras tentativas que você fez para emagrecer por meio de dieta, o que deu errado?	Não aguentei - 75% Não me adaptei 25- %
Nas outras tentativas que você fez para emagrecer por meio de dieta, quais meios de orientação você utilizou?	Nutricionista - 10% Médico - 10% <i>Internet</i> - 75% Outros – 5%

Dados apresentados em porcentagem da amostra (n=20).

Tabela 2. História de tentativas de emagrecimento - parte 2

	Sim	Não
Você sente que é uma pessoa melhor quando emagrece?	90%	10%
Você sente que é mais valorizado pelos demais quando está mais magro?	70%	30%
Você sente que é mais aceito pelas pessoas quando está mais magro?	45%	55%
Você se sente mais de acordo com o que esperam de você quando está mais magro?	35%	65%
Quando você está de dieta, você procura ficar sair menos de casa?	20%	80%

Dados apresentados em porcentagem da amostra (n=20).

A análise do comportamento alimentar, por meio do TFEQ-R21, mostrou que 58% da amostra encontra-se nos 2 últimos quartis da pontuação, sendo que quanto mais alta a pontuação, mais disfuncional é o comportamento. Conforme demonstrada na Figura 1, a restrição cognitiva, que corresponde a um conjunto de regras e proibições alimentares, esteve presente na maior parte dos indivíduos (3º e 4º quartil da pontuação). Já a alimentação emocional, na qual os indivíduos podem apresentar problemas de humor e obter conforto através do alimento, a amostra pontuou de forma semelhante entre o 2º e 4º quartil. Por fim, o gráfico mostrou que a maior parte dos indivíduos possuíam descontrole alimentar, pontuando estes no último quartil.

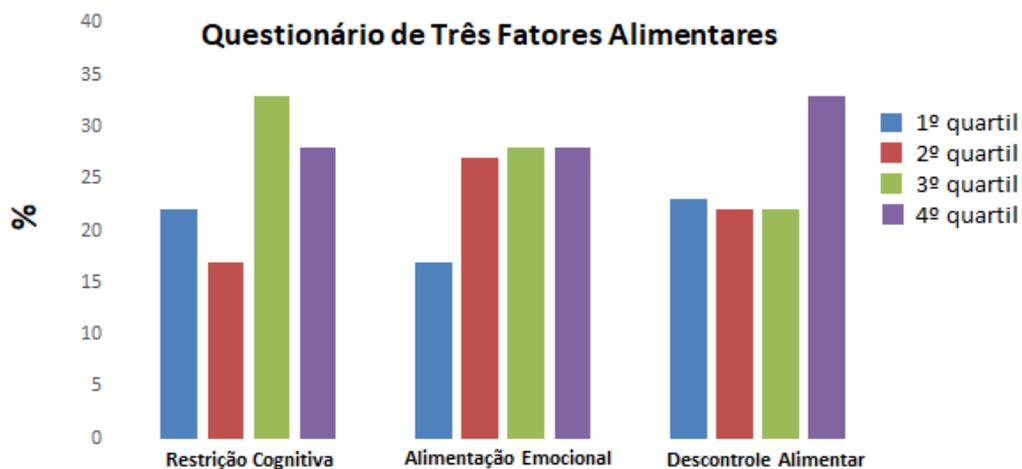


Figura 1 - Percentual da amostra de acordo com os quartis de pontuação no TFEQ-R21.

No domínio Restrição Cognitiva do TFEQ-R21 foi observada uma pontuação significativamente diferente entre aqueles que disseram que nas tentativas anteriores de emagrecimento o que deu errado foi “não consegui seguir” comparado aqueles que responderam “não me adaptei à dieta” ($p=0,015$, Figura 2A). Da mesma forma, pontuaram mais neste mesmo domínio do TFEQ-R1 as pessoas que referiram que o motivo para fazer dieta era saúde e

autoestima, comparado com aqueles que referiram que era por beleza ($p=0,05$, Figura 2B).

