**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

MARINA GARCIA MANOCHIO PINA

**Transtornos alimentares: modelo e consenso
cultural na alimentação**

RIBEIRÃO PRETO

2014

MARINA GARCIA MANOCHIO PINA

**Transtornos alimentares: modelo e consenso
cultural na alimentação**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem em
Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosane Pilot Pessa Ribeiro

Co-orientador: Prof. Dr. William Wymer Dressler

RIBEIRÃO PRETO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta dissertação, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Pina, Marina Garcia Manochio

Transtornos alimentares: modelo e consenso cultural na alimentação / Marina Garcia Manochio Pina - Ribeirão Preto, 2014.

174p.: 10il. 30 cm.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Ribeiro, Rosane Pilot Pessa

1. Transtornos da alimentação; 2. Alimentação; 3. Cultura.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Auna: Marina Garcia Manochio Pina

Título: Transtornos alimentares: modelo e consenso cultural na alimentação.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem em
Saúde Pública.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura _____

Dedicatória

Dedico este trabalho a Deus, por abençoar sempre meu caminho, fazendo com que eu encontre luz e forças em todos os momentos.

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais Marta e Marcos, pela possibilidade de conhecimento e sabedoria e pelo eterno incentivo, carinho e amor

À minha irmã Marcela, pela parceira, cúmplice e amiga que você é!

Ao meu irmão Marcos Vinícius, sempre extrovertido e carinhoso.

Ao Rafael, pela paciência e cumplicidade, acreditando mais em mim do que eu mesma.

Ao Luís e à Sandra, pelo carinho e incentivo sempre.

À minha querida orientadora e amiga, Prof^a. Dr^a. Rosane Pilot Pessa Ribeiro, por ser exemplo e fonte de inspiração para minha vida profissional. Pelo convite que me fez para desenvolver esta pesquisa e por acreditar na minha capacidade. Obrigada pelo carinho e confiança sempre!

Ao meu co-orientador Prof. Dr. William W. Dressler (Bill), pela oportunidade de trabalharmos juntos e aproveitar dos momentos valiosos em que estive no Brasil compartilhando, de forma generosa, sua experiência profissional e pessoal, proporcionando-me tantas experiências e sabedorias!

Ao querido Prof. Dr. José Ernesto dos Santos, pela contribuição no Exame de Qualificação e pelo estímulo a esta pesquisa.

Às minhas amigas Felícia e Talita, obrigada por serem tão pacientes e acolhedoras. Vocês me ajudam a ser uma pessoa melhor e deixam tudo mais leve.

Às queridas amigas Marina, Tatiana, Camila e Salete, por compartilharem momentos importantes nesta jornada e estarem sempre ao meu lado.

À minha coordenadora e amiga Cláudia, por seu incentivo e carinho comigo, tanto pessoal quanto profissionalmente, e ao seu marido Fernando (in memoriam), um amigo muito querido que deixou saudades. Vocês são muito especiais!

À Prof^a. Dr^a. Lúcia Helena Pelizer Pasotto, minha eterna incentivadora e amiga.

À Universidade de Franca-UNIFRAN e a todos os seus funcionários, pelo apoio e incentivo.

Aos meus alunos, meu maior incentivo para continuar a estudar.

A todas as pacientes e ao grupo controle, que aceitaram participar desta pesquisa, sem vocês este sonho não seria possível.

Aos membros do GRATA, pela oportunidade de atuar junto a eles e com eles aprender; em especial à Ana Paula, ao Dr. Manoel Antônio dos Santos, à Carolina, Élide e Dr^a Vivian Suen, Érika, Tatiana, estagiárias de Nutrição e Psicologia, que compartilharam comigo momentos importantes nesta etapa, por tornarem mais alegres as minhas sextas-feiras.

As minhas alunas e estagiárias do GRATA, Lara Mussi Taranto e Shauana Rodrigues Silva, que me ajudaram com a coleta de dados.

À nutricionista Laís Cristina da Silva, pela ajuda com os gráficos.

Ao Sérgio Arthur Oliveira Campos, obrigada pelo carinho e pela paciência com as dúvidas de estatística.

À Gisela Bittar, minha terapeuta, que me auxiliou no desenvolvimento da escuta e acolhimento e por me ajudar nesta fase.

À equipe do AMBULIM, pela disponibilidade, abertura e carinho comigo. Em especial ao Dr. Taki Codás, Dr. Fábio Salzano e às nutricionistas Marle Alvarenga, Fernanda Psiciolaro, Ana Carolina Costa, Marcela Kotait, Clara Igel, Iamara Seara, Maria Aparecida Larino, à equipe da enfermagem e à secretária Deise Rossetti. Obrigada por tudo!

À equipe do PROATA, pelo acolhimento e pela disponibilidade em me ajudar em especial à Dr^a. Angélica Claudino e às nutricionistas Ruth Grigolon e Letícia Pereira, obrigada!

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, por me proporcionar a realização desta pesquisa.

À Shirley Figueiredo, secretária do Programa, por estar sempre solícita em me auxiliar.

Epígrafe

"O que as pessoas mais desejam é alguém que as escute de maneira calma e tranqüila. Em silêncio. Sem dar conselhos. Sem que digam: "Se eu fosse você". A gente ama não é a pessoa que fala bonito. É a pessoa que escuta bonito. A fala só é bonita quando ela nasce de uma longa e silenciosa escuta. É na escuta que o amor começa. E é na não-escuta que ele termina. Não aprendi isso nos livros. Aprendi prestando atenção."

In: O AMOR QUE ACENDE A LUA

RUBEM ALVES

Resumo

PINA, M.G.M. **Transtornos alimentares: modelo e consenso cultural na alimentação.** 2014. 174f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A alimentação tem significado sociocultural e psicológico e apresentam forte impacto na etiologia e manutenção dos transtornos alimentares. O objetivo deste trabalho foi identificar o modelo cultural na alimentação em pacientes com transtornos alimentares e mulheres saudáveis considerando o estado nutricional e a imagem corporal. Estudo transversal, comparativo e quanti-qualitativo com dois grupos de mulheres: saudáveis (grupo controle-GC) e pacientes com Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) (grupo de pacientes-GP) de três serviços especializados do estado de São Paulo. Foi realizada entrevista individual para coleta de dados sociodemográficos, antropométricos (peso, estatura), alimentares (*Eating Attitudes Test-EAT-26*) e de imagem corporal (Escala de Figura de Silhuetas). Para definir o modelo cultural na alimentação foi aplicada a Lista livre de alimentos composta por 31 itens para que as participantes fizessem agrupamentos de acordo com seus próprios critérios. A seguir, aplicou-se o *Ranking* dos alimentos para verificar o consenso e a competência culturais. Por fim, foi realizada entrevista de grupo focal para melhor compreensão dos resultados obtidos. Foram utilizados os testes de Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, o Escalonamento Multidimensional, a Análise de Agrupamento, o PROFIT e a análise de regressão logística. Participaram 112 pacientes (GP: AN=62; BN=50) e 36 mulheres saudáveis (GC) cuja idade média, em anos, foi semelhante (GP: AN=30,1±10,7; BN= 29,8±7,8; GC: 28,17±12,6). O EAT-26 (em pontos) foi maior no GP (AN= 37,9±19,4; BN= 38,5±15,4; GC =12,3±5,1) e o IMC (Kg/m²) mostrou baixo peso na AN (18,2±3,9), sobrepeso na BN (25,4±6,2) e eutrofia no GC (21,5±2,3). A percepção da imagem corporal indicou inacurácia (AN=10,5±10,7; BN=8,4±6,3; GC=2,7±5,0) em todos os grupos ($p<0,05$) e insatisfação apenas no GP (AN= -11,3±13,9; BN= -13,7±9,0; GC= -1,3±5,0). O modelo cultural mostrou que calorias, saúde e gosto são as dimensões que os grupos utilizaram para agrupar os alimentos com consenso forte em calorias (*eigenvalue ratio*=9,57 no GP e 11,09 no GC) e saúde (*eigenvalue ratio*=10,63 no GP e 11,34 no GC). No entanto, há divergências no compartilhamento dessas ideias entre os grupos e dentro dos grupos, especialmente nas pacientes com AN. No GP, as pacientes pensam na alimentação em uma única dimensão, pois calorias ($R=0,916$), saúde ($R=0,963$), e gosto ($R=0,706$) apresentam boa correlação com os alimentos, direcionadas pelo critério calorias, diferentemente do GC que apresenta atributos bem definidos e diferenciados (caloria: $R=0,943$; saúde: $R=0,933$ e gosto: $R=0,573$). O modelo logístico apresentou bons resultados de classificação dos grupos (81%) com influência da competência cultural de gosto, calorias, concordância residual de gosto e satisfação corporal para o participante estar no GC. Os alimentos têm diferentes representações traduzidas por sentimentos de vida e morte norteados pelo conteúdo calórico deles, mas na busca do equilíbrio nutricional. A cultura alimentar contemporânea incentiva e valoriza padrões saudáveis de alimentação, o que foi demonstrado em ambos os grupos. Nos transtornos alimentares, há influência de outros fatores, clássicos da etiopatogenia desses quadros, resultando em escolhas alimentares menos calóricas. A assistência nutricional para pessoas com transtornos alimentares deve considerar os sistemas culturais e promover a discussão sobre crenças e valores simbólicos atribuídos aos alimentos.

