



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO

ESCOLA DE NUTRIÇÃO



LETICIA PILAR CARVALHO NASSER

**RELAÇÃO ENTRE INSATISFAÇÃO CORPORAL, TENDÊNCIA PARA
TRANSTORNO ALIMENTAR E INGESTÃO CALÓRICA EM ADULTOS COM
SOBREPESO E OBESIDADE**

OURO PRETO – MG

2019

Leticia Pilar Carvalho Nasser

**RELAÇÃO ENTRE INSATISFAÇÃO CORPORAL, TENDÊNCIA PARA
TRANSTORNO ALIMENTAR E INGESTÃO CALÓRICA EM ADULTOS COM
SOBREPESO E OBESIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Nutricionista.

Orientadora: Prof^ª, Dr^ª. Joana Ferreira do Amaral
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª Júlia Cristina Cardoso Carraro

OURO PRETO – MG

2019

N267r Nasser, Leticia Pilar Carvalho .
Relação entre insatisfação corporal, tendência para transtorno alimentar e ingestão calórica em adultos com sobrepeso e obesidade .
[manuscrito] / Leticia Pilar Carvalho Nasser. - 2019.
56 f.: il.: gráf., tab..

Orientadora: Profa. Dra. Joana Ferreira do Amaral.
Coorientadora: Profa. Dra. Júlia Cristina Cardoso Carraro.
Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto.
Escola de Nutrição. Graduação em Nutrição .

1. Distúrbios alimentares. 2. Ganho de Peso. 3. Insatisfação corporal.
4. Ingestão de Energia. I. Amaral, Joana Ferreira do. II. Carraro, Júlia
Cristina Cardoso. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 613.25

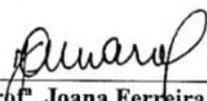
Bibliotecário(a) Responsável: Luciana Matias Felicio Soares - SIAPE: 1.648.092



Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:
“Relação entre insatisfação corporal, tendência para transtorno alimentar e ingestão calórica em adultos com sobrepeso e obesidade”.

Aos 16 dias do mês de dezembro de 2019, na Sala 51 da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto, reuniu-se a Banca Examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso da estudante **Letícia Pilar Carvalho Nasser**, orientada pela Prof^a. Joana Ferreira do Amaral. A defesa iniciou-se pela apresentação oral feita pela estudante, seguida da arguição pelos membros da banca. Ao final, os membros da banca examinadora reuniram-se e decidiram por aprovar a estudante.

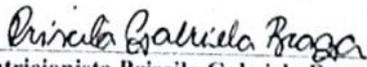
Membros da Banca Examinadora:



Prof. Joana Ferreira do Amaral
Presidente (DENCs/ENUT/UFOP)



Prof. Silvana Mara Luz Turbino Ribeiro
Examinadora (DENCs/ENUT/UFOP)



Nutricionista Priscila Gabriela Braga
Examinadora (UPA/UFOP)



DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Deus, por tornar essa jornada possível. Aos meus pais, Patrícia e Miguel, por serem a minha base. À minha irmã Camila, por caminhar ao meu lado. Gratidão eterna.

AGRADECIMENTOS

A emoção de chegar até aqui é inexplicável. Então eu só tenho a agradecer a todos que contribuíram para que essa vitória fosse possível. Obrigada meu Deus, por ser o meu alicerce frente a todos os desafios e por me permitir realizar esse sonho, me abençoando, sendo meu guia e me rodeando de pessoas maravilhosas. Sem sua glória nada disso seria possível.

Aos meus pais Miguel e Patrícia, obrigada por serem meus exemplos de integridade, dedicação e amor. Agradeço por sempre me estimularem a alcançar meus objetivos e acreditarem em mim, mesmo quando nem eu mesma acreditava. O apoio de vocês foi fundamental nessa jornada. À minha irmã Camila, obrigada pela amizade, carinho e companheirismo. Amo muito vocês.

Aos meus familiares, tios e primos, agradeço por caminharem comigo e celebrarem juntos essa conquista. Em especial, agradeço a minha avó Ivone e tia Edilene, que foram como mães para mim durante esse percurso. Obrigada por serem meu porto seguro ao longo desses anos. Agradeço pelo auxílio, abrigo e proteção.

À minha orientadora Joana, agradeço imensamente por confiar em mim, e ter me conduzido nesse processo sempre com paciência e dedicação. Obrigada por trazer calma nos tantos momentos de desespero. À minha coorientadora Julia, agradeço por carinhosamente me acompanhar e dar suporte sempre que necessário. Vocês foram fundamentais nessa conquista!

Obrigada a todos os docentes da Escola de Nutrição, pelos incontáveis ensinamentos e por acreditarem que o conhecimento é a chave para um mundo mais harmonioso. Agradeço especialmente Silvana, Cláudia e Simone pela amizade criada, pelos desabafos e conversas no corredor e pelo carinho que sempre tiveram comigo. Agradeço a Priscila, exemplo de competência no campo da Nutrição. Muito obrigada por todo o amparo, cuidado e delicadeza durante os atendimentos. Você foi um anjo que Deus colocou no meu caminho, quando tudo parecia estar errado.

Eu tenho muito a agradecer pelas amizades que a nutrição me proporcionou. Vocês foram essenciais nessa caminhada. Muito obrigada João Marcos, Karina, Jéssica, Lara, Victor, Aline e Úrsula por estarem comigo do começo ao fim desse trajeto e por todos os momentos incríveis ao longo desses anos. Sou muito grata pela presença de cada um de vocês na minha vida. Agradeço também a Karol, Thamires, Priscila, Marianna, Mariane, Gabriela, Thiago,

Brenda, Laísa, Catharina, Samantha, Giulia, Júlia, TÁCila, Isabela Fernandes, Isabela Silva e Gabrielly, pelo vínculo criado durante essa trajetória e por compartilharem comigo tantos momentos incríveis. Amo vocês!

Aos meninos da república Virakopos, agradeço por mostrarem o sincero significado da palavra amizade e por terem sido meus verdadeiros companheiros ao longo desses anos. Isso só fortaleceu o meu carinho por vocês. Aos irmãos de alma Caio, Dudu e Lucas, obrigada por todo o afeto e pela parceria mesmo com toda a distância, essa vitória é nossa!

Por fim, agradeço a toda equipe da Universidade Federal de Ouro Preto pela seriedade e competência, isso foi fundamental para que eu realizasse esse sonho. Muito obrigada pelo ensino público, gratuito e de qualidade. Que seja sempre assim!

EPÍGRAFE

"Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível."

(Charles Chaplin)

RESUMO

Introdução: O sobrepeso e a obesidade são considerados uns dos principais problemas de saúde pública ao redor do mundo, gerando consequências fisiológicas e psicológicas. A insatisfação corporal, frequentemente presente nessa população, devido ao não seguimento dos padrões de magreza impostos pela sociedade, pode levar a adoção de comportamentos alimentares anormais, favorecendo o desenvolvimento de transtornos alimentares. **Objetivo:** Avaliar a relação entre insatisfação corporal, ingestão calórica e risco para transtornos alimentares em indivíduos com sobrepeso ou obesidade. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal com 38 indivíduos com sobrepeso e obesidade atendidos no Ambulatório de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto, em que foram obtidas medidas antropométricas (peso e altura), idade e sexo. Solicitou-se o preenchimento pelos participantes do Registro Alimentar de 72 horas e dos questionários *Body Shape Questionnaire (BSQ-34)* e *Eating Attitudes Test (EAT-26)*. As análises estatísticas foram feitas utilizando-se o programa *GraphPad Prism 6*, por meio do teste t de *Student* e significância estatística de 5%. **Resultados:** A amostra compunha-se predominantemente de população do sexo feminino (84,2%) com obesidade (68,42%). Foi encontrado que indivíduos com insatisfação corporal apresentavam maior risco de transtornos alimentares e menor ingestão calórica. No entanto, indivíduos com sobrepeso e obesidade não diferiram no que se refere à variação de peso, insatisfação corporal e transtornos alimentares, mas os obesos apresentaram menor ingestão calórica. **Conclusão:** A autoimagem corporal possui maior influência no comportamento alimentar que o estado nutricional, uma vez que indivíduos com obesidade não apresentaram maiores valores de BSQ-34 que aqueles com sobrepeso, mas os com maior insatisfação corporal apresentaram maior tendência para desenvolvimento de transtornos alimentares e ingestão calórica reduzida.

Palavras-Chave: Transtorno alimentar; Excesso de peso; Insatisfação corporal; Ingestão calórica.

ABSTRACT

Introduction: Overweight and obesity are considered some of the mainly health problems around the world, resulting physiological and psychological consequences. Body dissatisfaction, often present in this population due to non-compliance with the standards of thinness imposed by society, may lead to the adoption of abnormal eating behaviors, favoring the development of eating disorders. **Objective:** To evaluate the relationship between body dissatisfaction, caloric intake and risk of developing eating disorders in overweight or obese individuals. **Methodology:** A cross-sectional study was conducted with 38 overweight and obese individuals treated at the Nutrition Outpatient Clinic of the Federal University of Ouro Preto, where anthropometric measurements (weight and height), age and gender were obtained. Participants were asked to complete the 72-hour Food Record and the Body Shape Questionnaire (BSQ-34) and Eating Attitudes Test (EAT-26). Statistical analyzes were performed using GraphPad Prism 6 software, through the Student's t-test and statistical significance of 5%. **Results:** The sample was predominantly female (84.2%) with obesity (68.42%). Individuals with body dissatisfaction were found to have a higher risk of eating disorders and lower caloric intake. However, overweight and obese individuals did not differ regarding weight variation, body dissatisfaction and eating disorders, but the obese had lower caloric intake. **Conclusion:** Body self-image has a greater influence on eating behavior than the Nutritional Status, since individuals with obesity did not show higher BSQ-34 values than those with overweight, but those with greater body dissatisfaction showed a greater tendency for the development of eating disorders and reduced caloric intake.