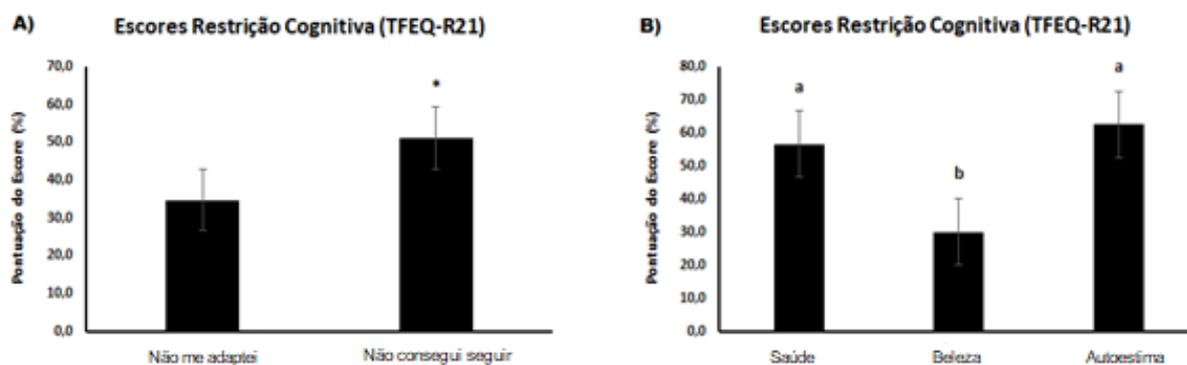


Figura 2. Escores de Restrição Cognitiva do questionário TFEQ-R21, dados expressos em média \pm DP. A) Pontuação no escore de acordo com o motivo das tentativas anteriores de fazer dieta terem dado errado. Dados analisados pelo Teste T para amostras independentes. B) Pontuação no escore de acordo com o motivo para fazer dieta. Dados analisados pela Análise de Variância Unidirecional (ANOVA). * = $p < ,05$. ^{a,b} = letras diferentes expressam tendência de diferença entre os grupos ($p=0,05$); letras semelhantes expressam ausência de diferença entre os grupos.

A Figura 3 demonstra os resultados da EAAT, onde verificou-se que 50% da amostra pontuou no 3º e 4º quartis, indicando que os indivíduos já possuíam atitudes disfuncionais relacionadas a alimentação (sentimento de culpa, medo ou ansiedade relacionadas ao ato de comer). A média de pontuação no questionário foi maior no estado civil casado, sendo observada significância estatística ($p<0,05$, Tabela 3).

Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas

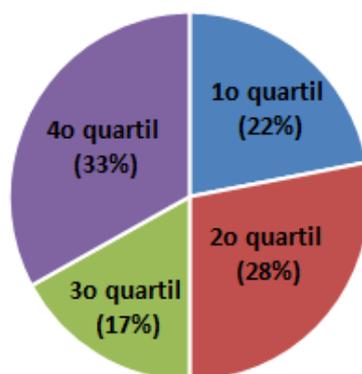


Figura 3 - Divisão da amostra de acordo com os quartis de pontuação na EAAT.

Os dados do ECAP apontaram ausência de compulsão alimentar na amostra, sendo que 89% dos indivíduos não pontuaram neste instrumento. Quando cruzadas as categorias deste instrumento com as variáveis sexo, estado civil e escolaridade, não foi observada nenhuma associação entre as mesmas ($p > 0,05$).

Já em relação aos resultados do BSQ, apenas 17% da amostra não apresentou insatisfação com sua imagem corporal, sendo que os demais pontuaram para algum grau de insatisfação (Figura 4). Porém, da mesma forma que a ECAP, quando cruzadas as categorias deste instrumento com as variáveis sexo, estado civil e escolaridade, não foi observada nenhuma associação entre as mesmas ($p > 0,05$).

Body Shape Questionaire



Figura 4 - Análise da insatisfação com a imagem corporal de acordo com o BSQ.

Em relação aos demais dados, não foi observada nenhuma correlação, associação ou diferença entre categorias de pontuação dos instrumentos e/ou a história de tentativas de emagrecimento ($p > 0,05$). Uma visão geral da pontuação obtida nas avaliações pode ser vista nas Tabelas 3 e 4. Podemos verificar que o sexo feminino e o estado civil solteiro apresentaram maior grau de insatisfação corporal. Na escolaridade, ambos os grupos pontuaram de maneira semelhante no BSQ (Tabela 4).

Tabela 3- Análise da pontuação obtida nos questionários TFEQ-R21 (domínios RC, AE, DC) e EAAT, de acordo com sexo, estado civil e escolaridade.

