



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB FACULDADE
DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO**

**A INFLUÊNCIA DE DIETAS RESTRITIVAS NOS DIVERSOS
TRANSTORNOS
ALIMENTARES EM MULHERES JOVENS**

**Autora: Bárbara Gomes Maltez
Professora orientadora: Érika Blamires**

Brasília, 2016

RESUMO

Sabe-se que a prática de dietas inadequadas está entre os fatores precipitantes do surgimento de Transtornos Alimentares e que estes afetam, em sua grande maioria, jovens do sexo feminino. Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi investigar hábitos de dietas restritivas antes da manifestação dos sintomas de Transtornos Alimentares em jovens mulheres na faixa etária de 18 a 35 anos. Para a coleta de dados, foi disponibilizado virtualmente um questionário dividido em 4 blocos, caracterização da população, dados antropométricos e distorção da imagem corporal, caracterização do TA e práticas de dietas antes do TA e, por fim, o questionário EAT-26 (Eating Attitudes Test). Como resultados foram encontrados: grande relação entre insatisfação da imagem corporal, dieta e transtorno alimentar; relação muito forte entre alimentos proibidos e compulsão alimentar; e a presença de um ciclo retroalimentado de restrição, frustração, compulsão alimentar, frustração. Outro importante resultado encontrado nas respostas foi a falta de acompanhamento multidisciplinar no tratamento do transtorno, dificultando ainda mais a melhora da paciente. Nesse sentido, o acompanhamento de um nutricionista capacitado é imprescindível na prevenção e no tratamento do Transtorno Alimentar.

Palavras-chave: Transtornos alimentares. Restrição alimentar. Dietas restritivas. Imagem corporal. Compulsão Alimentar.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Alvarenga et al. (2011), os Transtornos Alimentares (TA) apresentam uma importância clínica e epidemiológica crescente e sua prevalência está muito distante da suposta raridade de poucas décadas atrás, não respeitando fronteiras geográficas ou socioculturais.

Os TAs são enfermidades psiquiátricas debilitantes, caracterizadas por um distúrbio persistente nos hábitos alimentares ou nos comportamentos do controle de massa corporal que resulta em danos importantes na saúde física e no funcionamento psicossocial (MAHAN et al., 2012).

Nesse sentido, segundo McArdle (2011), os TAs incluem um espectro de enfermidades emocionais que variam desde a inanição auto imposta até orgias alimentares crônicas. Essas enfermidades produzem distorções significativas no processo alimentar e, com frequência, acarretam consequências físicas e psicológicas capazes de ameaçar a vida.

Além disso, os TAs são transtornos que afetam, na sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo levar a grandes prejuízos biológicos e psicológicos e ao aumento da morbidade e mortalidade (ALVARENGA et al., 2011)

Os principais tipos de TA que aparecem na clínica contemporânea são a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN), o Transtorno de Compulsão alimentar e periódica (TCAP) e os Transtornos Alimentares Não Especificados (TANE) (ALVARENGA et al., 2011). Segundo Almeida et al. (2013), o diagnóstico de TA é predominantemente clínico, e os critérios adotados seguem a classificação do DSM-V-TR, da Associação Brasileira de Psiquiatria (APA).

A anorexia nervosa é caracterizada pela restrição intencional, contínua e severa de diversos alimentos (BORGES et al., 2006). Basicamente, na AN ocorre intensa perda de peso em razão da dieta extremamente restritiva, busca desenfreada por ideal de magreza, distúrbio da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual. O DSM-IV-TR define a AN como sendo a recusa em manter o peso corporal dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e estatura (APA, 2000).

Já na Bulimia nervosa, a característica principal são os episódios bulímicos, os quais são descritos por uma grande ingestão de alimentos em um curto espaço de

tempo, que pode durar de minutos a duas horas, com sensação de perda de controle, após os quais, ocorrem medidas compensatórias inadequadas para o controle de peso como vômitos auto-induzidos, uso de laxantes ou inibidores de apetites ou diuréticos, dietas restritivas e exercícios físicos (APA, 2000).

A compulsão alimentar, semelhante ao que é observada na BN, é característica do TCAP. Contudo, não há comportamentos compensatórios impróprios após a compulsão alimentar. Indivíduos com TCAP tem a sensação de impotência com relação a sua alimentação do mesmo modo que os pacientes com BN. O sofrimento emocional significativo, caracterizado por sensação de aversão, culpa e depressão, ocorre após a compulsão alimentar (MAHAN et al., 2012).

Grande parte dos TAs são os chamados TANE, os quais incluem TCAP e os quadros parciais de AN ou BN. De acordo com a APA (2000), os TANE referem-se aos transtornos alimentares que não atendem aos critérios de nenhum transtorno alimentar específico.

Segundo a literatura científica, não há uma etiologia única responsável pelos TAs. Acredita-se no modelo multifatorial, com contribuição de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares. São reconhecidos como fatores de predisposição: sexo feminino, história familiar de transtorno alimentar, baixa autoestima perfeccionismo e dificuldade em expressar emoções. Entre os fatores precipitantes são encontrados: práticas de dieta, experiências de separação e perda, alterações da dinâmica familiar, expectativas irreais e proximidade da menarca. Entre os fatores mantenedores estão: alterações endócrinas, distorção da imagem corporal, distorções cognitivas e práticas purgativas (BORGES et al, 2006). Morgan et al. (2002) citam o contexto sociocultural como sendo um fator predisponente da doença, o qual é caracterizado pela extrema valorização do corpo magro.

Deram (2014) afirma que hoje, os retoques feitos com *photoshop* deixam as modelos quase perfeitas, criando uma idealização de um corpo impossível de se atingir. É, na verdade, uma desumanização. E as jovens cada vez mais magras têm frequentemente um comer transtornado e não são muito saudáveis. E essa obsessão pela magreza faz do ganho de peso um fracasso.