Keywords: Eating disorder; Overweight; Body dissatisfaction; Caloric intake.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação do IMC para adultos, segundo a OMS, 1995.	14
Tabela 2. Análise descritiva da amostra total (n = 38)	17
Tabela 3. Classificação da amostra segundo IMC.....	18
Tabela 4. Insatisfação com a imagem corporal dos participantes de acordo com o <i>BSQ-34</i> . .	18
Tabela 5. Risco para transtornos alimentares da população estudada, segundo <i>EAT-26</i>	19
Tabela 6. Variação de peso dos participantes ao longo do acompanhamento.....	19

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Comportamento de variáveis mediante o <i>BSQ-34</i> segundo o teste <i>t</i> de <i>student</i> e significância de <i>p</i> menor ou igual a 0,05 (**).	21
Figura 2. Comportamento das variáveis mediante o (<i>EAT-26</i>), segundo o teste <i>t</i> de <i>student</i> e significância de <i>p</i> menor ou igual a 0,05 (**).	23
Figura 3. Comportamento de variáveis mediante o IMC segundo o teste <i>t</i> de <i>student</i> , e significância de <i>p</i> menor ou igual a 0,05 (**).	24

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AN – Anorexia Nervosa

BN – Bulimia Nervosa

BSQ-34 – Body Shape Questionnaire

DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - V

EAT-26 – Eating Attitudes Test

EN – Estado Nutricional

IMC – Índice de Massa Corporal

Kg – Quilogramas

OMS – Organização Mundial da Saúde

m² – Metros quadrados

R72 – Registro Alimentar de 72 horas

TCA – Transtorno de Compulsão Alimentar

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFOP – Universidade Federal de Ouro Preto

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	3
Sobrepeso e obesidade	3
Imagem corporal	4
Insatisfação corporal	5
Insatisfação corporal no excesso de peso.....	6
Transtornos alimentares	6
2.1 Justificativa.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
Objetivo geral.....	12
Objetivos específicos:.....	12
4. METODOLOGIA.....	13
Variáveis antropométricas	13
4.1.1 Peso	13
4.1.2 Estatura	14
4.1.3 IMC	14
Avaliação dietética	14
Insatisfação corporal	15
Risco para transtornos alimentares	15
Análises estatísticas.....	16
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
Apresentação das características gerais da amostra	17
Fatores associados à insatisfação corporal	20
Fatores associados ao risco para transtornos alimentares.....	22
Fatores associados ao IMC.....	24
6. CONCLUSÃO	27
7. REFERÊNCIAS.....	28
APÊNDICES	38
ANEXOS	40
ANEXO A – R72h.....	40
ANEXO B – BSQ-34	41
ANEXO C – EAT-26.....	43

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma Doença Crônica Não Transmissível e de etiologia multifatorial, capaz de acarretar prejuízos fisiológicos e psicológicos à saúde dos indivíduos (DUNCAN et al, 2012). É uma doença de difícil tratamento e alta taxa de recidiva (COUTINHO; POVOA, 1998). Atualmente, sobrepeso e obesidade são consideradas as mais importantes desordens nutricionais nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, devido a suas altas taxas de incidência (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1998). Segundo Slochower e Kaplan (1980) ambas podem estar relacionadas à baixa autoestima, isolamento social e depressão.

A imagem corporal constitui-se de pensamentos e sentimentos em relação ao próprio corpo (SLADE, 1994) e possui influências da mídia, familiares e amigos, em todas as fases da vida. A discrepância entre o corpo percebido e idealizado pelo indivíduo, pode resultar em insatisfação com a imagem corporal (DE ALMEIDA et al, 2005).

Em indivíduos com sobrepeso e obesidade, a insatisfação com a autoimagem é frequentemente encontrada, devido ao estigma social ao redor do excesso de peso. O padrão magro é simbolizado como sucesso, controle, conquistas e estabilidade psicológica (ROCHA, 2008), dessa forma, aqueles que não conseguem alcançá-lo, são taxados como fracassados e incapazes, gerando sentimentos de desapontamento e frustração.

Este fato pode levar à adoção de comportamentos prejudiciais à saúde, na busca pela adequação ao padrão de beleza idealizado atualmente (ALVARENGA et al, 2010). A preocupação extrema com o peso leva a comportamentos alimentares anormais, como restrição da ingestão calórica, uso de laxantes e autoindução de vômitos (CLAUDINO; APPOLINÁRIO, 2000).

Esses comportamentos têm sido responsáveis pela elevação da incidência de Transtornos Alimentares, que são fenômenos pluridimensionais resultantes da interação de fatores pessoais, familiares e socioculturais, caracterizados pela preocupação excessiva com o alimento e a imagem corporal (SOUTO, 2002). Os tipos de transtornos alimentares mais comuns são: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA).

A AN caracteriza-se por recusa alimentar intensa com consequente caquexia. Indivíduos com esse transtorno possuem medo mórbido de engordar, supervalorização da forma corporal, distúrbios endócrinos e manutenção do peso abaixo do normal. A amenorreia é frequentemente constatada como uma consequência no sexo feminino (CLAUDINO; APPOLINÁRIO, 2000).

A BN, por sua vez, é caracterizada pela ingestão excessiva de alimentos com sensação de perda de controle, seguido de métodos purgativos para evitar o ganho de peso, que pode ser por autoindução de vômitos, utilização de laxantes como citados acima, ou prática intensa de exercícios físicos. Além de saciar a fome, esses episódios têm a finalidade de compensar por meio da comida, as situações estressantes e os estados emocionais de quem o possui (CLAUDINO; BORGES, 2002).

Já o TCA é caracterizado pelo consumo excessivo de quantidades variadas de alimentos em curto espaço de tempo, mas diferentemente da BN, não é seguida de métodos compensatórios (SLOCHOWER; KAPLAN, 1980), devido a isso, é o transtorno alimentar mais prevalente na população com sobrepeso e obesidade, seguido pela BN.

Assim é de suma importância que os profissionais de saúde conheçam quais as insatisfações apresentadas pela população com sobrepeso e obesidade em relação ao próprio corpo e o estigma social por trás do excesso de peso, para que possam ser oferecidos procedimentos adequados, a fim de elevar a qualidade de vida dessa população e diminuir as consequências fisiológicas e psicológicas dessa patologia.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Sobrepeso e obesidade

A obesidade é definida como acúmulo excessivo de gordura corporal que provoca danos à saúde, estando associada a maior morbimortalidade (GARROW, 1988). Juntamente ao sobrepeso, é considerada atualmente um dos principais problemas de saúde pública ao redor do mundo, sendo classificada como epidemia global, devido ao rápido e crescente número de casos (OMS, 2000). A OMS (2018) estima que a prevalência mundial da obesidade tenha quase triplicado desde 1975.

O Brasil vem acompanhando a tendência mundial. Pesquisas divulgadas pela Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2018) demonstram que a frequência de sobrepeso na população brasileira corresponde a 55,7%, sendo maior entre os homens (57,8%) que as mulheres (53,9%). A prevalência de obesidade no país atualmente é de 19,8%, com frequência maior entre mulheres (20,7%) que em homens (18,7%).

O excesso de peso apresenta etiologia complexa e multifatorial (PROJETO DIRETRIZES, 2005), ocorrendo principalmente quando o consumo calórico é superior à energia gasta e o excesso é armazenado na forma de triglicerídeos no tecido adiposo (OMS, 2000).

De acordo com a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (2004), o superávit calórico é resultado do aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em gorduras e carboidratos simples, além da redução da atividade física, devido à mecanização do trabalho e desenvolvimento tecnológico.

Outros aspectos também influenciam no balanço energético, dentre eles podem-se destacar os psicossociais, culturais, hormonais, genéticos e comportamentais, além de medicamentos, doenças, traumas e iatrogenia (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2012).

Para fins epidemiológicos, um dos parâmetros mais utilizados para diagnóstico do sobrepeso e da obesidade é o Índice de Massa Corporal (IMC), devido à sua simplicidade, praticidade e nenhum custo (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE, 2016). É obtido pela divisão do peso do indivíduo em quilogramas (kg), por sua altura em metros elevada ao quadrado (m²). Como desvantagem, o IMC não quantifica a adiposidade corporal total e não expressa informações sobre a distribuição regional de gordura (HUBBARD,

2000). Considera-se com sobrepeso o indivíduo que possui IMC entre 25 kg/m² e 29,9 kg/m², e obeso aquele com IMC igual ou superior a 30 kg/m² (OMS, 2000).

Dentre as consequências da obesidade, ressalta-se o surgimento de Diabetes Mellitus tipo 2, distúrbios músculo-esqueléticos, hipertensão arterial, dificuldades respiratórias e apneia do sono, risco aumentado de embolia pulmonar por alterações da coagulação sanguínea e formação de cânceres, principalmente de útero, mama, intestino grosso, cólon, endométrio e esôfago (SALVE, 2006).

Estudo realizado por Calle et al. (1999) com estadunidenses adultos, encontrou que as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, cânceres e outras, aumentaram em toda a faixa de excesso de peso, independente do sexo e faixa etária.

Além das consequências fisiológicas, o sobrepeso e a obesidade também podem gerar distúrbios no aspecto psicológico. De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - V (DSM-V, 2013)*, existem fortes associações entre obesidade e distúrbios psíquicos, como Transtorno de Compulsão Alimentar, esquizofrenia e transtornos depressivo e bipolar, uma vez que é apontada como um dos fatores contribuintes para a baixa autoestima e isolamento social.

Imagem corporal

A imagem corporal é definida por SCHILDER (1999) como “A figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”. É a construção dentro de si mesmo, sobre aparência, tamanho e contorno do corpo associada a sentimentos e emoções (SLADE, 1994). Embora formulada pelo sujeito, apresenta influências psicológicas, sociais e biológicas (PIMENTEL, 2007) e pode estar relacionada a crenças, valores e atitudes individuais (PESTROSKI et al., 2012).

De acordo com Slade (1994), a construção da imagem corporal envolve duas dimensões: a perceptiva, relacionada à precisão da percepção da própria aparência física, envolvendo estimativas do tamanho, forma e peso corporais e a atitudinal, que engloba sentimentos, pensamentos e ações em relação ao corpo.

Segundo Ferreira, Castro e Morgado (2014), a dimensão atitudinal pode ser subdividida em três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental. O primeiro se refere a crenças e pensamentos, ou seja, o senso crítico relacionado ao próprio corpo, gerados principalmente por influências sociais e midiáticas (STICE; TRISTAN, 2005). O segundo diz

respeito aos sentimentos e emoções em relação ao corpo, como estresse, desconforto ou ansiedade (FERREIRA et al., 2014). O terceiro caracteriza-se pelos comportamentos e ações adotados para manter ou aperfeiçoar a aparência, como exercícios para ganho de massa muscular, dietas e uso de anabolizantes (MENZEL; KWAWCZYK; THOMPSON, 2011).

Dessa forma, quando há falhas na dimensão perceptiva, desenvolve-se a distorção da imagem corporal, definida como uma alteração na maneira como o indivíduo percebe o próprio corpo, ou seja, ele se torna incapaz de estimar o tamanho com exatidão, mostrando divergência entre as proporções percebidas e reais (PAULA, 2010).

Quando há desarranjo no aspecto atitudinal da imagem corporal, geram-se os distúrbios atitudinais, que se definem como alterações nos sentimentos e pensamentos sobre o corpo e ações voltadas para este, como insatisfação com a imagem corporal, depreciação corporal, preocupação excessiva com a forma física, medo mórbido de engordar e valorização extrema do corpo (SATO, 2012).

Insatisfação corporal

A insatisfação com a imagem corporal, integrante dos distúrbios atitudinais, é definida como a diferença entre percepção e idealização a respeito do próprio corpo (DE ALMEIDA et al., 2005), resultando em uma avaliação corporal negativa (STICE; SHAW, 2002) com opiniões depreciativas e desfavoráveis sobre a própria aparência (MENZEL et al., 2011). É formada por dois componentes: O avaliativo, definido como a diferença entre o corpo atual e o idealizado pelo indivíduo e o afetivo, ou seja, o quanto o indivíduo sofre diante dessa diferença (SATO, 2012).

A insatisfação com a autoimagem surge em grande parte devido às pressões exercidas pela mídia, amigos e parentes, que idealizam o corpo delineado e esbelto. Ao se comparar a esse ideal de beleza, muitas vezes inatingível, é gerada uma avaliação negativa sobre o próprio corpo (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Pode ser influenciada ainda por idade, sexo e prática de modalidades esportivas em que a aparência é primordial, como ballet e ginástica olímpica. Segundo Damasceno et al. (2008) e Pimenta et al. (2009) pode estar relacionada aos distúrbios alimentares, baixa autoestima e depressão.

A insatisfação corporal está associada a consequências prejudiciais à saúde, como ansiedade, diminuição da qualidade de vida, ideação suicida, desenvolvimento de distúrbios

alimentares e adoção de práticas inadequadas, como rituais de pesagem e comparações frequentes com o corpo de outros indivíduos (SOUZA, 2017).