	RC	p	AE	p	DC	p	EAAT	p
Sexo								
Feminino	54,8 ± 20,6	0,20	55,5 ± 29,5	0,41	46,4 ± 25,6	0,78	79,13±18,92	0,06
Masculino	39,9 ± 25,2		42,2 ± 36,1		49,6 ± 6,1		61,8 ± 8,3	
Estado civil								
Solteiro	50,3 ± 22,9	0,83	50,3 ± 32,1	0,69	46,2 ± 21,1	0,78	69,35±17,5	*0,03
Casado	52,7 ± 22,4		56,4 ± 30,1		49,3 ± 26,4		87,5 ± 14,29	
Escolaridade								
Graduação	51,0 ± 24,9	0,98	55,0 ± 29,6	0,66	53,1 ± 26,7	0,19	79,2 ± 17,25	0,34
Sem graduação	51,2 ± 19,7		48,7 ± 33,7		39,9 ± 12,9		71,18 ± 19,27	

Dados apresentados em média ± desvio padrão. RC: Restrição Cognitiva, AE: Alimentação Emocional, DC: Descontrole Alimentar. * = $p < 0,05$.

Tabela 4 – Análise da pontuação obtida nos questionários BSQ e ECAP em relação ao sexo, estado civil e escolaridade.

Variáveis	Sexo		Estado civil		Escolaridade		
	Feminino (%)	Masculino (%)	Solteiro (%)	Casado (%)	Sem graduação (%)	Graduação (%)	
BSQ	Não possui insatisfação	2 (13,3)	2(50)	4(28,6)	0	0	4(36,4)
	Leve insatisfação	6(40)	3(33,3)	6(42,9)	3(50)	5(55,6)	4(36,4)
	Moderada insatisfação	5(33,3)	0	3(21,4)	2(33,3)	3 (33,3)	2(18,2)
	Grave insatisfação	2(13,3)	0	1(7,1)	1(16,7)	1 (11,1)	1(9,1)
ECAP	Sem compulsão	12(80)	5 (100)	12(85,7)	5 (83,3)	8(88,9)	9 (81,8)
	Moderada compulsão	2 (13,3)	0	2 (14,3)	0	0	2 (18,2)
	Compulsão grave	1(6,7)	0	0	1(916,7)	1(11,1)	0

BSQ: Body Shape Questionnaire EAAT: Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas.

Dados expressos em n e porcentagem da amostra (n=20).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam que as pessoas que irão iniciar uma dieta para perda de peso são, majoritariamente, mulheres jovens, com excesso de peso, que apresentam uma história de outras tentativas de dietas restritivas, as quais elas não aguentaram seguir. A principal razão citada para emagrecimento foi a saúde, porém a busca massiva de orientação foi na *Internet*. Quase todos referiram se sentir melhores e mais valorizados quando estão mais magros. Em relação ao comportamento alimentar, a análise conjunta dos dados mostrou que pelos menos 50% dos avaliados já possuía um comportamento

alimentar disfuncional, associado ao estado civil casado, acompanhado de algum grau de insatisfação com a imagem corporal.

O fato de serem mulheres jovens, com histórico de outras tentativas de dieta, as principais pessoas a iniciarem uma nova dieta, não é um achado inédito, visto que já está posto na literatura que o sexo feminino tende a ser o maior alvo das dietas restritivas (Gondoli e colaboradores). Em relação às tentativas de perda de peso anteriores, um estudo que avaliou as tentativas de dieta ao longo da vida de mulheres adultas e adolescentes afirmou que, com o passar dos anos, é provável que ocorra uma tendência à cronificação das tentativas de emagrecimento através de dietas e que a cada tentativa pode haver o aumento do medo de engordar e insatisfação corporal (Cicco e colaboradores, 2006; Damasceno, 2010). Vale ressaltar que boa parte dos indivíduos relataram não aguentar seguir uma dieta, podendo ser devido ao fato de que o seguimento de uma dieta restritiva é insustentável a longo prazo, o que resulta na sua desistência (Malachias,2010).

Ainda sobre as tentativas de dieta, em nossa amostra, 75% utilizou a internet como forma de orientação para o seguimento de dieta, como o uso de redes sociais sites de busca e sites de dietas, resultado também encontrado pelo recente estudo de Pereira e colaboradores (2019). Os autores encontraram efeitos adversos em relação à adesão às dietas da moda, como fraqueza, dor de cabeça, irritabilidade e tontura causada pelo desequilíbrio nutricional das mesmas. Eles sugerem que sejam informados na mídia, os riscos das dietas restritivas e a importância do acompanhamento profissional, visto que as mesmas não são respaldadas por estudos da área de nutrição e alimentação, são monótonas, não oferecem nutrientes importantes e tal prática pode

aumentar o risco de TAs (Pereira e colaboradores, 2019; Betoni, Zanardo e Ceni, 2010).