Palavras-chave: Transtornos da alimentação. Alimentação. Cultura.

Abstract

PINA, M.G.M. **Eating disorders: cultural model and agreement in feeding.** 2014. 174f. Thesis (Doctoral) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Food has a sociocultural and psychological meaning and poses great impact in the etiology and maintenance of eating disorders. The purpose of this research was to identify the cultural model of feeding in patients with eating disorders and healthy women, considering the nutritional state and the body image. Transverse study, comparative and quali-quantitative with two groups of women: healthy (control group-CG) and patients with Anorexia Nervosa (AN) and Bulimia Nervosa (BN) (group of patients-GP) of three specialized services of São Paulo state. Individual interviews were held to collect socio-demographic, anthropometric (weight, height), feeding (Eating Attitudes Test-EAT-26) and body image (Silhouette Figures Scale) data. In order to define the cultural model in eating, it was applied the free list of food items which was composed of 31 items to allow the participants to make their groupings according to their own criteria. Next, the food Ranking was applied to verify the cultural consensus and competence. Finally, focused group interviews were held to provide better comprehension of the results. The tests Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, the Multidimensional Scaling, Grouping Analysis, the PROFIT and the Logistic Regression analysis. 112 patients took part (GP: AN=62; BN=50) and 36 healthy women (CG), whose average age, in years, was similar (GP: AN=30,1±10,7; BN= 29,8±7,8; CG: 28,17±12,6). The EAT-26 (in figures) was higher in the CG (AN= 37,9±19,4; BN= 38,5±15,4; CG =12,3±5,1) and the BMC (Kg/m²) showed underweight in the AN (18,2±3,9), excess of weight in the BN (25,4±6,2) and eutrophya in the CG (21,5±2,3). The perception of the body image indicated inaccuracy (AN=10,5±10,7; BN=8,4±6,3; GC=2,7±5,0) in all groups (p<0,05) and dissatisfaction only in the GP (AN= -11,3±13,9; BN= -13,7±9,0; GC= -1,3±5,0). The cultural model showed that calories, health and taste are dimensions that the groups used to group the food items with strong consensus of calories (eigenvalue ratio=10,63 no GP e 11,34 no CG). However, there are diversions in the sharing of these ideas among the groups and inside the groups, especially in the patients with AN. In the GP, the patients think of eating in only one dimension, because calories (R=.916), health (R=.963), and taste (R=.706) present good correlation with the food items, addressed by the calories criteria, different from the CG, which presents well defined and differentiated characteristics (calories: R=.943; health: R=.933 and taste: R=.573). The logistic model presented good results of the classification of the groups (81%) influenced by the cultural competence of taste, calories, residual value of taste and body satisfaction for the participant to be in the CG. The food items have different representations translated by feelings of life and death ruled by their calories content, but trying to find the nutritional balance. The contemporary eating culture encourages and values healthy feeding standards, what was demonstrated in both groups. In eating disorders, there is the influence of other factors, typical of the etiopathogenia of these episodes, resulting in less fatty food choices. The nutritional assistance for people with eating disorders must consider the cultural systems and promote the discussion on beliefs and symbolic values given to the food items.

Key words: Eating disorders, Feeding, Culture.

Resumen

PINA, M.G.M. **Trastornos alimentarios: modelo y consenso cultural en la alimentación**. 2014. 174f. Thesis (Doctoral) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

La alimentación tiene significado sociocultural y psicológico y presentan fuerte impacto en la etiología y mantención de los trastornos alimentarios. El objetivo de este trabajo fue identificar el modelo cultural en la alimentación en pacientes con trastornos alimentarios y mujeres saludables considerando el estado nutricional y la imagen corporal. Estudio transversal, comparativo, cualitativo y cuantitativo con dos grupos de mujeres: saludables (grupo control-GC) y pacientes con Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) (grupo de pacientes-GP) de tres servicios especializados del estado de São Paulo. Fue realizada entrevista individual para obtener datos sociodemográficos, antropométricos (peso, estatura), alimentarios (*Eating Attitudes Test*-EAT-26) y de imagen corporal (Escala de Figura de Siluetas). Para definir el modelo cultural en la alimentación fue aplicada la Lista libre de alimentos compuesta por 31 ítems para que las participantes hicieran agrupamientos de acuerdo a sus propios criterios. A continuación se aplicó el *Ranking* de los alimentos para verificar el consenso y la competencia culturales. Finalmente fue realizada entrevista de grupo focal para mejor comprensión de los resultados obtenidos. Fueron utilizados los test de Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, el "Escalonamiento Multidimensional", el Análisis del Agrupamiento, el PROFIT y el análisis de regresión logística. Participaron 112 pacientes (GP: AN=62; BN=50) y 36 mujeres saludables (GC) cuya edad media, en años, fue semejante (GP: AN=30,1±10,7; BN= 29,8±7,8; GC: 28,17±12,6). O EAT-26 (en puntos) fue mayor en el GP (AN= 37,9±19,4; BN= 38,5±15,4; GC =12,3±5,1) y el IMC (Kg/m²) demostró bajo peso en la AN (18,2±3,9), sobrepeso en la BN (25,4±6,2) y eutrofia en el GC (21,5±2,3). La percepción de la imagen corporal indicó inexactitud (AN=10,5±10,7; BN=8,4±6,3; GC=2,7±5,0) en todos los grupos ($p<0,05$) y insatisfacción justo en el GP (AN= -11,3±13,9; BN= -13,7±9,0; GC= -1,3±5,0). El modelo cultural demostró que calorías, salud y gusto son las dimensiones que los grupos utilizaron para agrupar los alimentos con consenso fuerte en calorías (*eigenvalue ratio*=9,57 en el GP y 11,09 en el GC) y salud (*eigenvalue ratio*=10,63 en el GP y 11,34 en el GC). Sin embargo, hay diferencias en el compartir de esas ideas entre los grupos y dentro de los grupos, especialmente en las pacientes con AN. En el GP, las pacientes piensan en la alimentación en una única dimensión, ya que calorías ($R=.916$), salud ($R=.963$), y gusto ($R=.706$) presentan buena correlación con los alimentos, direccionados por el criterio calorías, diferentemente del GC que presenta atributos bien definidos y diferenciados (caloría: $R=.943$; salud: $R=.933$ y gusto: $R=.573$). El modelo logístico presentó buenos resultados de clasificación de los grupos (81%) con influencia de la competencia cultural de gusto, calorías, concordancia residual de gusto y satisfacción corporal para el participante estar en el GC. Los alimentos tienen diferentes representaciones traducidas por sentimientos de vida y muerte guiados por el contenido calórico de ellos, pero en la búsqueda del equilibrio nutricional. La cultura alimentar contemporánea incentiva y valoriza normas saludables de alimentación, lo que fue demostrado en ambos grupos. En los trastornos alimentarios, hay influencia de otros factores, clásicos de la "etiopatogenia" de esos cuadros, resultado en elecciones alimentarios menos calóricos. La asistencia nutricional para personas con trastornos alimentarios debe considerar los sistemas culturales y promover la discusión sobre creencias y valores simbólicos asignados a los alimentos.

Palabras clave: Trastornos alimentarios. Alimentación, Cultura.