Atualmente, um dos instrumentos mais utilizados em pesquisas nacionais para análise da preocupação com peso e aparência física é o *Body Shape Questionnaire (BSQ-34)* desenvolvido por Cooper, et al. (1987) e traduzido para o português por Cordás e Castilho (1994). Possui a finalidade de avaliar subjetivamente o nível de preocupação e insatisfação com a aparência física, a autopercepção corporal e a sensação de “estar gordo” (LEÃO, 2012).

Insatisfação corporal no excesso de peso

Em indivíduos com sobrepeso e obesidade, a percepção corporal negativa acontece devido ao distanciamento desse público ao padrão de magreza estereotipado pela sociedade, e pelos significados comumente associados à condição do excesso de peso, como incapacidade, ineficiência e improdutividade (RIO, 2016).

Estudo realizado por Carels e Musher-Eizenman (2010) demonstrou que muitas vezes, o julgamento da personalidade dos indivíduos ocorre precocemente e com base na aparência física, sendo as pessoas obesas alvo de maior aversão e atribuição de características negativas.

Almeida, Loureiro e Santos (2002) apontaram que mulheres com obesidade mórbida apresentavam sentimentos de desvalorização e depreciação, insatisfação com a autoimagem, percepções negativas sobre si mesmas e falta de confiança nas próprias habilidades. Sofrimentos que, segundo os autores, podem ter sido originados pelo não seguimento dessas pessoas aos padrões de estética impostos pela sociedade contemporânea.

Sendo assim, a insatisfação corporal e a busca pelo corpo idealizado podem levar a adoção de práticas inadequadas para perda de peso, favorecendo o desenvolvimento de transtornos alimentares. Uma vez que a mídia enaltece a magreza, aqueles que não conseguem alcançá-la naturalmente optam por utilizar métodos não recomendados cientificamente para tentar se adequar ao padrão imposto (TIMERMAN; SCAGLIUSI; CORDÁS, 2010).

Transtornos alimentares

Os Transtornos alimentares são distúrbios patológicos complexos, marcados por alterações no comportamento alimentar associado a pensamentos e emoções (CLAUDINO; APPOLINÁRIO, 2000). São determinados por fatores genéticos, psicológicos e socioculturais (CÂNDIDO; CARMO; PEREIRA, 2014). Yager et al. (2005) destacam que provocações de

membros da família e amigos a respeito do corpo, atividades ligadas à manutenção da forma física (ginástica olímpica, ballet e moda) e traumas (estupro, abuso e morte de entes próximos) podem ser fatores causais dos distúrbios.

O *DSM-V* (2013) inclui como transtornos alimentares principais: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtorno de Compulsão Alimentar.

A AN caracteriza-se por ingestão calórica restritiva de forma voluntária e persistente, com consequente e acentuada perda de peso, levando o indivíduo a peso significativamente baixo, ou seja, inferior ao considerado mínimo normal (*DSM-V*, 2013). A restrição ocorre progressivamente, ou seja, no início apenas alimentos calóricos são evitados, mas com a evolução do quadro, passa-se a restringir outros componentes da alimentação (DUNKER; PHILIPPI, 2003).

Estima-se que a prevalência de AN por 12 meses em jovens do sexo feminino, seja de aproximadamente 0,4%. Não se encontram dados a respeito do sexo masculino, mas acredita-se que a proporção feminino-masculino seja de aproximadamente 10:1 (*DSM-V*, 2013).

A distorção da imagem corporal é um dos fatores que levam a AN. Existe nesses indivíduos um medo excessivo de ganhar peso, de forma que não há preocupação com a magreza, mesmo quando já se encontram em estágios grave de desnutrição (BRUCH, 1962). Além disso, de acordo com Beumont et al. (1981), os pacientes possuem medos e equívocos sobre alimentação e nutrição, o que leva a dificuldades em lidar com os alimentos.

Fatores temperamentais, como transtornos de ansiedade ou de obsessão na infância, podem ser de risco para o desenvolvimento da AN, assim como, ocupações, trabalhos e culturas que valorizam e incentivam a magreza. Parentes de primeiro grau de pessoas acometidas pelo transtorno também possuem maior tendência de desenvolvê-lo (*DSM-V*, 2013).

Segundo o *DSM-V* (2013), existem dois subtipos de AN. O primeiro, denominado tipo restritivo, refere-se ao não envolvimento, pelo indivíduo, em episódios de compulsão alimentar ou purgação durante os últimos três meses, ou seja, a perda de peso foi alcançada somente devido a dietas, jejuns e exercícios físicos intensos. O segundo subtipo, denominado de compulsão alimentar purgativa, caracteriza-se por episódios recorrentes de ingestão excessiva, seguidos de métodos de purgação, como uso frequente de diuréticos e laxantes, além da autoindução de vômitos.

Pode-se classificar a gravidade da doença, de acordo com o IMC do indivíduo em:

- Leve: IMC > 17 kg/m²;
- Moderada: IMC entre 16 e 16,99 kg/m²;
- Grave: IMC entre 15 e 15,99 kg/m²;
- Extrema: IMC < 15 kg/m²;

Como consequências dessa doença, pode-se observar amenorreia (ausência de menstruação), presença de lanugo (penugem corporal fina), anemia leve, problemas de sangramento, perda de densidade óssea mineral com áreas de osteopenia ou osteoporose, hipercolesterolemia e anormalidades nos sinais vitais. Além disso, sintomas psiquiátricos também podem ser constatados, como sintomas depressivos, características obsessivo-compulsivas, pensamentos inflexíveis e ideação suicida (*DSM-V*, 2013).

A BN é definida por episódios recorrentes de compulsão alimentar, seguido de métodos compensatórios para prevenção do ganho de peso. Estima-se que a prevalência de BN por 12 meses em jovens do sexo feminino seja de aproximadamente 1 a 1,5%, sendo a maior prevalência da doença em adultos, uma vez que o pico do transtorno ocorre no fim da adolescência e início da vida adulta. Não existem informações concretas a respeito do sexo masculino, mas acredita-se a que proporção feminino-masculino seja de aproximadamente 10:1 (*DSM-V*, 2013).

Durante o episódio de compulsão, há sensação de falta de controle sobre a ingestão e é consumido, em curto período de tempo, quantidades de alimentos excessivamente maiores que a maioria dos indivíduos consumiria sob circunstâncias semelhantes (*DSM-V*, 2013). Segundo Mitchell et al. (1998) a ingestão média é de três a quatro mil calorias por episódio, embora já tenham sido descritos episódios de até vinte mil calorias.

A compulsão alimentar ocorre geralmente devido a estresses interpessoais, restrições dietéticas, sentimentos negativos relacionados ao peso corporal, tédio, abuso sexual ou físico na infância, sintomas depressivos, fatores genéticos, obesidade infantil e maturação puberal precoce (*DSM-V*, 2013).

Os métodos compensatórios podem ser purgativos (vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes e/ou diuréticos) ou não purgativos (jejum e/ou prática excessiva de exercícios físicos). Além disso, ingestão de hormônio da tireoide e diminuição da dose de

insulina (em diabéticos) podem ser estratégias utilizadas por esses indivíduos para evitar o ganho de peso (*DSM-V*, 2013).

Para diagnóstico da BN, a compulsão alimentar e os métodos compensatórios devem ocorrer no mínimo uma vez por semana durante três meses, em média. A gravidade da doença é baseada na frequência com que os comportamentos compensatórios acontecem por semana:

- Leve: 1 a 3 episódios;
- Moderada: 4 a 7 episódios;
- Grave: 8 a 13 episódios;
- Extrema: 14 ou mais;

Pessoas com BN possuem autoavaliação influenciada pela forma e peso corporal, possuindo valorização excessiva destes fatores, além de apresentarem percepção física distorcida, baixa autoestima, ansiedade e perfeccionismo (*DSM-V*, 2013).

Dentre as consequências da BN, pode-se citar amenorreia e hipertrofia das glândulas salivares, principalmente da parótida. Além disso, podem ocorrer distúrbios hidroeletrólíticos decorrentes do comportamento purgativo, como hipocalcemia, hipocloremia, hiponatremia, alcalose metabólica (devido à perda de ácido gástrico pelo vômito) e acidose metabólica (devido ao abuso de laxantes e/ou diuréticos). É comum a perda permanente do esmalte dentário devido aos vômitos recorrentes, podendo haver lascas, corrosão e desgaste dos dentes e aumento da frequência de cáries dentárias. Além de formação de calos ou cicatrizes na superfície dorsal das mãos, devido ao contato repetido com os dentes na estimulação do reflexo do vômito. Podem existir ainda, ideação e comportamentos suicidas (*DSM-V*, 2013).

O TCA é caracterizado por episódios recorrentes de ingestão excessiva e acelerada de alimentos, acompanhados de sensação de perda de controle do consumo. Diferentemente da BN, não há posterior purgação na tentativa de se evitar o ganho de peso. Acredita-se que entre mulheres norte americanas com idade superior a 18 anos, a prevalência de TCA seja de 1,6%. Em relação aos homens de mesma faixa etária dessa população, estima-se que atinja 0,8% (*DSM-V*, 2013).

Para haver diagnóstico de compulsão alimentar, os episódios devem ocorrer, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses.

A gravidade da doença é baseada na frequência com que os episódios de compulsão alimentar ocorrem:

- Leve: 1 a 3 episódios;
- Moderada: 4 a 7 episódios;
- Grave: 8 a 13 episódios;
- Extrema: 14 ou mais episódios;

Esses episódios são acompanhados de sentimentos de angústia, nojo, culpa e vergonha. Segundo o *DSM-V* (2013), o TCA pode levar a problemas no desempenho social, prejuízo na qualidade de vida e maiores taxas de morbidades e mortalidade. Além disso, pode estar associado ao desenvolvimento de obesidade.

O perfil dos pacientes com TCA são: IMC elevado, alto consumo calórico, oscilações de peso rápidas ao longo da vida, maior dificuldade na perda de peso, acentuada insatisfação corporal e maior discrepância entre o peso real e o idealizado. Além disso, essas pessoas iniciam precocemente a preocupação com peso e realização de dietas, passando longos períodos tentando emagrecer, além de desenvolverem obesidade antecipadamente (COUTINHO, 1998). Pesquisa realizada por Coutinho (2000) demonstrou que cerca de 15% dos indivíduos que procuram tratamentos emagrecedores, sofrem de distúrbios alimentares.

Estudo realizado por Borges (1998) demonstrou que obesos com TCA apresentaram maiores oscilações de peso, IMC mais elevado, além de sintomas depressivos mais graves que obesos sem o distúrbio. Encontrou também uma frequência de 16% de TCA em mulheres obesas participantes de um programa de perda de peso.

Fatores de ordem psiquiátrica, como ansiedade e depressão podem ter relação com o comer compulsivo, uma vez que esse ato é usado como tentativa de alívio dessas alterações psíquicas vivenciadas pela população obesa (ALMEIDA; ZANATTA; REZENDE, 2012). Por outro lado, os estados emocionais positivos também podem ser fatores causais, sendo utilizadas como intensificador de sentimentos e objeto de celebração de momentos agradáveis (ESPÍNDOLA; BLAY, 2006).

As práticas compensatórias inadequadas para alcance do corpo desejado podem estar presentes no cotidiano de indivíduos que não necessariamente preenchem todos os critérios diagnósticos para os transtornos alimentares, mas já sendo um fator de risco para o desenvolvimento destes (*DSM-V*, 2013).