A pontuação diferente dos indivíduos no domínio RC, do questionário TFEQ-R21, significa que estes já realizavam algum tipo de restrição alimentar, além de ser significativa naqueles que informaram não terem aguentado seguir as dietas restritivas anteriores. Neste sentido, em um ensaio clínico, conduzido por Nurkkala e colaboradores (2015) os autores encontraram que a alta pontuação na RC relacionou-se com maior IMC, fracasso na manutenção do peso e comportamentos alimentares disfuncionais Johnson et al. (2012) sugerem que o mecanismo da RC é ineficaz ao longo do tempo e pode estar relacionado ao ganho de peso futuro. Os resultados destes dois estudos vão totalmente de encontro ao aqui encontrado, e justificaria a pontuação aumentada naqueles que não aguentaram seguir as dietas anteriores (Nurkkala e colaboradores, 2015).

A RC também pontuou mais nas pessoas que informaram que o motivo para a busca de dietas era saúde e autoestima, sendo que a beleza teve a menor pontuação. Isso pode ser devido ao fato da amostra ser composta por adultos, pois contrariamente a estes achados, Petroski, Pelegrini e Glaner (2016) encontraram que os motivos que mais influenciavam na preocupação com o peso, em adolescentes, era saúde e estética e que esse resultado se devia a relação maior de intimidade das adolescentes com seu corpo. Em nosso estudo o quesito beleza teve menor pontuação, o que pode ser devido ao fato de a amostra ser composta por adultos (Petroski, Pelegrini e Glaner 2016).

Ao avaliarmos as atitudes alimentares, pelo menos metade a amostra apresentou comportamentos disfuncionais antes de se submeterem a uma dieta.

Assim como nesta amostra, um estudo de validação da versão abreviada da Disordered Eating Attitude Scale (DEAS-s) encontrou que o sexo feminino e indivíduos com IMC mais alto, apresentaram atitudes alimentares mais disfuncionais (Alvarenga e Andrade, 2020). Considerando que a maior parte dos participantes do estudo já tinham um histórico de tentativas, as quais sabidamente disfuncionam o relacionamento do indivíduo com a alimentação e com ato de comer (Alvarenga e colaboradores, 2019), este não é um achado surpreendente, mas não menos importante, uma vez que reforça os prejuízos físicos, psíquicos e emocionais que as dietas restritivas podem causar. O fato da quase totalidade da amostra se sentir melhor e mais valorizado quando está mais magro, reforça isso. E, embora estes achados sejam relevantes, eles não parecem estar acompanhados de TCA. No Brasil, ainda existem poucas pesquisas que rastreiam este transtorno (Oliveira e colaboradores, 2019) e, em um deles, a prevalência de TCA encontrada foi de 18%, em estudantes avaliados no estado do Rio Grande do Sul, se diferenciando dos resultados aqui descritos (Vitolo, Bortolini e Horta, 2006).

A alta prevalência de insatisfação com a imagem corporal observada também não é um achado inédito, porém, que reforça a seriedade deste assunto e necessidade de um novo olhar para as questões do corpo e da imagem. O padrão de beleza atualmente imposto favorece a busca pelo ideal de beleza, favorecendo resultados semelhantes a estes, assim como o estudo de Petry e Junior (2019), que demonstraram a alta prevalência de insatisfação corporal em indivíduos com sobrepeso e obesidade. A insatisfação com a imagem corporal está envolvida com sentimentos negativos, gerando frustração e tristeza, estando associada a práticas inadequadas para a perda de peso, doenças como

ansiedade, depressão, prejuízos no comportamento alimentar como o surgimento dos TAs, redução da qualidade de vida e ideação suicida. Nesse sentido torna-se relevante entender este fenômeno para que se possa traçar melhores estratégias de tratamento (Alvarenga e colaboradores,2010; Damasceno, 2010; Petry e Junior, 2019) .