Lista de Figuras

Figura 1-	Diagrama de Escalonamento Multidimensional (MDS) do GP (n=112). Ribeirão Preto, SP. 2014.	85
Figura 2-	Diagrama de Escalonamento Multidimensional (MDS) GC (n=36). Ribeirão Preto, SP. 2014.....	86
Figura 3-	Representação da competência cultural e concordância residual do GP (n=112) e GC (n=36). Ribeirão Preto-SP, 2014.	90
Figura 4-	Representação da concordância residual na dimensão das calorias do GP (n=112) e GC (n=36). Ribeirão Preto-SP, 2014	92
Figura 5-	Representação da concordância residual na dimensão da saúde do GP (n=112) e GC (n=36). Ribeirão Preto-SP, 2014.	92
Figura 6-	Representação da concordância residual na dimensão do gosto do GP (n=112) e GC (n=36). Ribeirão Preto-SP, 2014	93
Figura 7-	Dimensões do modelo cultural na alimentação segundo a análise de PROFIT no GP (n=112). Ribeirão Preto-SP, 2014	95
Figura 8-	Dimensões do modelo cultural na alimentação segundo a análise de PROFIT no GC (n=36). Ribeirão Preto-SP, 2014.....	96
Figura 9-	Agrupamentos livres, dimensões do modelo cultural e categorias de análise temática no GP (n=112). Ribeirão Preto, 2014	110
Figura 10-	Agrupamentos livres, dimensões do modelo cultural e categorias de análise temática no GC (n=36). Ribeirão Preto, 2014	111

Lista de Tabelas

Tabela 1-	Procedência e tempo de tratamento (meses) do GP segundo o diagnóstico (AN e BN). Ribeirão Preto-SP, 2014.....	82
Tabela 2-	Características sociodemográficas e antropométricas do GP (AN e BN) e GC. Ribeirão Preto-SP, 2014	83
Tabela 3-	Percepção e satisfação corporais entre os participantes do GP (AN e BN) e do GC, segundo comparações entre o IMC (Kg/m ²) real e os correspondentes às figuras de silhuetas escolhidas no momento atual, em média (desvio-padrão). Ribeirão Preto-SP, 2014.....	84
Tabela 4-	Consenso cultural na alimentação nos grupos estudados, segundo as dimensões encontradas. Ribeirão Preto-SP, 2014	88
Tabela 5-	Competência cultural e concordância residual dos grupos estudados, segundo as dimensões encontradas. Ribeirão Preto-SP, 2014.....	89
Tabela 6-	Significância estatística das variáveis que entraram na análise de regressão logística. Ribeirão Preto-SP, 2014.....	97
Tabela 7-	Porcentagem dos participantes classificados como GP e GC na regressão logística. Ribeirão Preto-SP, 2014.....	98
Tabela 8-	Resultados da análise de regressão logística. Ribeirão Preto-SP, 2014.....	99

Lista de Quadros

Quadro 1- Critérios diagnósticos para AN segundo DSM-V e CID-10	31
Quadro 2- Critérios diagnósticos para BN segundo DSM-V e CID-10	33
Quadro 3 - Apresentação de temas e subtemas. Ribeirão Preto-SP, 2014	100

Lista de Siglas e Abreviaturas

ABEP-	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ADA-	<i>American Dietetic Association</i>
AMBULIM-	Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares
AN-	Anorexia nervosa
AN-CP-	compulsivo/purgativo
AN-R-	Restritivo
APA-	<i>American Psychiatric Association</i>
BE-	<i>binge-eating</i> - BE
BN-	Bulimia nervosa
CCEB-	Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil
CID-10-	Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição
CO-	Escala do Controle Oral
DSM-V-	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
EAT-26-	<i>Eating Attitudes Test</i>
EERP-USP-	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
GC-	Grupo controle
GEED-	Grupo de Estudos dos Distúrbios da Conduta Alimentar
GP-	Grupo de pacientes
GRATA-HCFMRP-USP-	Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HD-	Hospitais-dia
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE-	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
IMC-	Índice de massa corporal

IPQ-HCFMUSP-	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo
MDS-	Diagrama de Escalonamento Multidimensional
OMS-	Organização Mundial da Saúde
OR-	Razão de <i>Odds</i>
PROAD-	Programa de Orientação e Assistência a Dependentes
PROATA-	Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares
PRODOC-	Programa de Orientação e Assistência a Pacientes com Distúrbios Obsessivo-Compulsivos
TANE-	Transtorno Alimentar Não Especificado
TCAP-	Transtorno da Compulsão Alimentar e Periódica
UNIDCP/WHO-	<i>United Nations International Drug Control Programme/World Health Organization</i>
UNIFESP	Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo
UNIFRAN-	Universidade de Franca
WHO-	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	26
1.1. Transtornos alimentares	28
1.1.1. Definição e prevalência	28
1.1.2. Critérios diagnósticos e quadro clínico	30
1.1.3. Comportamento alimentar	36
1.1.4. Etiologia	38
1.1.5. Tratamento	41
1.2. A alimentação	44
1.2.1. Aspectos históricos	44
1.2.2. Aspectos psicológicos	50
1.2.3. Aspectos culturais	52
1.2.3.1. Modelo e consonância culturais	55
 2. JUSTIFICATIVA	 59
 3. OBJETIVOS	 62
3.1. Objetivo geral	63
3.2. Objetivos específicos	63
 4. CASUÍSTICA E MÉTODOS	 64
4.1. Tipo e local do estudo	65
4.2. Participantes	67
4.2.1. Grupo de pacientes com transtornos alimentares (GP)	67
4.2.2. Grupo controle (GC)	67
4.3. Instrumentos	68
4.3.1. Questionário sociodemográfico e antropométrico	68
4.3.2. <i>Eating Attitudes Test</i> (EAT-26)	69
4.3.3. Imagem corporal	70
4.3.4. Lista livre de alimentos	70
4.3.5. Entrevista de grupo focal	71
4.4. Procedimento	72
4.5. Estudo piloto	75
4.6. Questões éticas	76
4.7. Análise de dados	76
4.7.1. Primeira etapa	76
4.7.2. Segunda etapa	80
 5. RESULTADOS	 81
5.1. Características sociodemográficas e antropométricas	82
5.2. Imagem corporal	83
5.3. Modelo cultural na alimentação	84
5.4. Consenso cultural	87
5.5. Entrevista de grupo focal	99
5.5.1. Alimento	100

5.5.1.1. Vida e morte	100
5.5.1.2. Sentimentos e sensações.....	101
5.5.1.2.1. <i>Positivos</i>	101
5.5.1.2.2. <i>Negativos</i>	102
5.5.1.3. Escolhas alimentares	103
5.5.2. Alimentação saudável	104
5.5.2.1. Equilíbrio	104
5.5.2.2. Pobre em calorias.....	105
6. DISCUSSÃO.....	106
7. CONCLUSÕES.....	128
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133
10. ANEXOS	154
11. APÊNDICES	166

1- Introdução

Os transtornos alimentares são quadros psicopatológicos caracterizados por graves alterações do comportamento alimentar que afetam principalmente adolescentes e adultos jovens podendo desencadear prejuízos de natureza biológica e psicológica, além do aumento de mortalidade e morbidade. São predominantes em mulheres (90%) de todas as classes sociais e classifica-se como o terceiro transtorno mental mais comum entre as mulheres (BJÖRK; AHLSTROM, 2008). A prevalência é elevada e a etiologia é multifatorial envolvendo aspectos de ordem biológica, familiar, psicológica e sociocultural (NUNES et al., 2006).

Em meta-análise de 35 estudos encontrou-se taxa de mortalidade para anorexia nervosa (AN) de 5,1% por década. Em outra meta-análise com 12 estudos, que descrevem as taxas de mortalidade de pacientes com bulimia nervosa (BN), observa-se taxa de mortalidade ponderada de 1,74 por 1000 pessoas/ano (ARCELUS et al., 2011).

Aposta-se em uma etiopatogenia multifatorial dos transtornos alimentares e cabe à equipe multidisciplinar de saúde investigar a combinação de fatores presentes em cada caso. Reforça-se a hipótese de que haveria influência combinada de fatores relacionados a aspectos de personalidade do indivíduo, ambiente e da dinâmica familiar, e do meio sociocultural no qual se estrutura o processo de socialização. Fatores que concorreriam para a predisposição, instalação e manutenção do problema, e a sua concomitância podem potencializar o efeito de um fator sobre o outro (RIBEIRO; SANTOS, 2013). Uma ocorrência cada vez maior desses transtornos em países não ocidentais tem sido associada com a transição da globalização cultural, incluindo a modernização, urbanização e promoção da mídia, com valorização da beleza ideal ocidental (BECKER et al., 2011; EDDY; HENNESSEY; THOMPSON-BRENNER, 2007; NASSER, 2009;).

Os aspectos sociais envolvidos na alimentação são importantes determinantes do consumo alimentar e também, dos comportamentos em relação à alimentação. Por motivos muito próprios, os pacientes com transtorno alimentar experimentam ansiedades, medos mórbidos e culpas relacionadas à alimentação (CABRERA, 2006).

Por apresentarem sintomas não específicos e fatores etiológicos múltiplos, é necessário que o tratamento envolva várias análises de natureza clínica, nutricional, psicológica e psiquiátrica, para garantir a completa recuperação do paciente e favorecer o tratamento evitando o mau prognóstico. Apesar de ser considerado um tratamento desafiador para o paciente, a família e equipe, é possível obter bons resultados. Porém, alguns casos estão associados às comorbidades psiquiátricas, o que dificulta a recuperação total e leva à cronicidade.