Enquanto o perfil de anoréxicos é o baixo peso, aqueles com BN se encontram geralmente dentro da faixa de eutrofia ou sobrepeso, podendo raramente apresentar obesidade.

O TCA pode ocorrer em indivíduos eutróficos ou com sobrepeso e obesidade (*DSM-V*, 2013). Segundo Geliebter (2002) aqueles que possuem TCA, costumam apresentar IMC maior que os com BN, devido à ingestão exagerada de alimentos sem purgação que promove o ganho de peso (DA COSTA; MACHADO; CORDÁS, 2010).

Embora o diagnóstico dos transtornos alimentares seja psiquiátrico, existem questionários que podem auxiliar na identificação de indivíduos de risco. O *EAT-26* proposto por Garner et al. (1982), traduzido para o português por Nunes et al (1994) e validado por Bighetti (2003) é um questionário de autopreenchimento que avalia a presença de padrões alimentares anormais que podem predispor o desenvolvimento de transtornos alimentares, ou seja, recusa alimentar patológica, comportamentos purgativos, influência do ambiente na ingestão alimentar e autocontrole sobre o ato de comer.

2.1 Justificativa

Diante do exposto acima é de suma importância que se compreenda mais profundamente as relações entre o consumo alimentar, insatisfação corporal e comportamento de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares, a fim de servir como subsídios para a criação de estratégias visando à melhoria da qualidade de vida dessa população.

3. OBJETIVOS

Objetivo geral

Avaliar a relação entre insatisfação Corporal, ingestão calórica e risco para Transtornos Alimentares em indivíduos com sobrepeso ou obesidade.

Objetivos específicos:

- Descrever as características gerais da amostra;
- Avaliar a insatisfação corporal em indivíduos com sobrepeso ou obesidade;
- Avaliar o risco para transtornos alimentares em indivíduos com sobrepeso ou obesidade;
- Avaliar as possíveis relações entre ingestão calórica, insatisfação corporal e risco para transtornos alimentares com idade, variação de peso e IMC.

4. METODOLOGIA

Este estudo originou-se de um projeto acadêmico realizado como parte das exigências da disciplina de Dietoterapia I, do curso de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) entre os anos de 2016 a 2019. O projeto tinha como princípio, o acompanhamento nutricional, ao longo de um período letivo, de um indivíduo com sobrepeso ou obesidade (IMC > 25,0 kg/m²) escolhido pelos graduandos, com consultas realizadas no ambulatório de Nutrição da UFOP. Totalizaram em média três consultas e um retorno (entrega do plano alimentar). Foram excluídos do atendimento: gestantes ou lactantes e indivíduos com menos de 18 anos. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UFOP (protocolo CAAE: 69497717.3.0000.5150).

Diante disso, iniciou-se o presente estudo transversal no segundo semestre do ano de 2019, com extração, tabulação e análise das variáveis de interesse obtidas durante os atendimentos. Projetos com ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, APÊNDICE A) assim como aqueles em que não havia o preenchimento do Registro de 72 horas (R72h, ANEXO A) foram excluídos.

Variáveis antropométricas

As medidas antropométricas extraídas do projeto foram peso inicial, altura, IMC inicial e variação do peso ao longo das consultas (em quilogramas). As variáveis sexo e idade foram informadas pelos participantes durante o atendimento.

4.1.1 Peso

O peso dos participantes foi aferido durante as três consultas do acompanhamento, utilizando-se uma balança antropométrica digital, posicionada em superfície plana, disponível no local do atendimento. Os participantes foram orientados a permanecer de pé no centro da plataforma da balança, com os braços ao longo do corpo mantendo o olhar em um ponto fixo a frente (JELLIFFE, 1968).

A variação do peso foi calculada subtraindo-se o peso da terceira consulta (peso final) pelo peso da primeira consulta (peso inicial), conforme a fórmula abaixo:

$$\textit{Variação de peso} = \textit{peso final} - \textit{peso inicial}$$

Dessa forma, os que tiveram resultado positivo, apresentaram ganho de peso ao longo das consultas, e os que tiveram resultado negativo, apresentaram perda de peso.

4.1.2 Estatura

Para aferição da estatura durante os atendimentos, foi utilizado o estadiômetro acoplado à balança digital e orientado aos participantes a permanência em posição ereta, descalço, com os pés unidos, de costas para o marcador e com a cabeça orientada em plano de Frankfurt, ou seja, horizontal perpendicular aos planos frontal e sagital (JELLIFFE, 1968).

4.1.3 IMC

A partir da aferição do peso e altura dos pacientes, os discentes calcularam o IMC dos participantes, utilizando-se a equação:

$$IMC = \frac{\textit{peso}}{(\textit{altura})^2}$$

Para classificação dos indivíduos, utilizaram-se os pontos de corte preconizados pela OMS (1995) conforme mostrado na tabela 1.

Tabela 1. Classificação do IMC para adultos, segundo a OMS, 1995.

IMC	Classificação
<18,5	Baixo Peso
≥18,5 e <25	Peso Adequado/ Eutrofia
≥25 e <30	Sobrepeso
≥30 e <35	Obesidade grau I
≥35 e <40	Obesidade grau II
≥40	Obesidade grau III

Avaliação dietética

A avaliação dietética ocorreu por meio da análise do Registro Alimentar de 72 horas, solicitado na primeira consulta (ANEXO A). O preenchimento pelos participantes ocorreu ao longo de três dias não consecutivos, incluindo um dia do fim de semana. Foi orientado que anotassem todos os alimentos, bebidas e suplementos, em medidas caseiras, assim como o modo de preparo dos alimentos e a marca, caso fossem industrializados. Após o recolhimento dos R72h, foram utilizados os programas *DietBox* e *Dietsmart* para cálculo das calorias consumidas. A média dos três dias foi calculada pelo programa *Excel 2016*.

Insatisfação corporal

Para a análise da insatisfação corporal, foi solicitado, durante as consultas, o preenchimento do questionário *BSQ-34* (ANEXO B), desenvolvido por Cooper, et al. (1987) e traduzido para o português por Cordás e Castilho (1994). A técnica consiste em um questionário autoaplicável, composto de 34 perguntas com seis opções de resposta: nunca = 1 ponto; raramente = 2 pontos; às vezes = 3 pontos; frequentemente = 4 pontos; muito frequentemente = 5 pontos; sempre = 6 pontos. O participante deveria responder, baseando-se na frequência em que vivenciou os eventos propostos pelas alternativas, nas últimas quatro semanas. Utilizou-se o somatório para classificar os participantes em: ausência de insatisfação (escore ≤ 110), insatisfação leve (escore >110 e ≤ 138), insatisfação moderada (escore >138 e ≤ 167) e insatisfação grave (escore > 167).

Dessa forma, indivíduos que obtiveram resultado inferior ou igual a 110 pontos foram classificados com ausência de insatisfação corporal. Os que obtiveram resultado superior a 110 pontos foram classificados com presença de insatisfação corporal, não se levando em conta o grau desta.

Risco para transtornos alimentares

Para identificação de risco para transtornos alimentares, os pacientes preencheram o questionário *EAT-26* (GARNER et al., 1982, NUNES et al., 1994, BIGHETTI, 2003), composto de 26 questões em formato de escala Likert, com seis opções gradativas de resposta: sempre = 3 pontos; muitas vezes = 2 pontos; frequentemente = 1 ponto; poucas vezes, quase nunca e nunca = 0. A questão 25 apresenta pontuação invertida, ou seja: sempre, muitas vezes e frequentemente = 0; poucas vezes = 1 ponto; quase nunca = 2 pontos e nunca = 3 pontos (ANEXO C).

As questões do questionário são distribuídas em três fatores: 1) dieta: Os 13 primeiros itens refletem a recusa patológica a alimentos calóricos e preocupação excessiva com o aspecto corporal; 2) Os 6 itens seguintes dizem respeito a BN: referem-se a pensamentos sobre comida e episódios de compulsão alimentar, seguidos por comportamentos de compensação para evitar o ganho de peso; 3) autocontrole oral: Os 6 últimos itens refletem o autocontrole em relação à comida e avalia as forças ambientais e sociais capazes de estimular a ingestão.

Aqueles que obtiveram somatório inferior a 21 pontos, foram classificados com ausência de risco para distúrbios alimentares, enquanto os que obtiveram pontuação igual ou superior a 21, foram classificados com presença de risco (GARNER et al., 1982).

Análises estatísticas

Os dados foram tabulados a partir dos registros obtidos ao longo das consultas, utilizando-se o programa *excel 2016*. As variáveis *BSQ-34* (ANEXO B) e *EAT-26* (ANEXO C) foram categorizadas. O restante se manteve de forma contínua (idade, IMC, variação de peso e ingestão calórica). Os indivíduos foram agrupados, segundo as variáveis, em:

- 1) Ausência de risco para transtornos alimentares, se $EAT-26 = 0$
 Presença de risco para transtornos alimentares, se $EAT-26 = 1$
- 2) Ausência para insatisfação corporal, se $BSQ-34 = 0$
 Presença de insatisfação corporal, se $BSQ-34 = 1$
- 3) Sobrepeso, se $IMC \geq 25,0$ e $\leq 29,9$ kg/m²
 Obesidade, se $IMC \geq 30,0$ kg/m²

As análises estatísticas foram feitas por meio do programa *GraphPad Prism 6*. A normalidade dos dados foi verificada por meio dos testes de *Komogorov-Smirnov*, *Shapiro-Wilk* e *D'Agostino-Pearson*. Amostras não paramétricas foram primeiramente normalizadas por meio do percentual, definindo-se em 0% o menor valor e em 100% o maior valor. A partir do teste *t* de *student*, avaliou-se a presença de diferença significativa entre as médias das variáveis. Adotou-se significância estatística de 5%.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentação das características gerais da amostra

A amostra do presente estudo foi composta de 38 indivíduos, sendo 84,2% do sexo feminino. As médias do IMC e das pontuações do *BSQ-34* e *EAT-26* indicam obesidade grau 1, presença de insatisfação corporal leve e ausência de risco para transtornos alimentares. O *BSQ-34* apresenta n = 34 devido ao não preenchimento do questionário por 4 participantes (Tabela 2).

Tabela 2. Análise Descritiva da amostra total (n = 38)

	N	Limite inferior	Limite superior	Média
Sexo	38			
Feminino	32			
Masculino	06			
Idade (anos)	38	18	53	30,2
IMC (kg/m²)	38	26,04	45,0	33,01
<i>BSQ-34</i> (score)	34	54	182	113,32
<i>EAT-26</i> (score)	38	5	33	17,97
Ingestão Calórica (kcal)	38	690,10	4202,0	1725,29

A maior frequência de mulheres na amostra corrobora o estudo realizado por Oliveira, Lorenzatto e Fatel (2008), que objetivando traçar o perfil de indivíduos que buscam atendimento nutricional, também demonstrou maior prevalência de mulheres (79,4%). Segundo Muth e Cash (1997), as mulheres investem mais na própria aparência quando comparadas aos homens, devido à íntima ligação entre beleza feminina e magreza. Feltrin et al. (2009) demonstraram que 93,35% dos usuários de anorexígenos na população analisada em seu estudo, eram do sexo feminino.

A amostra foi classificada de acordo com o IMC em sobrepeso (IMC entre 25- 29,9 kg/m²) e obesidade (IMC igual ou superior a 30 kg/m²). Conforme mostrado na tabela 3, foi encontrada maior prevalência de indivíduos obesos.