O pequeno tamanho amostral deste estudo apresenta-se como a principal limitação do mesmo; além disso, seu delineamento não nos permite inferir causalidade. Porém, os achados aqui presentes podem contribuir para o estímulo de um novo entendimento, novos olhares e abordagens para pessoas que desejam perder peso, além da necessidade de construção de uma melhor relação do indivíduo com o seu corpo. Especialmente porque estas pessoas, cujos achados estão representados aqui, estavam prestes a iniciar uma nova dieta restritiva, alimentando um ciclo repetitivo de comportamentos não saudáveis.

CONCLUSÃO

A elevada prática de dietas restritivas para a perda de peso traz consigo diversos prejuízos no comportamento alimentar como evidenciado neste trabalho. O ato de fazer dieta pode ser ainda mais prejudicial quando realizado sem a orientação de um profissional.

O comportamento alimentar de indivíduos que se submetem à dieta se mostrou disfuncional, especialmente naqueles que são casados e não conseguiram seguir dietas anteriormente, estando acompanhado de insatisfação com a imagem corporal leve, moderada ou grave. Estes dados chamam a

atenção para o impacto que o programa pode ter em quem já apresenta estes comportamentos.

Dessa forma, estudos que reafirmem a ineficácia e os prejuízos das diversas tentativas de dietas restritivas são necessários para alertar os indivíduos. Além disso, é necessário que mais profissionais se dediquem a estudar o comportamento alimentar e busquem estratégias para ajudar na verdadeira mudança de comportamento de seus pacientes e os auxiliem através de uma nutrição mais gentil e empática.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e ao Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA) por apoiarem e financiarem este trabalho.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse de nenhuma parte.

REFERÊNCIAS

1. Abeso. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. São Paulo, SP. 4.ed. 2016.
2. Alvarenga M.S, Santos T.S.S, Andrade, D. Validação baseada na Teoria de Resposta ao Item de uma versão abreviada da Disordered Eating Attitude Scale (DEAS-s) para uma amostra brasileira. Cad. Saúde Pública; Vol.36. Num 2. 2020.p. 1-12.
3. Alvarenga M.S.; Philippi, S.T,Lourenco, B.H, Sato, P.M, Scagliusi, F.B. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Vol 59, Num. 1, 2010. p. 44-51.
4. Alvarenga M, Figueiredo, M, Timerman, F., Antonaccio, C. Nutrição Comportamental. Barueri, SP: Manole;2ª ed. 2019.
5. Betoni, F.; Zanardo, V. P. S.; Ceni, G. C. Avaliação de utilização de dietas da moda por pacientes de um ambulatório de especialidades em nutrição e suas implicações no metabolismo. ConScientiae Saúde. Vol. 9. Num. 3. 2010. p. 430-440.
6. Cicco, M.F, Santos, N.O, Silva, Silva, M.M, Laham,C., Junior, AG, Lucia,M.C.S. Imagem corporal, práticas de dietas e crenças alimentares em adolescentes e adultas. Psicol. hosp. (São Paulo), São Paulo. Vol. 4. Num. 1. 2006. p. 12
7. Cooper, P, Taylor, M., Cooper, Z, Fairburn, C. The development and validation of the Body Shape Questionnaire, International Journal of Eating Disorders. Vol. 6. Num. 4.1987. p. 485-494.

8. Coutinho, W. Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica na população de obesos. Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2000.
9. Dantas, J.B. Um ensaio sobre o culto ao corpo na contemporaneidade. *Estud. pesqui. Psicol.* Rio de Janeiro. Vol. 11. Num. 3. 2011. p. 898-912.
10. Damasceno, M.L. Transtornos Alimentares: Consequências da Busca do Corpo Magro e Desempenho Esportivo. *Revista Hórus.* Vol. 4. Num 1. 2010. 254–271.
11. Dayan, P.H, Sforzo, G., Boisseau, N, Lancha, L.O, Lancha Jr., A.H. A new clinical perspective: Treating obesity with nutritional coaching versus energy-restricted diets. *Nutrition.* Vol. 60. 2019. p. 147–151.
12. Dulloo, A.G.; Jacquet, J; Montani, J.P. How dieting makes some fatter: from a perspective of human body composition autoregulation. *Proceedings Of The Nutrition Society.* Vol 71. Num. 03. 2012. p.379-389.
13. Gondoli D.M, Corning A.F, Ssalafia E.H, Bucchianeri M.M, Fitzsimmons E.E. Heterosocial involvement, peer pressure for thinness, and body dissatisfaction among young adolescent girls. *Body Image.* Vol 8. Num 2. 2011. p.143-148.
14. Gormally, J. Black S., Daston S., Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors.* Vol. 7. Num. 1. 1982. p. 47-55.
15. Malachias, MVB. Medidas dietéticas: o que é efetivo? *Revista Brasileira de Hipertensão.* Vol. 17. Num. 2. 2010.p. 98-102.