Cabe aos profissionais envolvidos buscar recursos criativos para tratar os pacientes a fim de minimizar as dificuldades do tratamento, pois a baixa adesão e a negação da doença são frequentes nos serviços que oferecem assistência especializada (RIBEIRO; SICCHIERI; BIGHETTI, 2007).

Procurar identificar modelos culturais na alimentação e compreender o papel da cultura na alimentação poderá auxiliar no esclarecimento do comportamento diante da comida, do ato de comer e a influência da cultura no aparecimento de doenças, em especial dos transtornos alimentares (NEWKIRK et al., 2009).

1.1 Transtornos alimentares

1.1.1 Definição e prevalência

Os transtornos alimentares, entre eles a AN e a BN, são caracterizados por um distúrbio persistente na alimentação nos comportamentos ligados ao comer que resultam em alteração do consumo ou na absorção prejudicada de alimentos de forma significativa, da saúde física ou do funcionamento psicossocial de adolescentes e adultos jovens (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA*, 2013).

Na AN, ocorre medo mórbido de engordar com redução voluntária e drástica da ingestão alimentar levando à progressiva e desejada perda de peso, caquexia, inanição e não raro, a morte. A AN inicia-se geralmente, com a prática

---

de dieta hipocalórica decorrente da insatisfação, quase sempre injustificada, com o peso e a imagem corporal. Há restrição de vários tipos de alimentos, ricos em carboidratos e gorduras, chegando ao jejum durante todo o dia (CORDÁS; SALZANO, 2001).

A BN caracteriza-se por surtos de ingestão maciça e compulsiva de alimentos (episódios bulímicos, denominados binge eating - BE) e preocupação excessiva com o controle do peso corporal, seguida de vômitos e abuso de laxantes e/ou diuréticos (BRUCH, 1978; SAITO; SILVA, 2001). Esses pacientes geralmente utilizam, de forma abusiva, medicamentos que atuam no controle do peso, como sibutramina, orlistat e topiamato e até o uso de cocaína para diminuir o apetite. Sintomas psiquiátricos como depressão e ansiedade, além do abuso de álcool e de substâncias psicoativas podem estar associados ao quadro clínico. Também são descritas alterações do impulso como cleptomania, automutilação, tricotilomania, escoriação neurótica, vida sexual promíscua e maior risco de suicídio (CORDÁS; SALZANO, 2001).

No Brasil, não há dados sobre a prevalência dos transtornos alimentares, pois estudos dessa natureza exigem disponibilidade de recursos financeiros e utilização de instrumentos diagnósticos específicos e validados para detecção desses quadros. Essa é considerada tarefa árdua e complexa, o que dificulta a realização de levantamentos epidemiológicos de base populacional com amostra representativa da população brasileira (RIBEIRO; SANTOS, 2013). A verdadeira incidência e prevalência dos transtornos alimentares não é clara e os resultados variam de acordo com a amostragem e métodos de avaliação (APA, 2006).

A prevalência dos transtornos alimentares é variável em estudos epidemiológicos devido à divergência entre instrumentos, metodologia e/ou utilização de critérios diagnósticos mais restritos ou abrangentes. De maneira geral, a prevalência de AN está entre 0,3 a 3,7% e a de BN entre 1 a 4,2% (AALTO-SETALA et al., 2001; HOEK, 2006; HOEK; van HOEKEN, 2003; HUDSON et al., 2007).

Currin et al. (2005) realizaram uma investigação específica de casos novos de transtornos alimentares em mulheres entre 10 e 39 anos, pelo General Practice Research Database, entre 1994 e 2000. Esta base de dados abrange

cerca de 280 clínicos gerais e mais de três milhões de pacientes (cerca de 5% da população total do Reino Unido). Encontraram taxas de incidência de 4,7 e 6,6 a cada 100 mil habitantes/ano para AN e BN, respectivamente. Identificou ainda, que a incidência de AN permaneceu estável ao longo do período estudado, o que não ocorreu com a BN, havendo aumento da incidência até o ano de 1996 e com posterior declínio.

1.1.2 Critérios diagnósticos e quadro clínico

Os critérios diagnósticos dos transtornos alimentares estão estabelecidos tanto pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) publicado pela APA, quanto pela Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e estão apresentados nos quadros abaixo.

Quadro 1- Critérios diagnósticos para AN segundo DSM-V e CID-10.

ANOREXIA NERVOSA	
DSM-V¹	CID-10²
Restrição da ingestão energética relativa às necessidades, levando a um peso significativamente baixo para idade, sexo, trajetória desenvolvimental e saúde física. Baixo peso= peso menor que minimamente normal ou esperado (crianças e adolescentes)	Perda de peso e manutenção abaixo do normal com índice de massa corporal (IMC) $<17,5 \text{ kg/m}^2$.
Medo intenso de ganhar peso ou se tornar gordo, ou comportamento persistente que interfere com o ganho de peso, mesmo estando com baixo peso.	Medo de engordar e percepção de estar muito gorda (a).
Distúrbio na forma como a pessoa vivencia o peso ou forma corporal, influência indevida do peso ou forma na auto-avaliação ou falta de reconhecimento persistente da seriedade do baixo peso atual.	Perda de peso auto-induzida por evitar o consumo de alimentos que engordam.
	Distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal (amenorreia) e atraso desenvolvimento puberal.
Tipos: nos três últimos meses - Restritivo: não tem compulsão/purgação, apenas dieta, jejuns e exercícios físicos - Compulsivo/purgativo: compulsões e/ou vômitos, abuso de laxantes, etc.	Vômitos auto-induzidos, purgação e uso de inibidores do apetite e/ou diuréticos podem estar presentes.
Especificar: Remissão Parcial: após ter preenchido critérios, critério A não está mais presente por tempo mantido, mas B ou C podem ainda estar presentes Remissão Completa: após ter preenchido critérios, nenhum critério está mais presente por tempo mantido.	
Especificar Gravidade: IMC adultos (percentis para crianças e adolescentes) Leve: $\text{IMC} \geq 17 \text{ kg/m}^2$; Moderada: $\text{IMC} 16-16,99 \text{ kg/m}^2$; Grave: $\text{IMC} 15-15,99 \text{ kg/m}^2$; Extrema: $\text{IMC} < 15 \text{ kg/m}^2$.	

¹DSM-V (APA, 2013). ²CID-10 (OMS, 1993).

Observam-se algumas semelhanças entre os sistemas, principalmente no item “perda de peso” e “medo intenso de engordar”, além do DSM-V citar também a negação do baixo peso. O critério “amenorreia” foi excluído da última versão desse sistema, mas o CID-10 inclui esse distúrbio endócrino. Em relação às diferenças, o DSM-V divide a AN em subtipos: o restritivo (AN-R) e o

compulsivo/purgativo (AN-CP). Nesse quesito, o CID-10 apenas cita que os mecanismos compensatórios podem estar presentes. O DSM-V, ainda especifica o grau de remissão e a gravidade do quadro, sendo portanto mais detalhado em comparação ao CID-10.

No Quadro 2, encontram-se os sistemas classificatórios para o diagnóstico da BN e ambos citam a utilização dos mecanismos compensatórios para evitar o ganho de peso. Em relação à frequência da compulsão alimentar e comportamentos compensatórios, esta é maior no CID-10 do que o postulado pelo DSM-V. Este sistema ressalta também, a influência indevida da imagem corporal sobre o controle do peso enquanto o CID-10 cita o medo de engordar como justificativa do peso abaixo da normalidade.

Quadro 2- Critérios diagnósticos para BN segundo DSM-V e CID-10.

BULIMIA NERVOSA	
DSM-V¹	CID-10²
Episódios recorrentes de compulsão alimentar (<i>binge-eating</i> - BE): Ingestão de quantidade excessiva de alimento (em um período limitado de tempo) Sentimento de falta de controle sobre comportamento alimentar durante o episódio.	Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses), preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida.
Comportamentos compensatórios inapropriados e recorrentes para prevenir o ganho de peso, como vômitos, abuso de laxantes, diuréticos ou outras medicações, jejuns ou exercícios excessivos.	Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos, uso de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios tireoideanos ou diuréticos).
Compulsão alimentar e comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos uma vez/semana por três meses.	Medo de engordar que leva à busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável.
Autoavaliação indevidamente influenciada por forma e peso corporal.	Diabéticas podem negligenciar o tratamento insulínico.
Não ocorre exclusivamente durante episódio de AN.	
Especificar: Remissão parcial: após ter preenchido todos os critérios, BE ocorrem em média < uma vez/sem por um período contínuo. Remissão completa: após ter preenchido todos os critérios, não apresenta nenhum critério por um período contínuo.	
Especificar gravidade atual: Leve: 1-3 BE/sem. Moderada: 4-7 BE/sem Grave: 8-13 BE/sem Extrema: maior que 14 BE/sem	

¹DSM-V (APA, 2013). ²CID-10 (OMS, 1993).