Nesse sentido, a pressão imposta pelos fatores socioculturais é responsabilizada como desencadeantes de insatisfação corporal e de atitudes

alimentares inadequadas em adolescentes e adultos jovens(ALVARENGAet al., 2011).

Segundo Sophie Deram (2014) fazer uma dieta restritiva é algo que assusta e estressa o corpo e o cérebro. O cérebro não percebe a perda de peso como um sucesso de beleza, percebe-a como um grande perigo, por isso, desenvolve mecanismos de adaptação para proteger o organismo, ou seja, irá aumentar o apetite, diminuir o metabolismo e aumentar cada vez mais a obsessão por alimentação, justamente para que se coma e não se corra nenhum risco de perder tecido adiposo.

Morgan et al. (2002), afirma que a dieta atualmente é o principal fator precipitante de um TA. Pessoas que fazem dieta têm um risco de desenvolver a doença 18 vezes maior do que as pessoas que não fazem. Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar a possível relação existente entre as dietas restritivas e o surgimentos de TAs.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário

Investigar hábitos de dietas restritivas antes da manifestação dos sintomas de Transtornos Alimentares em jovens mulheres na faixa etária de 18 a 35 anos.

2.2 Objetivos secundários

Identificar o perfil das mulheres com Transtorno Alimentar;

Analisar a possível relação entre dietas restritivas e TA em geral.

Analisar a possível relação entre insatisfação corporal e TA em geral

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Sujeitos da Pesquisa

Mulheres com autopercepção de sintomas de TA que estejam dentro da faixa etária de 18 a 35 anos.

3.2 Desenho do estudo

Estudo analítico do tipo transversal.

3.3 Metodologia

Esse estudo consistiu na investigação da influência de práticas alimentares restritivas no surgimento de sintomas de TA. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário disponibilizado virtualmente em sites de ajuda à pessoas com TA, por 24 horas, durante o segundo semestre de 2016.

O questionário foi dividido em 4 blocos (Apêndice A): caracterização da população, dados antropométricos e distorção da imagem corporal, caracterização do TA e práticas de dietas antes do TA e, por fim, o questionário EAT-26 (Eating Attitudes Test).

A distorção de imagem corporal foi medida pela Escala de Silhuetas proposta pela pesquisadora brasileira Idalina Shiraishi Kakeshita (2008) e adaptada de acordo com o biótipo brasileiro, considerando as diferenças de etnia, gênero e faixa etária, além de aspectos culturais e sócio demográficos, tendo a finalidade de avaliar a percepção de tamanho e forma corporal. Esta consiste em um conjunto de 30 imagens, desenhos de silhuetas femininas e masculinas, que representam figuras humanas com 15 variações em ordem de tamanho corporal. A aplicação do mesmo consiste em a figura ser mostrada a cada indivíduo e este apontar a que mais se aproxima da sua aparência. (KAKESHITA & ALMEIDA, 2008). Depois de mostrar qual figura mais se aproxima da aparência, deve-se escolher qual das figuras se aproxima mais da aparência que o indivíduo gostaria de ter.

O questionário EAT-26 foi desenvolvido por Garner e Garfinkel (1982) e, posteriormente, validado e traduzido para a língua portuguesa (Nunes et al., 2005). O questionário contém 26 perguntas com 6 opções de resposta (sempre, normalmente,

frequentemente, algumas vezes, raramente e nunca) (CARVALHO, 2009). Segundo Garner (1982), o teste ainda avalia sintomas de restrição alimentar e identifica comportamentos anoréxicos e de dieta. O instrumento foi validado no Canadá com pacientes com AN e jovens universitárias saudáveis. A versão original do EAT40 era constituída de 40 itens e, mais tarde, os autores propuseram a versão abreviada com 26 questões – EAT-26. O teste não faz diagnóstico do distúrbio, mas detecta casos clínicos em população de alto risco e identifica indivíduos com preocupações anormais com alimentação e peso.

3.4 Análise de dados

A análise de dados foi realizada por blocos. Inicialmente, com a caracterização da população envolvida a ser apresentada por médias e frequências.

Em seguida, no segundo bloco do questionário, foram analisados os dados antropométricos (por meio do IMC) juntamente com a escala de silhuetas de Stunkard et al. (1983). Assim foi possível comparar o IMC das participantes com o da escala de silhuetas e, então, analisar a presença de distorção da imagem corporal das mesmas.

Conforme descrito por Kakeshita et al. (2008), a escala de silhueta é composta por 15 cartões plastificados para adultos e 11 cartões para crianças, para cada gênero, com 12,5 cm de altura por 6,5 cm de largura, com a figura branca centralizada em fundo negro de 10,5 cm de altura por 4,5 cm de largura. Nas escalas de adultos, as médias de Índice de Massa Corpórea correspondentes a cada figura variaram de 12,5 a 47,5 kg/m², com diferença constante de 2,5 kg/m² por figura..

Para a mensuração de *distorção de imagem corporal* foi comparado o IMC da participante com a figura que esta apontou como representativa de sua silhueta. Para medir *satisfação da imagem corporal* foram comparadas as duas figuras que esta escolheu nas questões 5 e 6 do questionário (APÊNDICE A). Em caso de seleção da mesma figura em ambas as questões, o sujeito foi classificado como satisfeito com sua silhueta. Quando a figura escolhida como “desejado” foi maior do que a escolhida como “atual”, considerou-se que o indivíduo queria aumentar o tamanho do seu corpo, e quando fosse menor, que havia um desejo de diminuí-lo. Em ambas as situações os indivíduos foram classificados como insatisfeitos com sua

silhueta (LAUS et al., 2013). O cálculo do IMC foi realizado através da fórmula: $IMC (Kg/m^2) = PESO (Kg)/ALTURA^2 (m)$, possibilitando que, posteriormente, fosse realizada a classificação dos sujeitos quanto ao estado nutricional e se realizasse uma análise das relações entre o índice de massa corporal e a autopercepção da imagem corporal.