16. Marques J., Ferrarin M, Amer S.A.K, Slongo A. Nível de satisfação com a imagem corporal entre acadêmicos de um curso de fisioterapia da cidade de Caçador, SC. *Ries*. Vol. 2. Num 2. 2013. p.154-61.
17. Montani, J. P.; Schutz, Y.; Dulloo, A. G. Dieting and weight cycling as risk factors for cardiometabolic diseases: who is really at risk? *Obesity Reviews*. Vol. 16. 2015. p. 7-18.
18. Natacci, L.C, Ferreira Junior, M. The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Rev. Nutr.* Vol.24.Num. 3. 2011. p. 383-394.
19. Nurkkala M, Kaikkonen K, Vanhala M.L, Karhunen L, Keränen A, Korpelainen R. Eating Behaviors Lifestyle intervention has a beneficial effect on eating behavior and long-term weight loss in obese adults. *Eat Behav*. Vol. 18. Num. 1.2015. p. 179-85
20. Ochner, C.N, Barrios, D.M, Lee, C.D, Sunyer, F.X. Biological mechanisms that promote weight regain following weight loss in obese humans. *Physiology and Behavior*. Vol. 120. 2013. p. 106–113.
21. Oliveira, J, Figueredo, L., Cordas, T.A . Prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares e uso de dieta “low-carb” em estudantes universitários. *J. bras. psiquiatr.* Rio de Janeiro. Vol. 68. Num 4. 2019. p. 183-190.
22. Pereira, G. A. L.; Mota, L. G. DE S.; Caperuto, Érico C.; Chaud, D. M. A. Adesão de dietas de moda por frequentadores de academias de musculação do município de São Paulo. *RBNE - Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*. Vol. 13. Num. 77. 2019. p. 131-136.

23. Petroski L.E, Pelegrini H, Glaner M.F. Reasons and prevalence of body image dissatisfaction in adolescents. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol.17. Num.4. 2012; p. 1071-1077.
24. Petry, N. A., Pereira Junior, M. Avaliação da insatisfação com a imagem corporal de praticantes de musculação em uma academia de São José-SC. *RBNE - Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*. Vol.13. Num. 78. 2019. p. 219-226
25. Quaioti, T.C. B, Almeida, S.S. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicologia USP*. Vol. 17. 2006 . p. 193-211..
26. Quandt, S A. Social and Cultural Influences on Food Consumption and Nutritional Status. In: Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC. *Modern nutrition in health and disease*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999. p.1783-1792 .
27. Soihet, J., Silva, A.D. Efeitos psicológicos e metabólicos da restrição alimentar no transtorno de compulsão alimentar. *Nutrição Brasil*. Vol. 18. Num. 1. 2019.p. 55-62.
28. Vitolo M.R, Bortolini G.A, Horta R.L. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. Vol. 28. Num. 1. 2006. p. 20-26

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elevada prática de dietas restritivas para a perda de peso traz diversos prejuízos no comportamento alimentar como evidenciado neste trabalho. O ato de fazer dieta pode ser ainda mais prejudicial quando realizado sem a orientação de um profissional.

Grande parte dos participantes do estudo apresentou alimentação disfuncional, atitudes alimentares transtornadas e insatisfação com a imagem corporal antes mesmo de entrar no programa de emagrecimento. Estes dados chamam a atenção para o impacto que o programa pode ter em quem já apresenta estes comportamentos.

Dessa forma, estudos que reafirmem a ineficácia e os prejuízos das diversas tentativas de dietas restritivas são necessários para alertar os indivíduos. Além disso, é necessário que mais profissionais se dediquem a estudar o comportamento alimentar e busquem estratégias para ajudar na verdadeira mudança de comportamento de seus pacientes e os auxiliem através de uma nutrição mais gentil e empática.

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA HISTÓRIA DE TENTATIVAS DE EMAGRECIMENTO POR DIETA, DESENVOLVIDO PELOS PESQUISADORES

Há quantos anos você vem fazendo dieta?