O distúrbio da imagem corporal é uma das características marcantes dos transtornos alimentares e fazem parte dos seus critérios diagnósticos (APA, 2013). Um dos primeiros teóricos a estudar a imagem corporal foi Schilder, em 1935, e ele já destacava a necessidade da investigação dos elementos neurológicos, psicológicos e socioculturais da imagem corporal, considerando-a como um constructo multidimensional, pois acreditava que a imagem corporal não era apenas um constructo perceptual, mas também um reflexo de atitudes e

---

interações com os outros elementos (SCHILDER, 1950). De acordo com Gardner (1996), a imagem corporal é a figura mental que o indivíduo tem acerca do tamanho dos contornos e da forma de seu corpo, além dos sentimentos em relação a essas dimensões. Considera ainda, que essa figura reflete o componente perceptivo, enquanto os sentimentos correspondem ao componente atitudinal. Assim, é possível distinguir dois componentes da imagem corporal: perceptual e atitudinal ou afetivo.

O componente perceptual é definido como a acurácia do indivíduo em julgar o tamanho, formato e peso relativos às suas proporções atuais e distúrbios resultam em uma sub ou superestimação das mesmas (GARDNER 2012). O componente atitudinal é composto por quatro dimensões: cognitiva (pensamentos e crenças sobre o corpo e a aparência física e ao investimento na própria aparência), afetiva (sentimentos e emoções relacionadas à aparência física), comportamental (exemplificado por ações como checar repetidamente a própria aparência no espelho, evitar situações que circunscrevem preocupações com o corpo) e satisfação/insatisfação global (THOMPSON; BURKE; KRAWCZYK, 2012).

Em relação à abordagem cognitivo-comportamental da imagem corporal, pode-se conceituá-la como o conjunto de percepções, pensamentos e sentimentos de um indivíduo sobre o seu próprio corpo. Consequentemente, pode influenciar e ser influenciada pela forma como o indivíduo percebe o ambiente à sua volta, inclusive modificando suas relações com outras pessoas (CASH, 2011).

A imagem corporal trata, portanto, de um constructo complexo de natureza multidimensional e que pode envolver perturbações perceptuais, afetivas, cognitivas e comportamentais (McCABE; RICCIARDELLI, 2004).

O distúrbio no componente perceptivo da imagem corporal é uma alteração grave e persistente na forma como o indivíduo percebe seu corpo que pode afetar o corpo todo ou partes específicas (SKRZYPEK; WEHMEIER; REMSCHMIDT, 2001). Um dos distúrbios atitudinais mais comuns é a insatisfação corporal, que comporta duas facetas: 1) avaliativa, ou seja, a diferença entre o corpo atual e o considerado ideal pelo indivíduo e 2) afetiva, o quanto o indivíduo sofre em função dessa diferença (HALLIWELL; DITTMAR, 2006).

A insatisfação e as preocupações com o peso corporal geralmente constituem o passo inicial para o desenvolvimento dos transtornos alimentares, pois indivíduos insatisfeitos com sua imagem corporal apresentam maior tendência a adotar comportamentos de checagem corporal acompanhados por períodos de restrição alimentar. Rituais de pesagens, medidas e comparações de seu corpo com o de outros indivíduos repetem-se compulsivamente, possuindo papel mantenedor da imagem corporal negativa pela atenção seletiva e constante à forma e ao peso corporais. Servem ainda, como parâmetro de avaliação do indivíduo no julgamento de seu sucesso ou sua falha no controle do peso (SHAFRAN et al., 2004).

Nesse contexto, observa-se forte influência sociocultural devido à mudança dos padrões de beleza ao longo dos séculos. Na década de 1980, o modelo de corpo veiculado pela mídia enfatizou a extrema magreza para as mulheres em detrimento às formas robustas e arredondas de épocas passadas. A partir disso, houve grande crescimento no mercado industrial de produtos de consumo e serviços como os aparelhos de musculação, suplementos nutricionais, revistas de boa forma e saúde, regimes alimentares e as cirurgias plásticas (SOUTO; FERRO-BUCHER, 2006). Como consequência da busca por esse ideal, quase sempre inatingível pela maioria das pessoas, ocorre a avaliação negativa da própria aparência realimentando a insatisfação corporal.

Quanto às complicações clínicas dos transtornos alimentares, na AN elas são decorrentes da desnutrição devido à ingestão alimentar muito abaixo das necessidades de macro e micronutrientes determinando a queima de reservas de gordura e massa muscular, com perda de peso acentuada, carências nutricionais importantes e diminuição da taxa metabólica basal. As alterações metabólicas são semelhantes àsquelas encontradas no estado de inanição e é comum ocorrer hipercolesterolemia, ocasionada na maioria das vezes, por perda grave da massa de gordura corporal. A lipólise encontra-se aumentada, além do retardo na remoção das partículas de lipoproteína de baixa densidade (RIGAUD, 2000; SAITO; SILVA, 2001; WEINBRENNER et al., 2004; ZWAAN; ASLAM; MITCHELL, 2002;).

Na BN, as alterações do quadro clínico são decorrentes da alta ingestão energética e da distribuição desequilibrada dos nutrientes ocasionados pelo descontrole alimentar e prática de mecanismos compensatórios. Frequentemente são encontrados distúrbios hidroeletrólíticos, sobretudo em relação ao potássio, alterações gastrintestinais, endócrinas, hematológicas e no sistema imunológico com redução nos mecanismos de defesa e alterações na matriz cerebral. Pode ocorrer diminuição no crescimento e problemas dentários como o aumento da frequência do desenvolvimento de cáries e perda dos dentes, além da elevação dos triglicérides plasmáticos e do comprometimento muscular e cardíaco (BORGES et al., 2006; KEREM; KATZMAN, 2003; PHILLIPI; ALVARENGA, 2004).

1.1.3 Comportamento alimentar

O comportamento alimentar nesses quadros é bastante peculiar devido ao receio de engordar que pessoas com transtornos alimentares apresentam, levando a situações muito inadequadas em relação à alimentação. Elas demonstram muito medo e ansiedade durante as refeições, têm cuidado excessivo quanto ao tamanho das porções a serem consumidas, apresentam mastigação lenta e demasiada, e fazem estranhas combinações de alimentos, entre outros hábitos (DEVORAES; FAGUNDES, 2005).

O consumo e a estrutura alimentar inadequados apresentam relação direta com as atitudes alimentares disfuncionais típicas dos transtornos alimentares, pois os pacientes possuem relação complicada com o alimento, crenças extremas ou radicais sobre nutrição, sentimentos confusos sobre o ato de se alimentar e sobre os alimentos (raiva, desejo, culpa, negação), além de pensamentos obsessivos com a alimentação e seus possíveis efeitos no peso, no corpo e com o significado do comer (RIBEIRO, 2012).

Na AN, eles restringem a alimentação e apresentam visão distorcida dos alimentos, na qual definem alimentos “bons” e “ruins” e os separam entre “seguro” e “proibido”, sendo a lista de “bons” muito restrita. Iniciam com pequenas

limitações em sua rotina alimentar, e evoluem para restrições mais graves chegando a fazer uma única refeição ao dia. Há também a crença de que certos itens não alimentícios possuem calorias como, por exemplo, creme dental, medicação, água, entre outros (DEVORAES; FAGUNDES, 2005; SICCHIERI et al., 2006).

No cardápio, há predomínio de verduras, legumes, frutas e produtos diet e light. As aversões alimentares mais relatadas são em relação às carnes, principalmente a vermelha, doces e sobremesas, massas, pães, arroz e as gorduras como óleo, azeite, margarina e manteiga (AFFENNITO et al., 2002; JAUREGUI LOBERA; BOLANOS RIOS, 2009; SEGURA-GARCIA et al., 2014).

O hábito e o comportamento de não comer é associado ao controle na AN, ou seja, representa resistir às tentações, à fome, à vontade de comer, trazendo aos pacientes, sensação de poder. Entretanto, quanto menos eles comem, mais pensam em comida, calorias e dieta (POLIVY, 1996). Demonstram singular interesse pela nutrição, gostam de colecionar livros de culinária, cozinham para a família e decoram pratos e a mesa da refeição. No entanto, não experimentam os alimentos e são incapazes de fazer refeições fora de casa, principalmente em locais onde não há controle sobre o preparo e oferta dos alimentos. Outras alterações no comportamento alimentar podem ocorrer, como a estocagem de alimentos ou restos de comida em armários e gavetas, bem como mastigar a comida lentamente e depois cuspi-la (CORDÁS; SALZANO, 2001; CUNHA; SICCHIERI; CALIL; 2007).