O terceiro bloco do questionário teve como finalidade caracterizar o tipo de Transtorno Alimentar e a presença de uma possível relação do surgimento desse transtorno com práticas de dietas restritivas anteriores ao mesmo. Os dados quantitativos foram avaliados por média e frequência e os dados qualitativos por análise do discurso, isto é identificação dos núcleos de sentidos contidos nos relatos.

No quarto bloco foi utilizado o questionário EAT-26 (Eating Attitudes Test) como indicador de risco para o desenvolvimento de TA, podendo assim, dar uma maior confiança à autopercepção de Transtorno Alimentar das participantes em questão. O questionário é composto por 26 questões distribuídas em três fatores: 1) dieta - diz respeito à recusa patológica a alimentos com alto teor calórico e preocupação com a aparência física; 2) bulimia e preocupação com os alimentos - refere-se a episódios de compulsão alimentar, seguidos por comportamentos purgativos para perda/controlar de peso corporal e; 3) autocontrole oral - reflete o autocontrole em relação à comida e avalia as forças ambientais e sociais estimulantes à ingestão alimentar. O escore final do EAT-26 é obtido pela soma de seus itens e o ponto de corte para comportamento alimentar de risco para transtornos alimentares (TA) é 21, ou seja: pontuação menor que 21 indica comportamento desfavorável; e pontuação maior ou igual a 21 representa presença de atitudes favoráveis ao desenvolvimento de TA (FORTES et al. 2013).

3.5 Aspectos Éticos

Os procedimentos metodológicos do presente trabalho foram preparados dentro dos procedimentos éticos e científicos fundamentais, como disposto na Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

A coleta de dados será iniciada apenas após a aprovação do Comitê de ética em Pesquisa e concordância dos participantes com o TCLE. Na execução e

divulgação dos resultados será garantido o total sigilo da identidade dos participantes e a não discriminação ou estigmatização dos sujeitos da pesquisa, além da conscientização dos sujeitos quanto à publicação de seus dados.

5. RESULTADOS

Das 512 pessoas que se prontificaram a responder o questionário, 248 apresentaram os pré-requisitos de inclusão da amostra e preencheram corretamente o questionário. Os dados do estado nutricional da população revelaram que 65,2% (n=163) das participantes foram classificadas com excesso de peso corporal, com IMC médio de 28,9 kg/m². Em relação à auto-classificação sobre TAs, o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica foi o mais prevalente, aparecendo em 69,1% (n=172) das respostas, sendo que cada participante tinha a opção de selecionar mais de um tipo.

Tabela 1: Caracterização da população pelo estado nutricional e pelo tipo de transtorno alimentar de mulheres adultas, 2016.

Variáveis	(n)	(%)
Estado Nutricional		
Baixo peso	06	02,4
Eutrofia	79	31,6
Excesso de peso	163	65,6%
Transtorno Alimentar		
TCAP ¹	172	69,1
TANE ²	61	24,5
Bulimia Nervosa	43	17,3
Anorexia Nervosa	36	14,5
Vigorexia Nervosa	06	02,4

¹ Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica ²Transtorno Alimentar Não Especificado

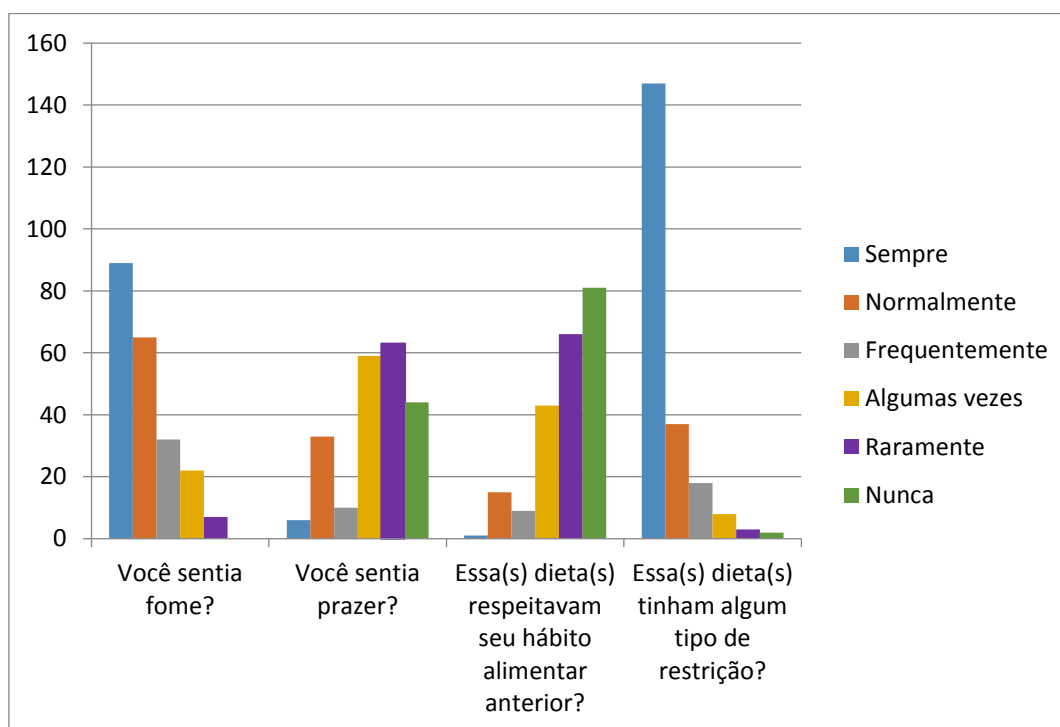
A maioria da amostra (66,7%) relatou nunca ter realizado nenhum tipo de tratamento para o referido transtorno. Das 33,3% (n=81) que o fizeram apenas 24% (n=20) participaram de equipe multidisciplinar com nutricionista, psicólogo e/ou psiquiatra.