- Comecei agora
- 1-5
- 6- 10
- 11- 15
- > 15

Quantas tentativas emagrecer por meio de dieta você já fez?

- 1-5
- 6- 10
- 11- 15
- > 15

Qual o motivo para querer emagrecer? (pode marcar mais de uma)

- Saúde
- Beleza
- Autoestima
- Agradar a pessoa com quem você se relaciona
- Agradar a família
- Atender à necessidades do meu trabalho
- Outro : _____

Nas outras tentativas que você fez para emagrecer por meio de dieta, o que deu errado?

- eu não aguentei seguir
- eu não me adaptei à dieta
- eu fiz tudo certo, a dieta que não funcionou

Você sente que é uma pessoa melhor quando emagrece?

- Sim
- Não

Você sente que é mais valorizado pelos demais quando está mais magro?

- Sim
- Não

Você sente que é mais aceito pelas pessoas quando está mais magro?

- Sim
- Não

Você se sente mais de acordo com o que esperam de você quando está mais magro?

- Sim
- Não

Quando você está de dieta, você procura ficar sair menos de casa?

Sim

Não

Você buscou orientação de uma profissional nutricionista nas outras tentativas que fez para emagrecer?

Sim

Não

Outra forma: _____

Nas outras tentativas que você fez para emagrecer por meio de dieta, quais meios de orientação você utilizou?

internet (redes sociais, sites de busca, sites de dieta)

revistas de beleza

nutricionista

médico

Outro: _____

NORMAS PARA ENVIO DO ARTIGO

INSTRUÇÕES PARA ENVIO

O artigo submetido deve ser digitado em espaço duplo, papel tamanho A4 (21 x 29,7), com margem superior de 2,5 cm, inferior 2,5, esquerda 2,5, direita 2,5, sem numerar linhas, parágrafos e as páginas; as legendas das figuras e as tabelas devem vir no local do texto, no mesmo arquivo. Os manuscritos que não estiverem de acordo com as instruções a seguir em relação ao estilo e ao formato será devolvido sem revisão pelo Conselho Editorial.

FORMATO DOS ARQUIVOS

Para o texto, usar editor de texto do tipo Microsoft Word para Windows ou equivalente, fonte Arial, tamanho 12, as figuras deverão estar nos formatos JPG, PNG ou TIFF.

ARTIGO ORIGINAL

Um artigo original deve conter a formatação acima e ser estruturado com os seguintes itens:

Página título: deve conter

- (1) o título do artigo, que deve ser objetivo, mas informativo;
- (2) nomes completos dos autores; instituição (ões) de origem (afiliação), com cidade, estado e país, se fora do Brasil;
- (3) nome do autor correspondente e endereço completo;
- (4) e-mail de todos os autores.

Resumo: deve conter

- (1) o resumo em português, com não mais do que 250 palavras, estruturado de forma a conter: introdução e objetivo, materiais e métodos, discussão, resultados e conclusão;
- (2) três a cinco palavras-chave. Usar obrigatoriamente termos do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (<http://goo.gl/5RVOAa>);

(3) o título e o resumo em inglês (abstract), representando a tradução do título e do resumo para a língua inglesa;

(4) três a cinco palavras-chave em inglês (key words).

Introdução: deve conter (1) justificativa objetiva para o estudo, com referências pertinentes ao assunto, sem realizar uma revisão extensa e o objetivo do artigo deve vir no último parágrafo.

Materiais e Métodos: deve conter (1) descrição clara da amostra utilizada;

(2) termo de consentimento para estudos experimentais envolvendo humanos e animais, conforme recomenda as resoluções [196/96](#) e [466/12](#);

(3) identificação dos métodos, materiais (marca e modelo entre parênteses) e procedimentos utilizados de modo suficientemente detalhado, de forma a permitir a reprodução dos resultados pelos leitores;

(4) descrição breve e referências de métodos publicados, mas não amplamente conhecidos;

(5) descrição de métodos novos ou modificados;

(6) quando pertinente, incluir a análise estatística utilizada, bem como os programas utilizados. No texto, números menores que 10 são escritos por extenso, enquanto que números de 10 em diante são expressos em algarismos arábicos.

Resultados: deve conter

(1) apresentação dos resultados em sequência lógica, em forma de texto, tabelas e ilustrações; evitar repetição excessiva de dados em tabelas ou ilustrações e no texto;

(2) enfatizar somente observações importantes.