Tabela 3. Classificação da amostra segundo IMC

Classificação do IMC	N	%
Sobrepeso	12	31,58
Obesidade	26	68,42
Total	38	100

Foi priorizado pela docente da disciplina de Dietoterapia I, o acompanhamento nutricional de um paciente obeso, sendo o sobrepeso uma opção no caso de impossibilidade de obtenção do primeiro. Conforme demonstrado na tabela 3, a maior parte dos alunos conseguiu acompanhar um paciente com obesidade.

Os participantes que efetuaram o preenchimento do *BSQ-34* (n=34) foram classificados com presença ou ausência de insatisfação com a imagem corporal, de acordo com os pontos obtidos. Nota-se maior prevalência de indivíduos satisfeitos com a imagem corporal (tabela 4), resultado divergente ao encontrado pela média da população.

Tabela 4. Insatisfação com a imagem corporal dos participantes de acordo com o *BSQ-34*.

Insatisfação com a imagem corporal	N	%
Presença	16	47,06
Ausência	18	52,94
Total	34	100

Embora a literatura demonstre alta prevalência de insatisfação com a imagem corporal em pessoas com sobrepeso e obesidade (SAUR; PASIAN, 2008; DA SILVA; LANGE, 2010; MORAES, 2016; PETRY; JUNIOR, 2019), no presente estudo houve maior frequência de satisfação corporal. Isso pode estar relacionado à identificação com a autoimagem por parte destes pacientes, o que leva a uma relação positiva com o próprio corpo, não se permitindo influenciar pela mídia e âmbito social (MACEDO et al., 2015).

Os indivíduos foram classificados com presença ou ausência de risco para desenvolvimento de transtornos alimentares de acordo com a pontuação obtida no *EAT-26*. A tabela 5 mostra prevalente ausência de risco para o transtorno nessa população.

Tabela 5. Risco para Transtornos Alimentares da população estudada, segundo EAT-26.

Risco para Transtornos Alimentares	N	%
Positivo	14	36,84
Negativo	24	63,16
Total	38	100

Conforme considerado pela literatura, a insatisfação corporal está intimamente associada ao desenvolvimento de transtornos alimentares (SAIKALI et al, 2004; ALMEIDA, 2012; COELHO, 2015). Dessa forma, em uma população com predominância de satisfação corporal, é esperado que não se tenha prevalência de transtornos alimentares, como observado no presente estudo.

A tabela 6 apresenta a média de variação de peso entre os participantes, e mostra maior prevalência de sucesso no tratamento, com média de perda de peso de aproximadamente 2kg.

Tabela 6. Variação de peso dos participantes ao longo do acompanhamento.

Variação de peso	N	%	Média de variação (kg)
Perda	25	65,79	1,9
Ganho	13	34,21	1,67
Total	38	100	

Segundo Oliveira e Da Silva (2014), vários elementos agem em conjunto para que o indivíduo não alcance a perda de peso esperada. Fatores como falta de dinheiro e tempo para adquirir e preparar alimentos mais saudáveis levam ao consumo de alimentos altamente calóricos, por serem comumente de fácil preparo. Entretanto, o desenvolvimento de

comportamentos alimentares anormais, como na BN e no TCA, podem levar ao ganho de peso, devido ao balanço energético positivo.

Fatores associados à insatisfação corporal

A figura 1 mostra os resultados da relação da insatisfação corporal, medida pelo *BSQ-34*, e as seguintes variáveis: idade (A), IMC (B), variação de peso (C), *EAT-26* (D) e ingestão calórica (E). Observou-se que não houve diferença na idade, no IMC e na variação de peso em relação ao resultado do *BSQ-34* (figura 1; A-C). No entanto, os pacientes que foram classificados com *BSQ-34* positivo, apresentaram maior risco para transtornos alimentares e menor ingestão calórica (figura 1; D-E).

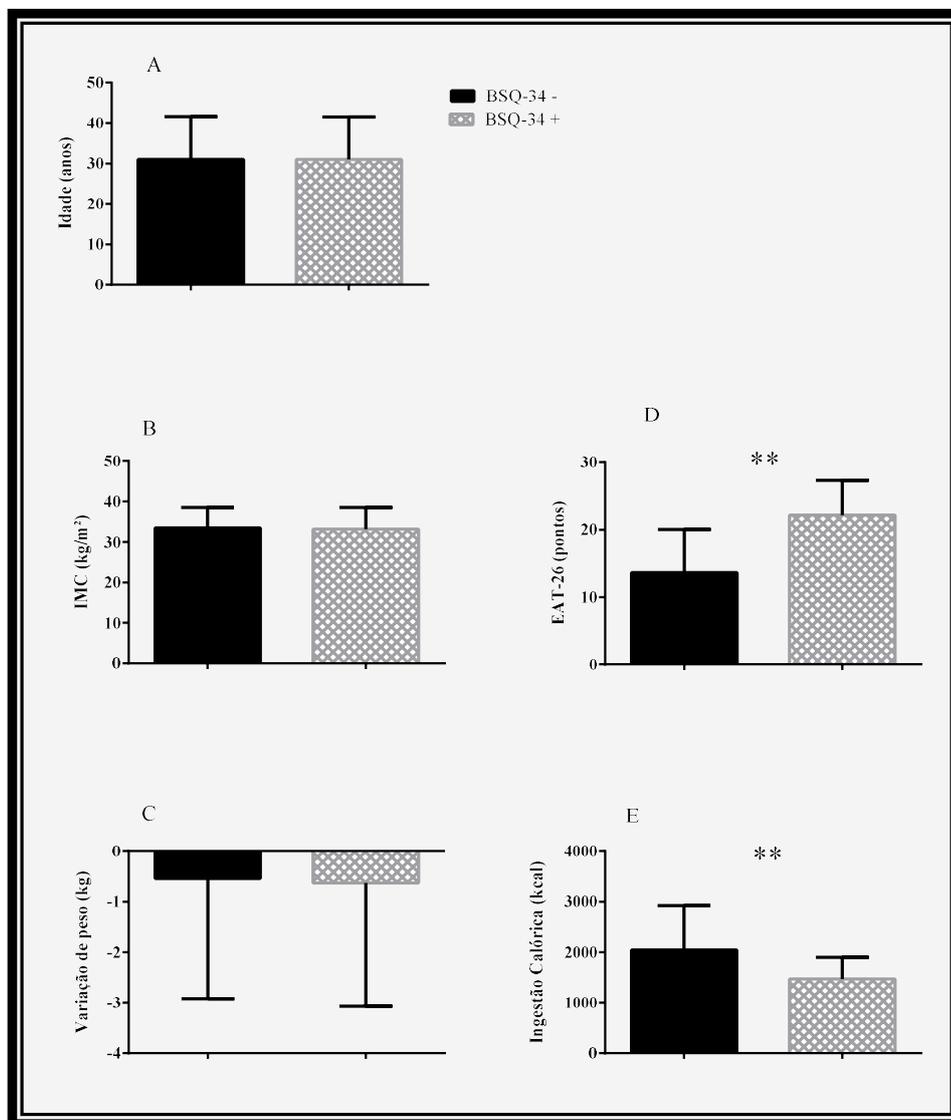


Figura 1. Comportamento de variáveis mediante o BSQ-34 segundo o teste *t* de *student* e significância de *p* menor ou igual a 0,05 (**).

De acordo com Tiggermann e Lynch (2001), o aumento da idade pode levar a um distanciamento das mulheres do padrão de beleza magro e jovem, tendo como consequência a piora da imagem corporal. Entretanto, o resultado encontrado neste estudo demonstra que a idade não diferiu entre pessoas satisfeitas e insatisfeitas com sua imagem corporal. Assim como Souto et al. (2016) que ao pesquisarem imagem corporal em mulheres adultas, de meia idade e idosas, identificaram que a insatisfação com o próprio corpo ocorreu independente da faixa etária. Braga (2006), estudando jovens de faixa etária média de 22,3 anos, também não identificou relação significativa entre idade e distúrbios de imagem corporal.

Embora a literatura demonstre que indivíduos obesos apresentam maior insatisfação corporal quando comparados aos com sobrepeso (TESSMER et al., 2006; CAMARGOS; RAMOS, 2008; MIRANDA et al., 2012; DA ROSA et al., 2015), no presente estudo não foi possível perceber relação entre o IMC e o resultado do *BSQ-34*.

Estudos mostram que mulheres obesas com TCA apresentaram maiores pontuações no *BSQ-34*, indicando maior insatisfação com a imagem corporal quando comparadas a mulheres sem o transtorno (MOREIRA; BATISTA, 2007; COSTA et al., 2010). Assim como Bosi, Uchimura e Luiz (2009) que, ao analisarem estudantes de psicologia, perceberam associação significativa entre insatisfação corporal e tendência para transtornos alimentares, assim como encontrado no presente estudo.

A insatisfação corporal em mulheres com sobrepeso e obesidade parece estar relacionada ao desconforto com o excesso de peso, devido à crença atual de que beleza é sinônimo de corpo magro e esbelto (CURI; JÚNIOR, 2012). Devido a isso, mulheres obesas tendem a apresentar maior distorção do corpo, o que pode ter como consequência a restrição do consumo alimentar diário pela tentativa de reversão do excesso de peso, ou ainda métodos de purgação para compensar o excesso calórico ingerido.

Souto e Ferro-Bucher (2006) identificaram maior rigidez na prática de dietas por parte dos portadores de AN e BN. Já os indivíduos com TCA tendem a se envolver em diferentes dietas, além de buscar incessantemente profissionais para promoção do emagrecimento, devido ao descontrole diante da ingestão calórica.

A ingestão calórica reduzida nos indivíduos com insatisfação corporal corrobora o encontrado por Costa e Vasconcelos (2010) estudando universitárias. O EN e a prática de regimes para emagrecer se mostraram associados à insatisfação corporal. Alunas com obesidade apresentaram maior insatisfação corporal enquanto as com baixo peso apresentaram altas prevalências de satisfação com a autoimagem.

Fatores associados ao risco para transtornos alimentares

A figura 2 mostra a relação do risco para transtornos alimentares medido pelo EAT-26, sobre as seguintes variáveis: idade (A), IMC (B), variação de peso (C), BSQ-34 (D) e ingestão calórica (E). Observou-se que a idade, o IMC e a variação de peso não diferiram em relação ao resultado do *EAT-26* (figura 2; A-C). No entanto, os pacientes que apresentaram *EAT-26* positivo, apresentaram maior insatisfação corporal e menor ingestão calórica (figura 2; D-E).