Quanto à *satisfação da imagem corporal* 95% das participantes demonstraram-se insatisfeitas com a própria imagem. Quando as silhuetas de imagem corporal atual foram comparadas com o IMC referido pelas participantes foi possível medir uma prevalência de 92% (n=229) *distorção de imagem corporal*, sendo que 89% (n=222) dessas acreditam ter uma silhueta maior do que a realidade.

Quanto à presença de sinais alterados de comportamento alimentar, encontrou-se que 56,5% (n=140) da amostra apresentou comportamento de risco para um TA.

Quanto à prática de restrição alimentar, a grande maioria (84,3%) confirmou já ter realizado algum tipo de dieta antes surgimento do TA. No gráfico 1 é possível se verificar algumas características dessas dietas. 86,5% das participantes que já haviam feito algum tipo de dieta relataram ter sentido fome *sempre*, *normalmente* ou *frequentemente*. Quando questionadas se sentiam prazer em se alimentar durante as mesmas, 77,2% expuseram que *algumas vezes*, *raramente* ou *nunca* sentiam. 88,4% das dietas *raramente* ou *nunca* respeitavam o hábito alimentar das participantes e assustadores 94% relataram que essa(s) dieta(s) tinha(m) *sempre*, *normalmente* ou *frequentemente* algum tipo de restrição alimentar, ou seja, quase toda a amostra já havia se submetido a algum tipo de dieta restritiva antes do surgimento do TA.

Gráfico 1 – Características e consequências das dietas realizadas por mulheres adultas, 2016.



Quando questionadas se essas(s) dieta(s) foi(ram) capaz(es) de desencadear algo de negativo nas participantes, 74,3% (n=185) relataram que sim e 97% (n=180) dessas expuseram e/ou especificaram esses prejuízos (Quadro 1).

Na tabela 2, foram descritas as palavras e expressões mais utilizadas pelas participantes para expressar os prejuízos causados por essa(s) dieta(s).

Quadro 1 – Prejuízos causados por dietas “restritivas” em mulheres adultas, 2016.

Prejuízos	Palavras e expressões utilizadas
Alimentares	Compulsão; medo de comer; restrição; proibição; repulsa alimentar; vontade de comer algo que dê prazer; paranoia com calorias; falta de naturalidade em se alimentar; obsessão com dieta; comer escondido; alimento é veneno; desprezo por dieta e vida saudável; medo de nutricionista; comer com angústia; culpa ao comer.
Físicos/Estéticos	Fraqueza; Falta de energia; enjoo; sono desregulado; hipoglicemia; hipotireoidismo; gastrite; úlcera gástrica; queda de pressão; intestino desregulado; dificuldade de concentração; queda de cabelo; dor de cabeça; raciocínio lento; doente; dor no estômago.
Emocionais	Depressão; frustração; vergonha; culpa; estresse; irritação; baixa autoestima; mau-humor; ansiedade; paranoia; tristeza; ódio; raiva; desespero; ódio ao corpo; fracasso; incapacidade; desencorajamento; abstinência.

Tabela 2 – Expressões mais utilizadas como prejuízos de dietas “restritivas”

Palavra ou expressão	Tipo de prejuízo	Número de aparições (n)
Compulsão	Alimentar	24
Frustração	Emocional	20
Culpa ao comer	Alimentar	18
Ansiedade	Emocional	18
Depressão	Emocional	12
Baixa auto-estima	Emocional	12

Quanto às respostas dadas nas questões sobre prejuízos da dieta restritiva e relação dessa dieta com o surgimento do TA, observou-se nas participantes uma grande necessidade de falar sobre o assunto. Por meio dos depoimentos, percebeu-se que, independente do tipo de diagnóstico de TA, identificou-se uma forte preocupação com o corpo.

“Eu nunca estava satisfeita com o meu corpo”

“[...] aumento do ódio ao meu próprio corpo.”

“Piora na auto-estima, repulsa ao engordar [...]”

“Ódio à imagem corporal.”

“Tenho vergonha do meu corpo[...].”

“Eu nunca estava satisfeita com o meu peso.”

Também foi possível notar pelos depoimentos dados a respeito dos prejuízos da dieta restritiva, que houve uma mudança significativa na relação com comida.

“Sempre me alimento tensa e pensando nas consequências (calóricas).”

“Medo de comida.”

“[...] passei a olhar os alimentos com outros olhos, porque a partir daquele momento eu sabia o “peso” que eles tinham.”

“Neurose com alimentos saudáveis, punição com exercício físico se comesse algo proibido[...].”

“Hoje qualquer alimento é veneno (na minha cabeça).”

“Paranóia com ingestão de alimentos, principalmente os restritos.”

“Perda da naturalidade na hora de comer.”

Ao serem questionadas se acreditavam que existia alguma relação entre a realização de uma dieta restritiva e o surgimento do Transtorno Alimentar, 58,6% (n=146) da amostra disseram que sim. Dentro disso, 97,2%(n=142) destas participantes optaram por justificar suas respostas. Nessas, verificou-se que quase metade (41%; n=52) relataram perceber uma *relação direta* entre a realização de uma dieta restritiva e o surgimento de uma compulsão alimentar, muitas vezes acompanhada por sentimentos ruins como culpa, ansiedade e fracasso.

“Porque como não deu resultado, gerou frustração [...] e esse sentimento gera tristeza e ansiedade que me faz comer compulsivamente.”

“Fiquei obcecada em ficar magra [...] restringia cada vez mais minha alimentação [...] me via gorda [...] então comecei a ficar frustrada e descontei tudo na comida”

“Eu me sentia um fracasso quando fugia da dieta, o que me fez ter episódios de compulsão [...]”

“Não poder comer o que eu quero me deixa ansiosa e causa mais episódios compulsivos.”

“[...] eu passava mal de fome, me sentia péssima porque não conseguia manter aquilo e comia coisas absurdas no momento de descontrole (uma pizza inteira + um pedaço de bolo + Nescau puro) e ficava péssima de novo [...]”