Na BN, o exagero no consumo alimentar desencadeia sentimentos de ansiedade e medo de engordar levando a comportamentos compensatórios inadequados para controle de peso. Instala-se assim, o ciclo "dieta-episódio de compulsão alimentar-purgação", que ilustra o fluxo da patologia alimentar. O quadro também se inicia com dieta para perda de peso, geralmente uma "dieta da moda" veiculada na mídia (DUNKER; ALVARENGA; PEREIRA, 2007). A restrição alimentar tem papel iniciador e perpetuador da doença, e embora muitas vezes seja entendida como uma síndrome compulsiva, a BN é caracterizada por ciclos de restrição e compulsão. A estrutura da alimentação chega a ser bizarra e inconstante, pois em alguns dias, os pacientes podem realizar refeições mais

estruturadas, enquanto outros dias podem ser restritivos, e em outros ainda, muito inadequados, desestruturados e excessivos, caracterizando um padrão caótico de alimentação (ALVARENGA; PHILIPPI, 2003; SEGURA-GARCIA et al., 2014).

Observa-se consumo alimentar bastante variável, dependendo da fase restritiva ou compulsiva, com ingestão inadequada de nutrientes. Este padrão irregular, juntamente com as práticas purgativas, gera disfunção nos mecanismos de fome, apetite e saciedade. A somatória dos pensamentos obsessivos com os sentimentos inadequados em relação aos alimentos e a disfunção nas sensações de fome e saciedade levam os pacientes a afirmarem que não suportam a sensação do alimento no estômago. Eles costumam gostar da sensação de estômago vazio, como se isso significasse estar magro, limpo ou puro (ALVARENGA; DUNKER, 2004; CUNHA, SICCHIERI, CALIL, 2007).

Estes pacientes sentem-se incomodados em comer na presença de outras pessoas, e por isso, restringem a alimentação e exageram na quantidade quando estão sozinhos; apresentam dificuldade para comer fora de casa ou socialmente; têm alguns rituais para compulsão, como fazer estoques de comida ou preparar situações para ficar só; escolhem alimentos que julgam de mais fácil purgação e fazem o controle obsessivo do peso corporal (ALVARENGA; DUNKER, 2004).

1.1.4 Etiologia

A etiologia dos transtornos alimentares é multifatorial, com interação e conjugação complexa de fatores na produção dos sintomas, entre eles a vulnerabilidade genética, traços de personalidade, psicopatologia parental, experiências adversas, pressões socioculturais, entre outros (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Esses fatores de interação são classificados como predisponentes - que aumentam a probabilidade de aparecimento dos transtornos alimentares, mas não os tornam inevitáveis (sexo feminino, história familiar de transtorno alimentar, baixa autoestima, perfeccionismo, dificuldade em expressar emoções); precipitantes - que marcam o aparecimento dos sintomas do transtorno (dieta,

experiências de separação e perda, alterações da dinâmica familiar, expectativas irreais, proximidade da menarca); e mantenedores - que determinam se o transtorno vai se perpetuar ou não (alterações endócrinas, distorção da imagem corporal, distorções cognitivas e práticas purgativas). A influência desses fatores na vida do indivíduo vai depender da combinação única que eles adquirem em sua individualidade e sua história pessoal (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002; BIGHETTI, et al., 2007).

Os fatores biológicos incluem alterações de neurotransmissores como a serotonina, dopamina e noradrenalina que podem ser predisponentes para os transtornos alimentares. No entanto, existem dúvidas se essas alterações precedem ou decorrem da restrição alimentar ou do padrão caótico de ingestão alimentar compulsiva (CORDÁS; SALZANO, 2001).

A influência genética não foi completamente esclarecida ainda, por limitações metodológicas. No entanto, estudos com gêmeos têm apontado que existem maiores ocorrências em gêmeos monozigóticos do que em gêmeos dizigóticos (BULIK et al., 2000; KLUMP; McGUE; IACONO, 2002; STOBBER et al., 2000).

Em relação aos fatores familiares, há descrições de que pais superprotetores podem ter um papel na etiopatogenia dos transtornos alimentares. Seus comentários, que demonstram insatisfação com o peso dos filhos, são fator preditivo de desenvolvimento do transtorno (ALLEN et al., 2009).

Os fatores psicológicos dizem respeito a algumas características que são comuns nos pacientes com AN como perfeccionismo, distorções cognitivas, rigidez comportamental, necessidade de manter controle completo sobre a própria vida e indiferença ao sexo. Já os pacientes com BN são mais impulsivos, muito críticos sobre si mesmos, reagem de forma exagerada em situações de estresse e apresentam baixa autoestima (CORDÁS; SALZANO, 2001). Os transtornos alimentares são frequentemente associados a comorbidades psiquiátricas e a relação existente entre eles é bastante complexa sendo muito estudada nas últimas décadas pelas implicações que resultam no tratamento desses pacientes. Os transtornos psiquiátricos com grande prevalência entre os pacientes com transtorno alimentar são os transtornos afetivos (principalmente depressivos),

ansiosos, transtornos de personalidade do tipo borderline, histriônico e anancástico (MARTINS; SASSI, 2004).

Os fatores socioculturais são decorrentes da insatisfação corporal e atitudes alimentares inadequadas, principalmente em adolescentes e adultos jovens. Observa-se excessiva valorização econômica e exaltação da mídia a modelos e atrizes, na maioria das vezes com peso abaixo do esperado. Em oposição, ocorre a banalização e discriminação sofrida por pessoas com obesidade de maneira geral, principalmente na sociedade ocidental, na qual há maior obsessão por um corpo magro e perfeito (CORDÁS; SALZANO, 2001).

Os aspectos socioculturais têm sido apontados como um dos determinantes mais importantes na etiologia dos transtornos alimentares. Atualmente, o modelo de beleza imposto pela sociedade corresponde a um corpo magro; no entanto, não considera aspectos relacionados à saúde e às diferentes constituições físicas da população. Este padrão distorcido de beleza vem estimulando a criação de um número cada vez maior de dietas para controle de peso, além do excesso de exercícios físicos e o uso indiscriminado de laxantes, diuréticos e drogas anorexígenas. Esses comportamentos são considerados precursores de transtorno alimentar (NUNES et al., 2006).

A discrepância entre o peso real e o ideal leva a um estado de constante insatisfação com o corpo e dietas para diminuição de peso tornam-se frequentes. Além das mulheres adolescentes e jovens, alguns grupos ocupacionais (modelos, atrizes, bailarinas, atletas, nutricionistas, jockeys) podem estar mais vulneráveis aos transtornos alimentares, pois reforçam a demanda por um corpo magro. Não se sabe ainda se o ambiente teria influência como fator desencadeante ou se pessoas já predispostas a desenvolver transtornos alimentares tenderiam a procurar tais profissões (KAKESHITA et al., 2009).

Quanto aos fatores sociais, a estrutura da família e o padrão de consumo de refeições influenciam o consumo e as escolhas alimentares de adolescentes. Os pais propiciam, no ambiente familiar, as primeiras experiências com o alimento e a forma de comer, o estilo de alimentação, as mensagens verbais e gestuais emitidas. São um modelo e também a primeira referência que a criança tem na constituição dos seus hábitos, costumes e preferências alimentares. Eles podem

criar ambientes que favorecem comportamentos alimentares saudáveis ou favorecer o aparecimento do excesso de peso ou ainda o comer transtornado (COBELO, 2004).

1.1.5 Tratamento

O tratamento deve envolver um olhar minimalista e multidisciplinar, pois a complexidade dos sintomas não específicos requer abordagens de natureza clínica, nutricional, psicológica e psiquiátrica, desenvolvido por equipe de profissionais treinados em serviços especializados. Deve envolver a família do paciente também, e dependendo da modalidade terapêutica, o atendimento deve ser individual e/ou grupal.

No momento do diagnóstico do transtorno alimentar, será direcionado o tratamento do paciente e posteriormente, sempre que houver uma mudança relevante no quadro que exija transição para uma abordagem diferente. As configurações incluem seguimento ambulatorial, hospitalização parcial em hospitais-dia (HD), tratamento domiciliar e hospitalização integral. O que determina o nível inicial de assistência é o conjunto da condição física geral do paciente, as complicações médicas, deficiências, comorbidades psiquiátricas, comportamento, interação familiar, meio ambiente, recursos sociais e serviços disponíveis (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION - ADA, 2001; CABRERA, 2006; DONINI et al., 2010).

O tratamento visa à completa recuperação do paciente, incluindo a reabilitação clínica, nutricional e psicológica. A recuperação nutricional ou a melhora da relação com a alimentação são pontos-chave para a maioria das complicações clínicas. É importante ter uma vigilância clínica devido ao risco de vida que esses pacientes apresentam (FAGUNDES; OLIVA, 2005).