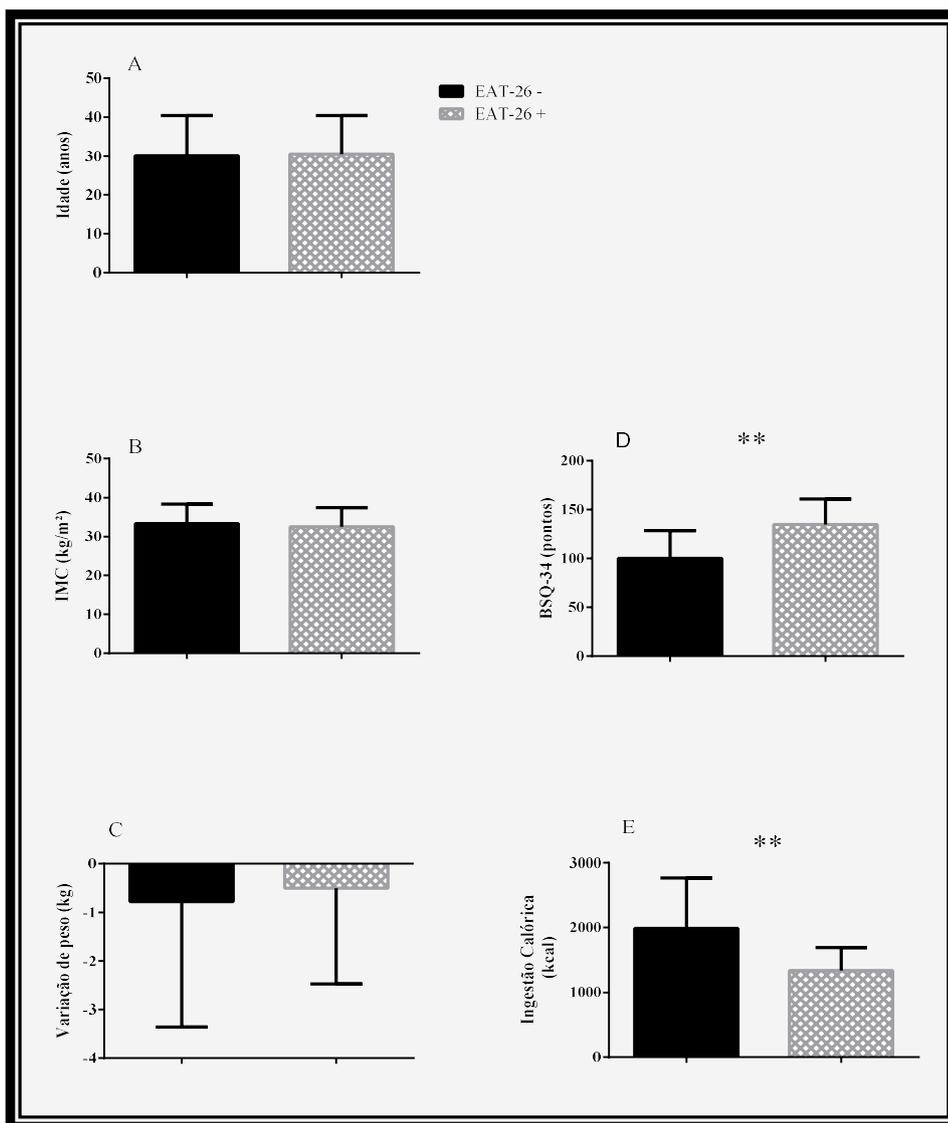


Figura 2. Comportamento das variáveis mediante o (*EAT-26*), segundo o teste *t* de *student* e significância de *p* menor ou igual a 0,05 (**).

A literatura demonstra que alguns transtornos alimentares costumam ter início precoce. A AN geralmente se inicia na adolescência, entre 13 e 17 anos. Apesar disso, encontram-se também casos com início na infância e após os 40 anos. A BN pode ocorrer nos últimos anos da adolescência ou até os 40 anos, embora a média de idade para o início do transtorno, seja em torno de 20 anos (SAITO; SILVA, 2001; PHILIPPI; ALVARENGA, 2004). O TCA ocorre geralmente na população feminina jovem, entre 12 e 28 anos (CORDÁS, 2004). Isso demonstra que o surgimento de transtornos alimentares pode ocorrer independente da idade. Na presente pesquisa não foi encontrada relação entre idade e *EAT-26*, corroborando outros estudos (MATTOS et al., 2004; ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2011; PALMEIRA; SILVA, 2016).

Wietzikoski (2014) verificou que indivíduos com obesidade obtiveram escores mais significativos em questionários sobre transtornos alimentares que os eutróficos, concluindo que o EN contribui para elevar o risco do desenvolvimento de TCA. Apesar disso, no presente estudo não foi observada relação entre as duas variáveis.

A associação de beleza, sucesso e felicidade a um corpo magro torna cada vez mais frequente o número de pessoas buscando dietas abusivas e formas inadequadas de promoção do emagrecimento (VASCONCELOS, 2006). Segundo Souto e Ferro-Bucher (2006) a prática de dietas representa um risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares até 18 vezes maior. NASCIMENTO et al (2018), explicam que o desenvolvimento de dietas restritivas, na tentativa de alcance do padrão de magreza, priva emocionalmente os indivíduos de prazeres relacionados à alimentação, levando à frustração devido à não participação do contexto social diante do ato de se alimentar.

Estudo realizado por De Zwaan (1997) encontrou que pacientes com compulsão alimentar mais grave apresentam histórico mais longo de experiências com dietas. Fato este que pode ser exemplificado pelo quadro E da figura 2, em que a ingestão calórica dos indivíduos com tendência para transtornos alimentares é inferior quando comparada aos indivíduos sem risco para o transtorno, concluindo-se que a dieta e a compulsão alimentar estão intimamente relacionadas.

Fatores associados ao IMC

A figura 3 mostra os resultados da relação entre o EN, obtido pelo IMC e as seguintes variáveis: Idade (A), *BSQ-34* (B), variação de peso (C), *EAT-26* (D) e ingestão calórica (E). Observou-se que a idade, o *BSQ-34*, a variação de peso e o *EAT-26* não foram influenciados pela classificação do IMC (figura 3; A-D). No entanto, os pacientes que apresentaram obesidade, relataram menor ingestão calórica (figura 3E).

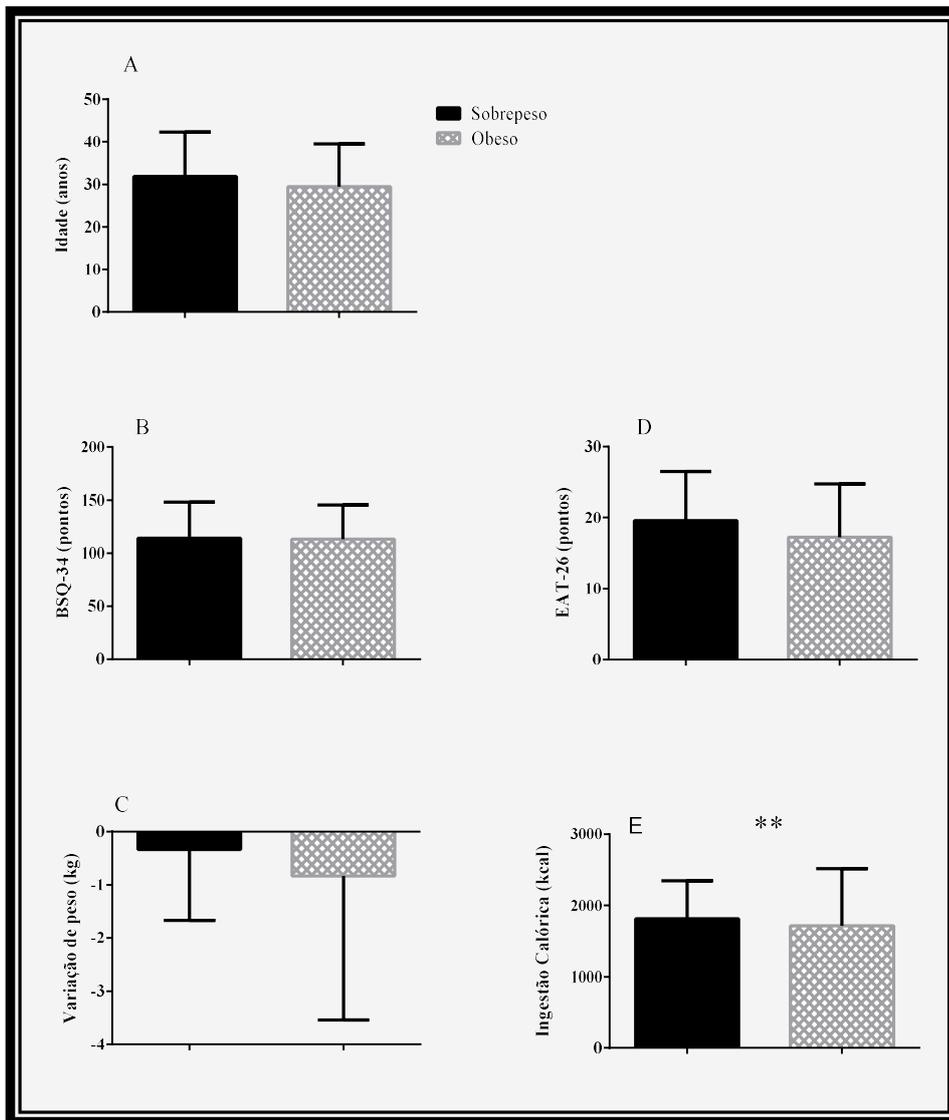


Figura 3. Comportamento de variáveis mediante o IMC segundo o teste *t* de *student*, e significância de *p* menor ou igual a 0,05 (**).

De acordo com Sidney et al. (1998) o peso corporal tende a aumentar progressivamente dos 20 aos 50 anos, devido a manutenção da ingestão calórica e redução da

massa muscular, levando a queda do metabolismo basal e balanço calórico positivo (BARRA et al., 2000). Em mulheres, é comum o aumento de peso após a menopausa, devido a mudanças na distribuição de gordura (KIRSCHENGAST, 1994). Entretanto, estudo realizado por Venturini et al., (2013), mostrou que a prevalência da obesidade em idosos sofreu redução de 30,6% com o aumento da idade. Apesar disso, no presente estudo não foi observada relação entre a idade e o EN.

Estudo realizado por Nunes et al (2001) mostrou que a percepção do IMC acarretou em um risco de 1,86 mais chances das mulheres com excesso de peso apresentarem comportamentos alimentares anormais, podendo estar associados a uma dificuldade da mulher obesa em aceitar o próprio corpo. A maior frequência de TCA está relacionada à população com sobrepeso ou obesidade, devido às tentativas repetidas de dietas e a frustração diante do descontrole da ingestão (SPITZER et al., 1993). Assim como o estudo realizado por Dos Reis e Soares (2017), avaliando estudantes do curso de nutrição, encontrou que aquelas com excesso de peso apresentaram mais chance de desenvolver transtornos alimentares. Apesar disso, não foi constatado, no presente estudo, relação entre IMC e *EAT-26*.

Foi encontrado no presente estudo que a ingestão calórica foi menor em indivíduos com obesidade, quando comparados aos com sobrepeso. Fonseca, Veiga e Sichieri (1998), ao compararem o consumo alimentar de indivíduos obesos e eutróficos, demonstraram que o consumo dos primeiros foi semelhante ou menor que o relatado pelo segundo grupo, demonstrando uma tendência dos obesos a subestimar o próprio consumo.

Além disso, outros fatores podem colaborar para essa subestimação. São comuns, por exemplo, erros no momento do preenchimento do R72h, como omissão de algum alimento por esquecimento ou propositalmente, bem como mudança no comportamento durante o período de preenchimento do R72h. Além de todos esses fatores, a dificuldade na mensuração correta do consumo pode se comportar como um viés em estudos com análise do registro alimentar (RUTISHAUSER, 2005).

A presente pesquisa é uma das primeiras a quantificar a ingestão calórica para relacioná-la com insatisfação corporal e risco para transtornos alimentares. Além disso, é um dos poucos estudos que compara a relação da idade, ingestão calórica e variação de peso entre indivíduos com sobrepeso e obesidade, visto que a maioria das pesquisas engloba os dois públicos, denominando-os como excesso de peso e os comparando com os eutróficos.