“Sentia ansiedade por saber que não podia comer muito. Mas acabava comendo”

“Pois a quantidade ingerida era cada vez menor. Se eu ingerisse além, me sentia culpada e forçava o vômito.”

A proibição do consumo de determinados alimentos ou grupos alimentares foi destacada muitas vezes como fator desencadeante do surgimento do Transtorno Alimentar, principalmente na compulsão alimentar. Nesses casos, foi relatada uma vontade maior de comer aquele alimento considerado “proibido”.

“[...] após a dieta eu comia tudo o que me proibia e não comia nada do que era obrigatório.”

“Depois dela (a dieta) passei a ter fixação por alimentos proibidos, comendo em até 3x mais coisas que antes eu não gostava”

“Porque quando algo é proibido, dá muito mais vontade. Daí vem a compulsão”

“Porque restringia ou proibia alguns alimentos adorados por mim, e então eu voltava a comer o dobro do que eu comeria.”

“O fato de passar períodos de restrição sempre fizeram com que eu sentisse mais vontade de comer o que eu não podia.”

“Porque em qualquer oportunidade de comer alguma coisa fora da dieta, eu exagerava demais.”

6. DISCUSSÃO

Insatisfação corporal, dieta a transtorno alimentar

Em relação à grande insatisfação de imagem corporal encontrada nas participantes, desde 1994, estudos mostram que o ideal de beleza feminina centrado na magreza é parte integrante da psicopatologia dos TA. Na cultura ocidental, ser magra significa ter competência, sucesso, autocontrole e ser atraente sexualmente (STICE et al. 1994). O corpo se tornou um dos valores mais importantes no atual momento histórico. A indústria da estética corporal é hoje um dos maiores mercados da sociedade de consumo (CARRETEIRO, 2005; OGDEN 1996).

Nesse sentido, de acordo com Ogden (1996), são apresentados estereótipos que passam a ser apreciados e desejados. Personalidades, atrizes e modelos esbeltas, com alta estatura e musculatura definida ditam o ideal corporal que “deve” ser seguido (CARRETEIRO, 2005). Assim, o excesso de peso torna-se um problema. O emagrecimento, o objetivo e a solução ditada é a dieta (OGDEN, 1996).

De acordo com Souto (2006), a busca do corpo ideal tem se tornado prioridade na vida dessas mulheres. Assim, decorrente de uma insatisfação com o peso, dá-se início à prática de dietas restritivas. Percebe-se que a dieta surge com objetivo de redução de peso, posteriormente ocorre uma restrição alimentar rígida e o TA é desencadeado, podendo resultar na drástica restrição (anoréticas) ou em episódios compulsivos, seguidos de práticas compensatório-purgativas (bulímicas) ou não (comedoras compulsivas).

Fortes et al. (2014), em um estudo realizado com 62 ginastas com idades entre 12 e 17 anos tendo como objetivo averiguar a influência da internalização do ideal de magreza sobre os comportamentos alimentares inadequados, concluiu que tal internalização, fez com que as ginastas seguissem dietas rígidas e que isso influenciou os comportamentos alimentares compulsivos e purgativos.

Nesse sentido, os aspectos estéticos citados nas respostas dadas pelas mulheres dessa pesquisa demonstram uma busca incessante pela magreza, que podem ser encaradas como pré-requisito para serem aceitas e valorizadas na sociedade. Portanto, a obtenção ou não da magreza desejada interfere negativamente na autoestima dessas mulheres, gerando um medo irracional de engordar.

Sendo assim, a insatisfação com o próprio corpo pode ser um fator precipitante dos TAs, contribuindo, juntamente com outros fatores etiológicos, para seu início (Hetherington, 2000).

Ciclo restrição, frustração, compulsão alimentar, frustração

A compulsão foi o prejuízo alimentar mais citado nas respostas do questionário, além de ter sido citado diversas vezes como resposta à dieta restritiva no surgimento do TA. Esse dado vai de encontro aos resultados encontrados por de Gowers et al. (2001) ao afirmarem que a restrição alimentar favorece o aparecimento das compulsões alimentares, o que inicia o ciclo compulsão/ purgação da BN. Algumas pessoas em restrição alimentar, no entanto, conseguem aumentar cada vez mais a restrição sem ter compulsão. Assim, instala-se a desnutrição, que aumenta a distorção da imagem corporal e, conseqüentemente, aumenta também o medo de engordar e o desejo de emagrecer, perpetuando assim um ciclo vicioso.

A definição do transtorno de compulsão alimentar periódica considera a associação da ocorrência dos episódios de compulsão alimentar com pelo menos três das seguintes situações: comer mais rápido que o usual; comer até se sentir desconfortavelmente “cheio”; comer grande quantidade de comida sem estar com fome; comer sozinho por se sentir constrangido com a quantidade de comida que come; sentir-se decepcionado, deprimido ou culpado após o episódio de compulsão (APA, 2000). Sendo esses últimos critérios os prejuízos emocionais que mais se destacaram nas respostas das participantes. A frustração e a ansiedade apareceram, em sua maioria, atreladas com o fracasso de não conseguir seguir uma dieta. De acordo com Ogden (1996) a dieta, vendida como “solução”, reforça a idéia de que com esta será possível emagrecer e, caso isso não ocorra, é porque a mesma não foi seguida corretamente, ou seja, a pessoa é que não teve autocontrole e foi incapaz, assumindo toda a responsabilidade pelo próprio fracasso. Na realidade, a interrupção da dieta é uma conseqüência inevitável e não reflete uma incapacidade inadequação pessoal.

Sendo assim, a dieta para emagrecer foi o fator precipitante mais freqüente nos TA, sendo um comportamento comum nas sociedades ocidentais ou ocidentalizadas, onde predomina o ideal da magreza. Estudos longitudinais demonstram claramente que a dieta aumenta de modo considerável o risco para os

TA. Indivíduos que faziam dieta tiveram um risco 18 vezes maior para o desenvolvimento de TA do que entre indivíduos que não faziam dieta após um ano de seguimento (PATTON et al., 1999).