Discussão: deve conter (1) ênfase nos aspectos originais e importantes do estudo, evitando repetir em detalhes dados já apresentados na Introdução e nos Resultados;

(2) relevância e limitações dos achados, confrontando com os dados da literatura, incluindo implicações para futuros estudos;

(3) ligação das conclusões com os objetivos do estudo.

Conclusão: deve ser obtida a partir dos resultados obtidos no estudo e deve responder os objetivos propostos.

Agradecimentos: deve conter (1) contribuições que justificam agradecimentos, mas não autoria;

(2) fontes de financiamento e apoio de uma forma geral.

Citação: deve utilizar o sistema autor-data.

Fazer a citação com o sobrenome do autor (es) seguido de data separado por vírgula e entre parênteses. Exemplo: (Bacurau, 2001). Até três autores, mencionar todos, usar a expressão colaboradores, para quatro ou mais autores, usando o sobrenome do primeiro autor e a expressão. Exemplo: (Bacurau e colaboradores, 2001).

A citação só poderá ser a parafraseada.

Referências: as referências devem ser escritas em sequência alfabética. O estilo das referências deve seguir as normas da **RBONE** e os exemplos mais comuns são mostrados a seguir. Deve-se evitar utilização de “comunicações pessoais” ou “observações não publicadas” como referências.

Exemplos:

1) Artigo padrão em periódico (deve-se listar todos os autores):

Amorim, P.A. Distribuição da Gordura Corpórea como Fator de Risco no desenvolvimento de Doenças Arteriais Coronarianas: Uma Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Londrina. Vol. 2. Num. 4. 1997. p. 59-75.

2) Autor institucional:

Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Institui diretrizes para Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Portaria interministerial, Num. 1010 de 8 de maio de 2006. Brasília. 2006.

3) Livro com autor (es) responsáveis por todo o conteúdo:

Bacurau, R.F.; Navarro, F.; Uchida, M.C.; Rosa, L.F.B.P.C. Hipertrofia Hiperplasia: Fisiologia, Nutrição e Treinamento do Crescimento Muscular. São Paulo. Phorte. 2001. p. 210.

4) Livro com editor (es) como autor (es):

Diener, H.C.; Wilkinson, M. editors. Druginduced headache. New York. Springer- Verlag. 1988. p. 120.

5) Capítulo de livro:

Tateyama, M.S.; Navarro, A.C. A Eficiência do Sistema de Ataque Quatro em Linha no Futsal. IN Navarro, A.C.; Almeida, R. Futsal. São Paulo. Phorte. 2008.

6) Dissertação de Mestrado ou Tese de Doutorado:

Navarro, A.C. Um Estudo de Caso sobre a Ciência no Brasil: Os Trabalhos em Fisiologia no Instituto de Ciências Biomédicas e no Instituto de Biociência da Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. PUC-SP. São Paulo. 2005.

TABELAS

As tabelas devem ser numeradas sequencialmente em algarismo arábico e ter títulos sucintos, assim como, podem conter números e/ou textos sucintos (para números usar até duas casas decimais após a vírgula; e as abreviaturas devem estar de acordo com as utilizadas no corpo do texto; quando necessário usar legenda para identificação de símbolos padrões e universais). As tabelas devem ser criadas a partir do editor de texto Word ou equivalente, com no mínimo fonte de tamanho 10.

FIGURAS

Serão aceitas fotos ou figuras em preto e branco. Figuras coloridas são incentivadas pelo Editor, pois a revista é eletrônica, processo que facilita a sua

publicação. Não utilizar tons de cinza. As figuras quando impressas devem ter bom contraste e largura legível. Os desenhos das figuras devem ser consistentes e tão simples quanto possíveis. Todas as linhas devem ser sólidas. Para gráficos de barra, por exemplo, utilizar barras brancas, pretas, com linhas diagonais nas duas direções, linhas em xadrez, linhas horizontais e verticais.

A **RBONE** desestimula fortemente o envio de fotografias de equipamentos e animais.

Utilizar fontes de no mínimo 10 pontos para letras, números e símbolos, com espaçamento e alinhamento adequados. Quando a figura representar uma radiografia ou fotografia sugerimos incluir a escala de tamanho quando pertinente. A resolução para a imagem deve ser de no máximo 300 dpi afim de uma impressão adequada.