Para avaliar a presença de atitudes alimentares de risco foi utilizado o *EAT-26*. Embora este recurso seja eficiente e sem custo, vale ressaltar que em caso de resultados em que há comportamento de risco para transtornos alimentares, o *EAT-26* não é capaz de distinguir qual o distúrbio em questão. Dessa forma, torna-se indispensável a utilização de outros testes específicos para identificação do tipo de transtorno alimentar. Além disso, não se sabe ao certo a relação de causa e consequência entre as variáveis com relação significativa, sendo necessários estudos mais aprofundados para melhor conhecimento.

6. CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados, conclui-se que a percepção da imagem corporal possui mais influência sobre a ingestão alimentar que o valor do IMC, uma vez que aqueles que obtiveram resultados positivos para *BSQ-34*, apresentaram maior comportamento de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, com ingestão calórica reduzida. Foi observado ainda, que idade e variação de peso não diferiram em relação à insatisfação corporal, ao comportamento de risco para transtornos alimentares e ao IMC. Sendo assim, a autopercepção corporal possui maior capacidade de influenciar o comportamento alimentar de risco que o EN.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G.; LOUREIRO, S. R.; SANTOS, J. E. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 15, n. 2, p. 283-292, 2002.

ALMEIDA, S. G. A influência da imagem corporal como causa de transtornos alimentares em adolescentes escolares de uma escola da rede particular de Brasília. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 16, n. 6, p. 105-117, 2012.

ALMEIDA, S. S.; ZANATTA, D. P.; REZENDE, F. F. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 1, p. 153-160, 2012.

ALVARENGA, M. D. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. (2011). Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 1, p. 03-07, 2011.

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: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition. Arlington, VA: **American Psychiatric Association**, 2013

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. 4.ed. São Paulo, 2016.

BARRA, M. G. B. et al. Comparação do padrão de atividade física e peso corporal total progressos e atuais entre graduandos e mestre em Educação Física. **Revista Brasileira em Ciência do Esporte**, v. 21, p. 30-35, 2000.

BEUMONT, P. J. V. et al. The diet composition and nutritional knowledge of patients with anorexia nervosa. **Journal of Human Nutrition**. v. 35, p. 265-273, 1981.

BIGHETTI, F. Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto - SP [dissertação]. Ribeirão Preto: **Universidade de São Paulo**; 2003.

BORGES, M. B. F. Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em população de obesos e sua associação com depressão e alexitimia [dissertação]. São Paulo: **Universidade Federal de São Paulo**; 1998.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y.; LUIZ, R. R. Eating Behavior and Body Image among Psychology Students. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 58, p. 150-155, 2009.

BRAGA, A. C. R. Body shape questionnaire em universitários no Sul de Minas Gerais [dissertação]. **Universidade Federal de São Paulo**; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco de proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: **Ministério de Saúde**, 2019. 133p.

BRUCH, H. Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. **Psychosomatic Medicine**, v. 24, n. 2, p. 187-194, 1962.

CALLE, E. E. et al. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of US adults. **Journal of Medicine**, v. 341, n. 15, p. 1097-1105, 1999.

CAMARGOS, J. R.; RAMOS, M. Distorção de imagem corporal e obesidade em frequentadores do Pampulha Iate Clube de Belo Horizonte - MG. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 2. p. 139-148, 2008.

CÂNDIDO, A. P. C.; CARMO, C. C.; PEREIRA, P. M. L. Transtornos Alimentares: uma revisão dos aspectos etiológicos e das principais complicações clínicas. **HU Revista**, v. 40, n. 3 e 4, p. 173-181, 2014.

CARELS, R. A.; MUSER-EIZENMAN, D. R. Individual differences and weight bias: Do people with an anti-fat bias have a pro-thin bias? **Body Image**, v. 7, n. 2, p. 143-148, 2010.

CLAUDINO, A. M.; APPOLINÁRIO, J. C. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 2, n. 22, p. 28-31, 2000.

CLAUDINO, A. M.; BORGES, M. B. F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Revista brasileira de Psiquiatria**, v. 3, n. 24, p. 7-12, 2002.

COELHO, C. G. Imagem corporal e comportamentos relacionados à saúde em adultos: estudo longitudinal de saúde do adulto (elsa-brasil), 2008-2010 [tese]. **Universidade Federal de Minas Gerais**, 2015.

COOPER, P. J. et. al. The development and validation of the body shape questionnaire. **International Journal of Eating Disorders.**, v. 6, p. 485-494, 1987.

CORDÁS, T. A. Transtornos Alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 154-157, 2004.

CORDÁS, T. A.; CASTILHO, S. Imagem corporal nos transtornos alimentares- instrumento de avaliação “Body Shape Questionnaire”. **Revista Psiquiátrica Biológica**, v. 2, n.1, p. 17-21, 1994.

COSTA L. C. F.; VASCONCELOS F. A. G. Influência de fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais na insatisfação com a imagem corporal de universitárias em Florianópolis, SC. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 665-676, 2010.

COUTINHO, W. Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica na população de obesos [tese]. São Paulo: **Universidade Federal de São Paulo**, 2000.

COUTINHO, W. Comer compulsivo. In: Obesidade. São Paulo: **Lemos Editorial**. p. 209-216, 1998.

COUTINHO, W.; POVOA, L. C. Comer compulsivo e obesidade. In: Nunes MAA, Appolinario JC, Abuchaim ALG, Coutinho W, eds. Transtornos alimentares e obesidade. **Artmed**, p. 203-206, 1998.

CURI, G. I.; JÚNIOR, C. R. B. Prevalência de distorção da imagem corporal em mulheres eutróficas com sobrepeso e obesas frequentadoras de academia de ginástica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 5, n. 25, p. 17-23, 2012.

DA COSTA, R. F.; MACHADO, S.C.; CORDÁS, T. A. Imagem corporal e comportamento sexual de mulheres obesas com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 1, p. 27-31, 2010.

- DAMASCENO, V. O. et al. Imagem corporal e corpo ideal. **Revista brasileira de ciência e movimento**, v. 14, n. 2, p. 81-94, 2008.
- DA ROSA JUNIOR, C. R. R. et al. Correlações entre insatisfação corporal, estado nutricional e comportamentos de checagem do corpo em profissionais de Educação Física atuantes em academias de ginástica. **HU Revista**, v. 41, n.1 e 2, p. 65-70, 2015.
- DA SILVA, G. A.; LANGE, E. S. N. Imagem corporal: a percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. **Psicologia Argumento**, v. 28, n. 60, p. 43-54, 2010.
- DE ALMEIDA, G. A. N. et al. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: Estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 1, p. 27-35, 2005.
- DE ZWAAN, M. Status and utility of a new diagnostic category: Binge eating disorder. **European Eating Disorders**, v. 5, n. 4, p. 226-240, 1997.
- DOS REIS, A. S.; SOARES, L. P. Estudantes de nutrição apresentam risco para transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Ciência da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 281-290, 2017.
- DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**. v. 46 Suppl. 1, p. 126-134, 2012.
- DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 1, p. 51-60, 2003.
- ESPÍNDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Revista de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 265-275, 2006.
- ESTRATÉGIA GLOBAL EM ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE. **Assembleia Mundial da Saúde**, 2004.
- FELTRIN, C. A. et al. Medicamentos anorexígenos – Panorama da dispensação de farmácias comerciais de Santa Maria (RS). **Revista Saúde**, v. 35, n. 1, p. 46-51, 2009.
- FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F. F. R. Imagem corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa. Juiz de Fora: **Editora UFJF**, 2014.
- FONSECA, V. M.; VEIGA, G. V.; SICHIERI, R. Fatores associados à obesidade em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, p. 541-549, 1998.

- GARNER, D. M. et al. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. **Psychological Medicine**, v. 12, n. 4, p. 871-878, 1982.
- GARROW, J. S. Obesity and related diseases. **Appetite**, v. 13, n. 3, p. 233-223, 1988.
- GELIEBTER, A. New developments in binge eating disorder and the night eating syndrome. **Appetite**, v. 39, n. 2, p. 175-177, 2002.
- HUBBARD, V. S. Defining overweight and obesity: what are the issues? **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 72, p. 1067-1068, 2000.
- JELLIFFE, D. B. Evolución del estado de nutrición de la comunidad. Ginebra: **Organización Mundial de la Salud**, 1968.
- KIRSCHENGAST, S. Interaction between sex hormone levels and body dimensions in postmenopausal. **Human Biology**, v. 66, n. 3, p. 481, 1994.
- LEÃO, J. M. Imagem corporal e marcadores de risco para transtornos alimentares em adolescentes de Ouro Preto, MG [dissertação]. **Universidade Federal de Ouro Preto**, 2012.
- MACEDO, T. T. S. D. et al. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 505-510, 2015.
- MATTOS, P. et al. Transtornos alimentares comórbidos em uma amostra clínica de adultos com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 248-250, 2004.
- MENZEL, J. E.; KRAWCZYK, R.; THOMPSON, J. K. 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.
- MIRANDA, V. P. N. et al. Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n.1, p. 25-32, 2012.
- MITCHELL, J. E. et al. Feeding laboratory studies in patients with eating disorders: A review. **International Journal of Eating Disorders**, v. 24, n. 2, p. 115-124, 1998.
- MORAES, J. M. M. Fatores associados à insatisfação corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares entre estudantes de nutrição. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 17, n. 2, p. 106-111, 2016.

MOREIRA, R. O.; BATISTA, A. P. Insatisfação com a imagem corporal em mulheres obesas: a importância do transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 1, p. 130-131, 2007.

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.

MUTH, J. L.; CASH, T. F. Body-image attitudes: What differences does gender make? **Journal of Applied Social Psychology**, v. 27, p. 1438-1452, 1997.

NASCIMENTO, C. et al. A influência das dietas restritivas e o desenvolvimento de transtornos alimentares. **International Journal of Neurology**, 2018.

NUNES, M. A. et al. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 23, n. 1, p. 21-27, 2001.

NUNES, M. A. et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria/Asociación Psiquiátrica de la America Latina**, v. 16, n.1, p. 7-10, 1994.

OBESIDADE E EXCESSO DE PESO. **Organização Mundial da Saúde**, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 05 out. 2019.

OLIVEIRA, A. F.; LORENZATTO, S.; FATEL, E. C. S Perfil de Pacientes que procuram atendimento nutricional. **Revista Salus**, v. 2, n. 1, p. 13-21, 2008.

OLIVEIRA, A. P. D. S. V.; DA SILVA, M. M. Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 74-82, 2014.

OLIVEIRA, L. H.; ALMEIDA, P. Obesidade: Aspectos gerais dos fatores, tratamento e prevenção. *Revista da Faculdade Guairacá – Caderno de Ciências da Saúde*, v. 4, n. 2, p. 34-46, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Obesidade: prevenção e controle da epidemia global. Geneva: **Organização Mundial da Saúde**, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Obesidade. Prevenção e controle da epidemia global. Relatório da consultoria da OMS. Geneva: **Organização Mundial da Saúde**, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estado físico: uso e interpretação da antropometria. Geneva: **Organização Mundial da Saúde**, 1995.

PALMEIRA K. D. F.; SILVA M. S. Uma abordagem transversal dos fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em universitárias do curso de ciências biológicas da Universidade Estadual de Alagoas. **Diversitas Journal**, v. 1, n. 2, p. 156-168, 2016.

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.

PETRY, N. A.; JUNIOR, M.P. Avaliação da insatisfação com a imagem corporal de praticantes de musculação em uma academia de São José- SC. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v.13, p. 2019-2026, 2019.