Justificando os resultados da pesquisa em que a compulsão alimentar apareceu como resposta à restrição dietética, Bernardi et al. (2005), em seu estudo de revisão sobre comportamento alimentar e obesidade, concluíram que as restrições e autoimposições das pessoas que fazem dieta, parecem ter um efeito rebote, resultando em compulsão alimentar, a qual pode associar-se a consequências psicológicas, como a perda da autoestima, mudanças de humor e distração.

Tratamento Multidisciplinar

Por fim, foi observada neste estudo uma alta incidência de pessoas com Transtornos Alimentares que não realizam nem realizaram um tratamento multidisciplinar. Acredita-se que uma das consequências dessa falta de tratamento seja um dos motivos da rapidez e volume de respostas ao questionário, refletindo numa grande necessidade de falar, e falar muito, sobre o problema. Haja vista que, antes da divulgação da pesquisa, a previsão de tempo para manter o questionário *online* era de 2 semanas.

Diante do exposto, percebe-se um grande sentimento de angústia nas mulheres dessa pesquisa, que demonstram estar sofrendo e não procuram ajuda adequada. Não se sabe ao certo se existe uma vergonha de falar sobre o assunto ou falta de confiança nos profissionais da área. Temos aqui uma limitação do estudo, já que não houve o questionamento se as dietas restritivas foram prescritas por nutricionistas ou não.

A partir dessa discussão e pensando-se primeiramente na prevenção dos TAs, Alvarenga (2011) afirma que independente do fato de atuarem diretamente com TA ou não, nutricionistas tem o papel na prevenção dos TA em sua atuação de rotina, desde que sejam cuidadosos e sensíveis com suas abordagens e reflitam concomitantemente sobre a problemática dos TA quando fizerem orientações nutricionais, especialmente se o público ou cliente com quem estejam lidando for de risco.

No quesito tratamento, é necessária uma abordagem multidisciplinar que inclua intervenções psiquiátricas, psicológicas, médicas e nutricionais. O nutricionista e o restante da equipe de saúde trabalham em conjunto para modificar os comportamentos associados ao peso e à alimentação. No caso do nutricionista, a reabilitação nutricional inclui avaliação nutricional, terapia nutricional, orientação nutricional e educação nutricional. (ALVARENGA, 2011; ADA, 2001). Nessa perspectiva, De acordo com Almeida et al. (2013) a reabilitação nutricional objetiva reestabelecer, por meio da reeducação alimentar, o estado nutricional do paciente, de modo a melhorar e equilibrar a ingestão alimentar, o padrão das refeições e outros comportamentos associados, recuperando assim o ato de se comer com prazer.

Assim, a conduta do profissional de nutrição nos últimos quatro anos tem sido orientada por meio de publicações governamentais que estimulam que as ações de educação alimentar e nutricional sejam pautadas na promoção do autocuidado e da autonomia, por meio de uma interação próxima e horizontal, com escuta ativa, em que seja realizada uma construção partilhada de saberes, de práticas e soluções, além da ênfase na valorização do conhecimento, da cultura e do patrimônio alimentar e na busca de soluções contextualizadas. (BRASIL, 2012) e no reorientar da comensalidade, estimulando também o ato de comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e na companhia de familiares e amigos, para que o paciente aproveite melhor os alimentos que consome e desfrute de modo mais completo os prazeres proporcionados pela alimentação, dando ao ato de comer um grande valor (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

A partir dessa discussão, pode-se concluir que o nutricionista deve fazer um trabalho inovador para influenciar os comportamentos alimentares do indivíduo. Tanto na prevenção quanto no tratamento dos TAs. Ou seja, é de extrema importância que o nutricionista tenha ciência dos cuidados que devem ser tomados na prevenção do surgimento do transtorno. Mas, que também, saiba como receber essa pessoa com transtorno e fazer um tratamento e aconselhamento nutricional eficaz.

7. CONCLUSÃO

Os transtornos alimentares são enfermidades de etiologia multifatorial, que acarretam prejuízos importantes à saúde do indivíduo e estão cada vez mais frequentes na nossa sociedade. Sociedade essa que cultua o corpo e impõe uma forte pressão da magreza, principalmente para as mulheres.

Nesse estudo, as dietas restritivas foram apontadas como alternativa para alcançar o “corpo ideal” e se encaixar no padrão esperado por essa sociedade. Nos resultados encontrados, também foi possível relacionar comportamentos de insatisfação corporal, restrição alimentar e transtornos alimentares, além da forte relação entre restrição e compulsão alimentar. Grande parte das participantes relatou ter muito mais vontade comer (compulsivamente) após a realização de uma dieta e, na maioria das vezes, a vontade foi de comer o alimento que determinado anteriormente como “proibido” na dieta.