O seguimento deverá ser realizado, sempre que possível em ambulatório/consultório e quando realizado de maneira multiprofissional e com a participação da família, costuma apresentar boa adesão e evoluir de forma satisfatória. A frequência do acompanhamento, no início deve ser semanal e o

---

objetivo é avaliar a interrupção da perda de peso e melhora dos sinais de subnutrição em casos de AN, como, frequência cardíaca, aumento dos índices antropométricos e exames laboratoriais (albumina, ferro, potássio e vitaminas). Na BN, deve-se ficar atento aos sintomas gastrintestinais, com avaliação do desgastário ocasionado por vômitos incoercíveis, sinal de Russel e, principalmente, desequilíbrio hidroeletrolítico. O paciente deve ser pesado com vestimentas leves para dificultar possíveis sabotagens que representem ganho de peso irreal, como por exemplo, esconder objetos pesados embaixo da roupa (APA, 2000; RIBEIRO; SICCHIERI; BIGHETTI, 2007).

Quanto ao manejo dietético, os dois principais objetivos do acompanhamento nutricional na AN são a recuperação de peso, avaliado pelo IMC e classificado de acordo com a idade, sexo e curva de crescimento, e o restabelecimento do padrão alimentar, baseado na reeducação alimentar. Caso o paciente esteja com peso muito abaixo do habitual ou apresente história de perda de peso muito rápida ou, ainda, quando a saúde está em risco pelas complicações clínicas, o restabelecimento do peso e de outras consequências deve ser tratado em esquema de internação (OZIER; HENRY; ADA, 2011).

O nutricionista que atende pacientes com transtornos alimentares precisa ter boa compreensão dos limites profissionais, da intervenção nutricional e da psicodinâmica desses quadros, pois pode ser o primeiro a reconhecer os sintomas de um indivíduo ou de ser o primeiro profissional de saúde consultado por um paciente para essa condição. A terapia nutricional exige conhecimentos e dos requerimentos nutricionais para a fase da vida do indivíduo com o quadro, tratamentos de reabilitação nutricional, e as modalidades para restaurar padrões alimentares normais (APA, 2006; REITER; GRAVES, 2010). O nutricionista tem uma função de destaque na equipe, por ser responsável pela orientação nutricional, desmistificando crenças, apontando erros alimentares que podem ser desencadeantes, por exemplo, de ciclos bulímicos, traçando metas e buscando soluções alternativas, com pequenos acordos, para evolução da ingestão alimentar. Para isso, deve levar em consideração o sofrimento psíquico apresentado pelos pacientes em relação à comida, com uma postura aberta e

procurando não reforçar a rigidez superegoica dos pacientes (SAPOZNIK; BUENO; LOBÃO, 2004).

Na esfera nutricional, deve-se evitar metas inatingíveis e medidas de cobranças, e o mais recomendado e sensato é que se restabeleça o hábito alimentar saudável, respeitando-se as preferências alimentares sempre que possível, com aumento lento e gradativo das porções alimentares e número de refeições, em comum acordo com o paciente. O diário alimentar é um instrumento simples e de baixo custo, que pode auxiliar no acompanhamento das orientações nutricionais e avaliação dos progressos da alimentação (RIBEIRO; SICCHIERI; BIGHETTI, 2007).

Em caso de evolução insatisfatória com redução ou manutenção do peso corpóreo muito baixo, vômitos incoercíveis, distúrbio hidroeletrolítico, ideação suicida e outros sinais e sintomas que apontam risco de vida, indica-se a internação hospitalar integral para corrigir o problema mais importante e atuar de maneira intensiva no acompanhamento multidisciplinar. Neste esquema terapêutico, a dieta inicialmente deve ser geral, com controle da ingestão energética e cálculo nutricional realizado pelo método do resto ingestão, adaptada sempre às características e preferências do paciente. Quando houver vômitos, recusa alimentar ou dificuldade em progredir para o aumento do aporte energético, a nutrição enteral é indicada, com administração da dieta por bomba de infusão no período noturno, deixando o dia livre para que haja estímulo da ingestão alimentar pela via oral (APA, 2006; WOODSIDE et al., 2001).

Miller e Golden (2010) estimam que prognóstico de recuperação de um transtorno alimentar varia de acordo com o diagnóstico, a população de estudo, e duração do acompanhamento. Pessoas com AN têm uma maior incidência de recaída e uma taxa de mortalidade mais elevada em comparação com as pessoas com diagnóstico de outros transtornos alimentares. Os adolescentes com AN parecem sair-se melhor do que aqueles diagnosticados de forma tardia, com 30% a 50% dos adultos alcançar a recuperação total versus 69% para 75,8% de adolescentes de 10 a 15 anos de seguimento. Na BN foi relatado em 74% e 33% para os pacientes com AN, com 99% dos pacientes com BN e 83% daqueles com

---

AN alcançar a recuperação, pelo menos parcial. A taxa de recidiva após a recuperação total foi de aproximadamente 33% em ambos os grupos.

1.2 A alimentação

1.2.1 Aspectos históricos

Estudar a alimentação humana é uma tarefa complexa, pois pode mobilizar numerosas disciplinas científicas como a Epidemiologia, a Economia, a Sociologia, a Psicologia, a Antropologia, a Nutrição, a História, as disciplinas tecnológicas, entre outras. Cada uma delas produz uma série de dados que permitem estudar grandes tendências e alterações de comportamento e consumo alimentares (POULAIN; PROENÇA, 2003).

A alimentação é um fenômeno primordial para a existência do ser vivo, na qual a comida e o ato de se alimentar representam elementos de interação humana, familiar e social, com conotações simbólicas (SANTACRUZ, 1997).

O ato de comer não é uma ação solitária ou autônoma do ser humano. Ao contrário, é a origem da socialização, pois nas formas coletivas de se obter a comida, a espécie humana desenvolveu utensílios culturais diversos, talvez até mesmo a própria linguagem (SANTOS, 2005).

Amplio é o legado indígena quanto ao uso de alimentos e às preparações hoje integradas na cozinha nacional brasileira. Se a cultura indígena careceu de força ostensiva para se impor, trouxe a sólida base dos recursos ecológicos regionais, para marcar, definitivamente, certas preferências alimentares observadas de norte a sul do Brasil (ORNELLAS, 2000).

O início da vida econômica no Brasil foi marcado pela introdução de sal, cana-de-açúcar, gado, coqueiros, bananeiras, cítricos, mangueiras e especiarias, que já eram objeto de comércio pelos portugueses ou que se faziam necessários ao seu bem-estar. Formou-se uma sociedade agrária, subjugando primeiro o índio, depois o negro, e prevalecendo o poder particular dos donatários e com influência decisiva da Igreja com suas missões religiosas. Integrou-se à culinária

portuguesa, indefinida na origem e simples na essência, com a abundância e versatilidade natural de que se dispunha o índio brasileiro, onívoro por natureza. Este último impôs o uso da mandioca e derivados, assim como o milho, que passaram a constituir a base da alimentação do colonizador (ORNELLAS, 2000).

Câmara Cascudo (1983, p. 446), diz que “o binômio feijão-farinha, estava governando o cardápio brasileiro desde a primeira metade do século XVII”. Todas as crônicas dos viajantes no Brasil colonial e imperial registram a importância do feijão em muitas misturas, com coco, carnes e, mais comumente, só com sal e farinha. Outra preparação é a feijoada completa, que só tem registro no século XX. O cozimento em água com temperos é uma técnica portuguesa que se mistura com o hábito indígena da farinha de mandioca, por isso, afirma Cascudo, o que se denominou “feijoada é uma solução europeia elaborada no Brasil. Técnica portuguesa com o material brasileiro”.

A arte culinária envolve todos os sentidos: visão (aspecto, cor, forma, apresentação dos pratos, arranjo do ambiente); olfato, denominado o sensor do apetite, que segundo Renner (1944), se o aroma desperta prazer, o cheiro fétido intenso pode causar dor; tato, que são sensações térmicas diversas (consistência sólida, líquida, pastosa, viscosa); audição, ruídos sonoros do crocante, do trincar, grudar, estalar da língua e dos lábios; e, finalmente, o paladar, doce, salgado, ácido e amargo e a combinação com todas as sensações, que na boca se fundem, envolvem-se e revolvem-se no prazer do comer. O artista da culinária tem muitas formas para seduzir e prender o comensal.