PHILIPPI S. T.; ALVARENGA, M. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. In: CORDÁS, T.A, SALZANO, F. T, RIOS, S. R. **Os Transtornos Alimentares e a Evolução no Diagnóstico e no Tratamento**. p. 39-62, 2004.

PIMENTA, A. M. 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.

PIMENTEL, A. Imagem corporal real e imagem ideal em adultos obesos. **Revista Paraense de Medicina**, v. 21, n. 3, p. 37-40, 2007.

PROJETO DIRETRIZES. Obesidade: etiologia. **Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, 2005

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

ROCHA, M. C. Estudo comparativo sobre a auto-imagem de mulheres com diagnóstico de anorexia e bulimia nervosa por meio do método das manchas de tinta de Rorschach [defesa]. **Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**, 2008.

- RUTISHAUSER, I. H. Dietary intake measurements. **Public Health Nutrition**, v. 8, n. 7, p. 1100-1107, 2005.
- SAIKALI, C. J. et al. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 31, n. 4, p. 164-166, 2004.
- SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. Adolescência: prevenção e risco. In: CERESER M. G.; CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia. **Atheneu**. p. 269-276, 2001.
- SALVE, M. G. C. Obesidade e peso corporal: riscos e consequências. **Movimento & Percepção**, v. 6, n. 8, p. 29-48, 2006.
- SATO, P. M. 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.
- SAUR, A. M.; PASIAN, S. R. Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 2, p. 199-209, 2008.
- SCHILDER, P. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. 3. ed. **São Paulo: Martins Fontes**, 1999.
- SIDNEY, S. et al. Seven-year change in graded exercise treadmill test performance in young adults in the CARDIA study. Cardiovascular Risk Factors in Young Adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 30, n. 3, p. 427-433, 1998.
- SLADE, P. D. What is body image? **Behaviour Research and Therapy**, v. 32, n. 5, p. 497-502, 1994.
- SLOCHOWER, J.; KAPLAN, S.P. Anxiety perceived control, and eating in obese and normal weight persons. **Apetite**, v. 1, p. 75-83, 1980.
- SOUTO, S.; FERRO-BUCHER, J. S. N. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 6, p. 693-604, 2006.
- SOUTO, S. G. Vivências e significados dos transtornos alimentares através da narrativa de mulheres [dissertação]. **Universidade Federal do Ceará**; 2002

SOUTO, S. V. D. et al. Imagem corporal em mulheres adultas vs. meia-idade e idosas praticantes e não praticantes de hidroginástica. **Motricidade**, v. 12, n. 1, p. 53-59, 2016.

SOUZA, A. C. 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.

SPITZER, R. L. et al. Binge Eating Disorder: its further validation in a multisite study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 13, p. 137-153, 1993.

STICE, E.; SHAW, H. E. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 53, n. 5, p. 985-993, 2002.

STICE, E.; TRISTAN, J. Sociocultural pressures and body image disturbances: A comment on Cafri, Yamamiya, Brannick, and Thompson. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 12, n. 4, p. 443-446, 2005.

TESSMER, C. S. et al. Insatisfação corporal em frequentadores de academia. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 14, n. 1, p. 7-12, 2006.

TIGGERMANN, M.; LYNCH, J. E. Body image across the life span in adult women: The role of self-objectification. **Developmental Psychology Journal**, v. 7, n. 2, p. 243-253, 2001.

TIMERMAN, F.; SCAGLIUSI, F. B.; CORDÁS, T. A. 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.

VASCONCELOS, S. M. A. T. Influência da mídia na incidência dos transtornos alimentares [defesa]. **Centro Universitário de Brasília**, 2006.

VENTURINI, C. D. et al. A. Prevalência de obesidade associada à ingestão calórica, glicemia e perfil lipídico em uma amostra populacional de idosos do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 591-601, 2013.

WIETZIKOSKI, E. C. et al. Prevalência de compulsão alimentar periódica em indivíduos do sudoeste do Paraná. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 18, n. 3, 2014.

YAGER, J. et al. Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. **Focus**, v. 3, n. 4, p. 546-551, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PERTO
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO CLÍNICA E SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “ATENÇÃO NUTRICIONAL NA SÍNDROME METABÓLICA - NUTRISIM”, coordenado pela professora Júlia Cristina Cardoso Carraro, da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto. Este estudo tem como objetivo avaliar a influência dos hábitos alimentares e estilo de vida sobre parâmetros antropométricos (peso, altura e perímetros), de composição de gordura (percentual de massa magra e gordurosa), clínicos (pressão arterial, sintomas) e bioquímicos (exames de sangue) relacionados à Síndrome Metabólica (excesso de peso, alterações nos triglicerídeos, colesterol, glicose e pressão arterial), em indivíduos adultos e idosos, moradores da cidade de Ouro Preto. Caso você aceite participar desta pesquisa você será submetido aos seguintes procedimentos:

- Preenchimento de questionários relativos à identificação, ingestão alimentar, hábitos de vida (fumo, ingestão de bebidas alcoólicas e prática de atividade física), medidas antropométricas e exames bioquímicos (previamente solicitados pelo seu médico). Todas estas etapas são relacionadas ao atendimento nutricional promovido pelo Projeto de Extensão NUTRISIM, ao qual o (a) Sr (Sra) buscou.

O tempo aproximado para as consultas nutricionais podem variar, sendo em média de 60 minutos na primeira consulta e 30 minutos nos retornos.

Caso você aceite participar, os dados serão armazenados na forma de banco de dados, sem identificação individual, e serão analisados conjuntamente, de forma a permitir a avaliação de padrões alimentares relacionados à Síndrome Metabólica e doenças associadas. Todas as informações obtidas serão confidenciais e sua divulgação científica ocorrerá de forma coletiva e, nunca individualmente, ou de forma que não permita a identificação do voluntário. Assim como seus prontuários médicos, os questionários aqui utilizados compõem seu prontuário nutricional, e serão devidamente armazenados no Centro de Saúde, para consultas futuras.

No final do estudo, serão divulgados quais os aspectos da alimentação do grupo estão relacionados a maiores riscos ou benefícios à saúde, e como o atendimento nutricional pode melhorar a qualidade de vida desta população.

Esta pesquisa não possui métodos invasivos, oferecendo riscos mínimos ao participante, como os inerentes ao atendimento nutricional (possível incômodo ou constrangimento na aferição das medidas antropométricas). Estas medidas são necessárias para a adequada avaliação e conduta nutricional. Para evitar tais situações, todos os indivíduos envolvidos neste projeto

(professores e estudantes) são devidamente treinados e orientados quanto aos procedimentos técnicos e éticos relativos ao atendimento nutricional. No entanto, você é livre para decidir participar ou não deste estudo, e para recusar a continuar em qualquer etapa da execução do mesmo, sem que isso lhe cause nenhum prejuízo. Todos os procedimentos serão gratuitos e não haverá nenhum tipo de remuneração para sua participação.

Nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos. Em caso de dúvida, entre em contato conosco:

Profª. Júlia Cristina Cardoso Carraro (31) 98756-6451

juliacarraro@gmail.com

Profª Joana Ferreira do Amaral (31) 98427-8154

joana.bhz@gmail.com

Quaisquer outros esclarecimentos sobre dúvidas éticas também podem ser obtidos com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ouro Preto:

Endereço: Morro do Cruzeiro-ICEB II, Sala 29 -PROPP/UFOP. Campus Universitário.

Tel: (31)3559-1368

cep@propp.ufop.br

Eu, _____, li declaro que entendi os objetivos da pesquisa em questão e que aceito participar da mesma, nos termos apresentados.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

ANEXOS

ANEXO A – R72h

Nome:

Data: Dia da semana:

Responsável:

Horário	Refeição	Alimento/ Preparação	Quantidade
	Desjejum Local:		
	Colação Local:		
	Almoço Local:		
	Lanche Local:		
	Jantar Local:		
	Ceia Local:		

ANEXO B – BSQ-34

Responda as questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Usando a seguinte legenda:

1. Nunca
2. Raramente
3. Às vezes
4. Frequentemente
5. Muito frequentemente
6. Sempre

		1	2	3	4	5	6
1.	Sentir-se entediado (a) faz você preocupar-se com a forma física?						
2.	Sua preocupação com a forma física chega a ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?						
3.	Já lhe ocorreu que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do corpo?						
4.	Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gordo (a)?						
5.	Você anda preocupado (a) achando que o seu corpo não é firme o suficiente?						
6.	Ao ingerir uma refeição completa e sentir o estômago cheio, você se preocupa em ter engordado?						
7.	Você já se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?						
8.	Você já deixou de correr por achar que seu corpo poderia balançar?						
9.	Estar com pessoas magras do mesmo gênero que você, faz você reparar em sua forma física?						
10.	Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você senta?						
11.	Você já se sentiu gordo (a) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento?						
12.	Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo gênero que o seu, e ao se comparar, tem se sentido em desvantagem?						
13.	Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de concentrar em outras atividades (como, por exemplo, assistir televisão, ler ou acompanhar uma conversa)?						
14.	Ao estar nu (nua), por exemplo ao tomar banho, você se sente gordo (a)?						
15.	Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com a sua forma física?						

16.	Você já se pegou pensando em remover partes mais carnudas de seu corpo?								
17.	Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo (a)?								
18.	Você já deixou de participar de eventos sociais (como por exemplo, festas) por se sentir mal com relação à sua forma física?								
19.	Você se sente muito grande e arredondado?								
20.	Você sente vergonha do seu corpo?								
21.	A preocupação com sua forma física o (a) leva a fazer dieta?								
22.	Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio (por exemplo, pela manhã)?								
23.	Você acredita que a sua forma física se deva a sua falta de controle?								
24.	Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago?								
25.	Você acha injusto que outras pessoas do mesmo gênero que o seu sejam mais magras que você?								
26.	Você já vomitou para se sentir mais magro (a)?								
27.	Quando acompanhado (a), você fica preocupado (a) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado (a) num sofá ou no banco do ônibus)?								
28.	Você se preocupa com o fato de estar ficando cheio de “dobras” ou “banhas”?								
29.	Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?								
30.	Você belisca áreas do seu corpo para ver o quanto há de gordura?								
31.	Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários e banheiros)?								
32.	Você já tomou laxante para se sentir mais magro (a)?								
33.	Você fica preocupado (a) com sua forma física quando em companhia de outras pessoas?								
34.	A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios?								

ANEXO C – EAT-26

1. Sempre
2. Muitas vezes
3. Frequentemente
4. Poucas vezes
5. Quase nunca
6. Nunca

Por favor, responda as seguintes questões	1	2	3	4	5	6
1. Fico apavorado (a) com a ideia de estar engordando.						
2. Evito comer quando estou com fome.						
3. Sinto-me preocupado (a) com os alimentos.						
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.						
5. Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.						
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.						
7. Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (Ex. pão, arroz, batatas, etc.).						
8. Sinto que outros gostariam que eu comesse mais.						
9. Vomito depois de comer.						
10. Sinto-me extremamente culpado (a) depois de comer.						
11. Preocupo-me com o desejo de ser mais magro (a).						
12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.						
13. As pessoas me acham muito magro (a).						
14. Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo.						
15. Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.						
16. Evito comer alimentos que contenham açúcar.						
17. Costumo comer alimentos dietéticos.						
18. Sinto que os alimentos controlam minha vida.						
19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos.						
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.						

21. Passo muito tempo pensando em comer.						
22. Sinto desconforto após comer doce.						
23. Faço regime para emagrecer.						
24. Gosto de sentir meu estômago vazio.						
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.						
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições.						