Nesse sentido, conclui-se que o tratamento nutricional feito com base na educação alimentar e nutricional e no contato mais próximo com o paciente é parte extremamente importante no tratamento e na prevenção dos TAs, estabelecendo continuamente um clima de diálogo, cuidado e informação no que se refere aos comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S.S.; COSTA, T.M.B.; LAUS M.M.; STRAATMANNNG. - Psicobiologia do comportamento alimentar. Rio de Janeiro: Rubio, 2013
- ALVARENGA, M.; SCAGLIUSI, F.B.; e PHILIPPI, S.T. Nutrição e transtornos alimentares. Barueri: Manole, 2011
- AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) 4.ed. Washington, DC: APA Press, 2000.
- BERNARDI, F.;; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. Rev. Nutr., Campinas , v. 18, n. 1, p. 85-93, Feb. 2005 .
- BORGES, N.; SICCHIERI J.; RIBEIRO R.; MARCHINI J.; SANTOS J. Transtornos alimentares: quadro clínico. Revista de Medicina, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-348, jul./set. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.
- CARVALHO R. S. Transtornos alimentares em mulheres: um estudo das representações sociais do corpo, 2009, 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – ICH, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.
- CARRETEIRO, T. A. Corpo e contemporaneidade. Psicologia em Revista, v.11, n. 7, p. 62-76. Belo Horizonte. Junho. 2005.
- DERAM, S. O peso das dietas: emagreça de forma sustentável dizendo não às dietas. 1. Ed – São Paulo: Sensus, 2014.
- FORTES, L. S.; ALMEIDA, S. S.; FERREIRA, M. E. C. Influência da ansiedade nos comportamentos de risco para os transtornos alimentares em ginastas. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, Pelotas, v. 18, n. 5, p. 546-553, set./out. 2013.
- GARNER D.M.; OLMESTED M.P.; BOHR Y.; GARGINTEL P.E. The eating attitude test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med. 1982; 12:871-79.
- GOWERS S.G.; SHORE A. Development of weight and shape concerns in the etiology of eating disorders. Br J Psychiatry 2001.
- HETHERINTON M.M. Eating disorders: diagnosis, etiology, and prevention. Nutrition 2000;16(7):547-51
- KAKESHITAI.S., ALMEIDA, S.S. Adaptação e validação de Escalas de Silhuetas para crianças e adultos brasileiros. Tese (Doutorado em Psicobiologia)– Departamento de Psicologia e Educação. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2008. MAHAN, L. K.; STRUMPE.S. Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 13. ed. São Paulo: editora Elsevier, 2012.

MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. Nutrição para o esporte e o exercício. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

MORGAN, C.; VECCHIATTI, I.; NEGRÃO, A. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v. 24, p. 18-23, dez.2002.

NUNES, M.A.; CAMEY, S.; OLINTO, M.T.A. and MARI, J.J. The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian Version of the Eating Attitudes Test -26. Bras. J. Med. Biol. Res., Ribeirão Preto, v. 38, n. 11, p. 1655-1662, Nov. 2005.

OGDEN J. A vez do gordo? Desfazendo o mito da dieta. Rio de Janeiro: Imago; 1996

PATTON G.C.; SELZERR. COFFEY C.; CARLIN J.B.; WOLFE R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. BMJ 1999; 318(7186):765-8.

STICE E.; SCHUPAK-NEUBERG E.; SHAW H.E.; SHAW H.E.; STEIN R.I. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. J Abnorm Psychol 1994;103(4):836-40.

STUNKARD, A.J.; SORENSON, T.; SCHULSINGER, F. Use of Adaption Registry for the study of obesity and thinness. The Genetics of Neurological and Psychiatric Disorders. New York, p.11 . 5-120, 1983.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000.

Projeto de pesquisa Transtornos Alimentares

*Obrigatório

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa "A INFLUÊNCIA DE DIETAS RESTRITIVAS NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES EM GERAL", da Instituição pesquisadora Uniceub, tendo como pesquisadora responsável Érika Blamires Porto e Pesquisadora assistente Bárbara Gomes Maltez. O objetivo deste estudo é investigar hábitos de dietas restritivas antes da manifestação dos sintomas de Transtornos Alimentares em mulheres adultas na faixa etária de 18 a 35 anos. Sua participação consiste em responder um questionário online. Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo. Este estudo possui baixo risco que são inerentes do procedimento de aplicação de questionários com questões que podem gerar um certo desconforto na pessoa pesquisada. Sua participação é voluntária e poderá ajudar no maior conhecimento sobre as possíveis causas do surgimento de Transtornos Alimentares. Não será necessário nenhuma forma de identificação da participante. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso fechar a janela do link do questionário. Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo. Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo. Ao assinalar a opção "Aceito", abaixo, você atesta sua anuência com esta pesquisa. *

- Aceito
- Não aceito

Caracterização da população

1. Gênero *

- Feminino
- Masculino
- Outro:

2. Idade *

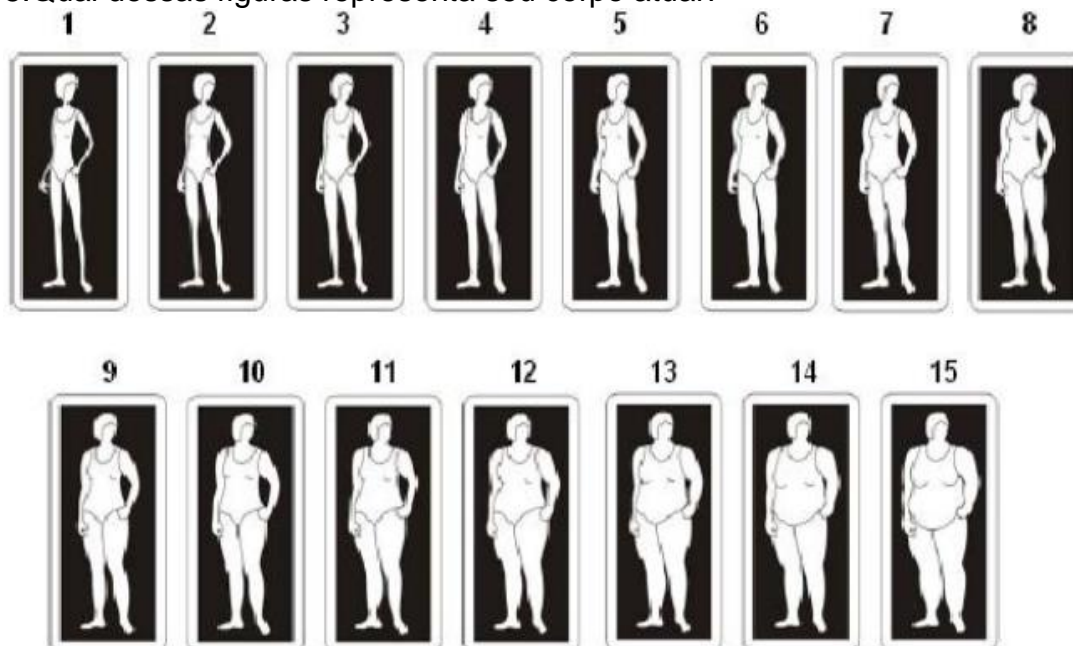
- 17 anos ou menos
- 18 a 35 anos
- Acima de 36 anos

Dados Antropométricos

3. Qual o seu peso atual em quilos? *

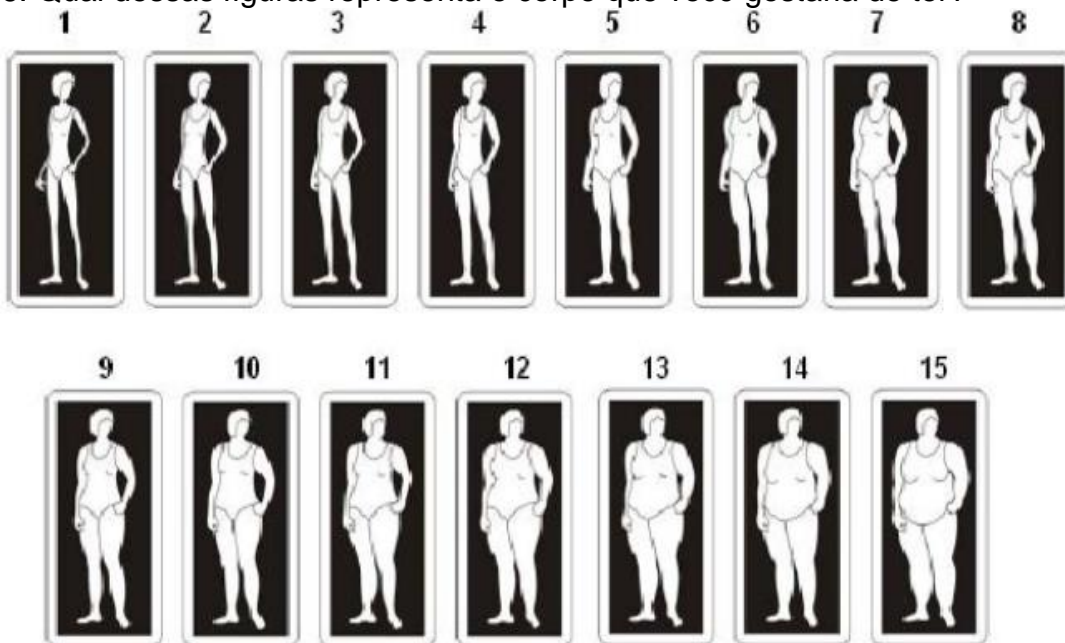
4. Qual a sua altura atual em metros? *

5. Qual dessas figuras representa seu corpo atual? *



- Opção 1
- Opção 2
- Opção 3
- Opção 4
- Opção 5
- Opção 6
- Opção 7
- Opção 8
- Opção 9
- Opção 10
- Opção 11
- Opção 12
- Opção 13
- Opção 14
- Opção 15

6. Qual dessas figuras representa o corpo que você gostaria de ter? *



- Opção 1
- Opção 2
- Opção 3
- Opção 4
- Opção 5
- Opção 6
- Opção 7
- Opção 8
- Opção 9
- Opção 10
- Opção 11
- Opção 12
- Opção 13
- Opção 14
- Opção 15

Caracterização do Transtorno Alimentar e Hábitos Alimentares

7. Você acredita que tem ou já teve algum tipo de Transtorno Alimentar? *

- Sim
- Não

8. Que tipo de Transtorno Alimentar você acredita que tem? *

- Anorexia Nervosa (AN)
- Bulimia Nervosa (BN)
- Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)
- Transtorno Alimentar Não-Especificado (TANE)
- Vigorexia Nervosa (VN)

9. Há quanto tempo você possui Transtorno alimentar? *

- Menos de 1 ano
- Entre 1 ano em 3 anos
- Entre 3 e 5 anos
- Mais de 5 anos

10. Você faz ou já fez algum tipo de tratamento para o seu Transtorno Alimentar? *

- Sim
- Não

Se sim, especifique:

11. Você realizou algum tipo de dieta antes do Transtorno Alimentar? *

- Sim
- Não

Se sim, responda sobre essas dietas (apenas uma resposta por pergunta):

	Sempre	Normalmente	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Você sentia fome?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você sentia prazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essa(s) dieta(s) respeitava o seu hábito alimentar anterior?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essa(s) dieta(s) tinha algum tipo de restrição?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Essa(s) dieta(s) desencadeou(aram) algo de negativo em você?*

- Sim
- Não

Se sim, especifique:

13. Você, de alguma forma, acredita que essa dieta influenciou no surgimento do seu Transtorno Alimentar? *

- Sim
- Não

Se sim, por quê?

Questionário EAT-26

Apenas uma resposta por pergunta.

Para finalizarmos, por favor, responda as seguintes questões: *

	Sempre	Normalmente	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Fico apavorada com a idéia de estar engordando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evito comer quando estou com fome.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me preocupada com os alimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (Ex. pão, arroz, batatas, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que outros gostariam que eu comesse mais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vomito depois de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me extremamente culpada depois de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As pessoas me acham muito magra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Sempre	Normalmente	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demoro mais tempo para fazer minha refeições do que as outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evito comer alimentos que contenham açúcar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Costumo comer alimentos dietéticos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que os alimentos controlam minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demonstro auto-controle diante dos alimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que os outros me pressionam para comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Passo muito tempo pensando em comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto desconforto após comer doce.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faço regime para emagrecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto de sentir meu estômago vazio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto vontade vomitar após as refeições.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muito obrigada! Agradecemos sua contribuição.

Obrigada