De acordo com Ornellas (2000), entre as motivações que levam o homem à busca do alimento figuram:

- 1) Sobrevivência: fator instintivo, básico e permanente, que tem a fome como o impulso normal para a busca do alimento;
- 2) Saúde: as preocupações com a saúde foram sempre inerentes à própria condição humana, em decorrência das limitações ocidentais ou permanentes e, principalmente, do temor da morte;
- 3) Dietas: povos de culturas primitivas já estabeleciam restrições alimentares em condições especiais, com as de gestação, puerpério, menstruação, etc.;

- 4) Religião: as manifestações religiosas demonstravam a necessidade sentida pelo homem de se comunicar com uma entidade ou ser superior, para implorar auxílio, esclarecer dúvidas, ou diminuir o temor da morte e das incertezas sobre a vida de além-túmulo. Mitos, mandamentos, leis e normas relacionadas aos alimentos guardam relações com fatores espirituais, emocionais, distantes e, sobretudo, importantes para sustentar uma crença;
- 5) Político-social: a diferença de direitos e de prerrogativas levou a divisão de correntes: aquelas que correm para o mar, e mais come quem mais tem, e as de rumo contrário, que mínguam à medida que correm para a boca do pobre;
- 6) Longevidade: desde as tribos mais primitivas aos dias de hoje, todos buscam algo para prolongar a existência e juventude; por esse desejo em todos os tempos, os conceitos básicos evoluíram para dieta e longevidade;
- 7) Carências: ao longo da história, com a fome oculta e insidiosa, foram descobertas as vitaminas, entre outros nutrientes pelos avanços da humanidade;
- 8) Ciências: a ciência e os conhecimentos de nutrição progredem, com fundamentos na química. Lavoisier (1743-1804), chamado o pai da nutrição, abriu caminho a outros investigadores: Liebig (1803-1853) identificou a composição dos alimentos; Voit, Rubner, Atwater e Lusk determinaram a calorimetria humana e as leis da nutrição;
- 9) Tecnologia: enquanto progredia a ciência, avançava a tecnologia. O homem busca fórmulas sintéticas perfeitas, associando a ciência à tecnologia. Adiciona aditivos aos alimentos que perderam fatores nutritivos nos processos de industrialização, ou visando conservar características organolépticas de odor, sabor, cor;
- 10) Cultura: a cultura é influenciada pelas invenções, principalmente tecnológicas, pela difusão de elementos culturais de um indivíduo para outro ou de uma sociedade para outra, de forma pacífica ou não. Estudos sistematizados da conduta humana em relação à

alimentação comprovam que o hábito alimentar é uma parte inseparável de uma forma de vida. Resultados de evidências científicas não são, normalmente, argumentos suficientes para determinar mudanças de hábitos alimentares visto que os fatores psicológicos são considerados fatores muito fortes e, portanto, merecem estudo e observação.

Antigamente, comer fora de casa era acontecimento raro e reservado a comemorações de alguma data especial. As refeições eram balanceadas, havia pouca diversidade de alimentos, que possuíam baixa caloria, e as pessoas não eram tão sedentárias. A estrutura familiar atual não conta com a mulher disponível em casa, por sua inserção no mercado de trabalho. Assim, há pouco tempo para compra de alimentos in natura para o preparo das refeições diárias. Desta forma, houve aumento no consumo de alimentos prontos ou semiprontos, ou mesmo a prática de alimentação fora de casa. Além disso, a sofisticação da indústria tecnológica de bens de consumo reduziu drasticamente o tempo dedicado a atividades que promoviam gasto energético (POPKIN, 2009).

A importância do crescimento do fast-food tem sido ressaltada como uma das chaves para a compreensão da natureza dos problemas sociais enfrentados atualmente. Verifica-se corrosão dos hábitos alimentares familiares, como as refeições partilhadas, o que leva à substituição da alimentação em casa pelos sistemas de restaurantes ou lanchonetes. A expansão da lanchonete, especialmente de algumas cadeias construídas sobre certas marcas, traz consigo um sistema alimentar específico baseado na substituição dos carboidratos complexos por carboidratos simples, com consequências danosas à saúde pública e para a ecologia global (CARNEIRO, 2005).

A proporção de alimentos consumidos fora do domicílio vem aumentando no Brasil de acordo com dados sobre gastos com alimentação, que indicam que 31% da renda foram destinados a esse tipo de alimentação em 2008-2009 contra 24% em 2002-2003 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2011). Alguns fatores influenciaram esse aumento como os de ordem social, demográfica e econômica, maior participação da mulher no mercado de

trabalho, aumento da renda familiar, urbanização, escassez de tempo da sociedade moderna e diminuição do preço de alimentos prontos para consumo. De maneira isolada ou conjunta, eles podem influenciar de forma importante a qualidade da dieta dos brasileiros (BEZERRA, et al., 2013; MA, et al., 2006).

Segundo o IBGE (2011), que fez análise do consumo alimentar pessoal no Brasil entre 2008 e 2009 com 13.569 pessoas com idade acima de 10 anos, o percentual de consumo fora do domicílio em relação ao consumo total foi alto para cerveja (63,6%), salgados (53,2%), e salgadinhos industrializados (56,5%). Valores acima de 30% ocorreram para salada de frutas (38,8%), chocolates (36,6%), refrigerantes diet ou light (40,1%), refrigerantes (39,9%), bebidas destiladas (44,7%), pizzas (42,6%) e sanduíches (41,4%).

A mudança do padrão de alimentação das famílias, em consequência do desenvolvimento tecnológico da produção, conservação e distribuição de alimentos, não afeta apenas o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, mas também a qualidade de vida das pessoas. Alterações comportamentais como ansiedade, depressão e até mesmo possíveis transtornos alimentares, influenciados por sentimentos de baixa estima e distorção ou insatisfação com a imagem corporal, podem ocorrer como consequência dessa situação. Apesar de se acreditar que as interações entre gene e ambiente possam influenciar, fatores como preferência por alimentos, escolha alimentar, ingestão, metabolismo e dispêndio energético, o ambiente se mostra particularmente importante. Os fatores ambientais podem ser os principais responsáveis pela epidemia da obesidade e pelo aparecimento dos transtornos alimentares, resultante de mudanças sociais e culturais da sociedade contemporânea (ALMEIDA; NASCIMENTO; LAUS, 2013).

Rozin (2005) chama a atenção para o fato de que nunca se ofereceu tanto alimento nem se exigiu tanta magreza, assim como nunca se falou tanto em alimentação e nutrição, nem houve tantas pessoas com obesidade e problemas metabólicos. A visão estritamente biológica da alimentação saudável pode levar a uma paranoia alimentar e as informações sobre alimentação e saúde presentes na mídia, embora estejam muitas vezes baseadas em estudos científicos, não é

acompanhada de educação sobre conceitos de risco, por exemplo, como sal e gordura sendo considerados quase como toxinas.

Concomitantemente a esse cenário, há acentuada valorização da pessoa que passa a ser considerada o centro do universo e responsabilizada por tudo em sua existência; se por um lado essa transformação permite ao ser humano aventurar-se pela vida em busca do seu desejo, sendo o fundamento do movimento e do processo criativo, por outro lado, também está na base da individualidade extrema, da permanente exaltação do narcisismo e do enfraquecimento dos vínculos sociais hoje vividos. Desta forma, as angústias do ser humano não se revelam nos conflitos psíquicos nos quais os impulsos se opunham às interdições morais, mas evidenciam-se agora nos registros do corpo, da ação e do sentimento (BIRMAN, 2006).

Nessa linha de raciocínio, o indivíduo passa a ser senhor de tudo e por isso, é preciso mantê-lo forte e saudável. Em termos de comportamento alimentar, essa alteração destaca-se em dois movimentos, não necessariamente sucessivos no tempo ou mutuamente excludentes: a era dos fast-foods e a que se denominou como a era do corpo. A primeira privilegiou a rapidez e a possibilidade de o indivíduo não perder tempo, ocupando-se de forma produtiva. Em consonância com a pós-modernidade, nessa era a alimentação passa a ser automática e solitária. Já a era do corpo, transformou-o em lugar sagrado sendo necessário cultuá-lo, exercitá-lo, fortalecê-lo e, o mais importante, mantê-lo jovem. Esse fator influenciou a glorificação da magreza como ideal absoluto, sob qualquer sacrifício, mesmo que em última instância, o “milagre” só possa ser atingido à custa da própria saúde. Nesse cenário, a comida impõe-se como algo poderoso, ora fascinante, ora mortífero, e alimentar-se torna-se, muitas vezes, algo quase pecaminoso (BRASILIANO; BUCARETCHI; KACHANI, 2010).

Com o avanço do conhecimento científico, a importância do alimento, que era essencialmente a subsistência da espécie, perde posição para a importância nutricional da alimentação. Desta forma, o alimento deixou de ser “combustível” e passa a atuar na manutenção da saúde (TEUTEBERG; FLANDRIN, 1998). Segundo Fischler (1998), a alimentação situa-se em uma corrente tecnológica, industrial e funcional, mas reveste-se também de outras dimensões, como a do

prazer. É importante entender, portanto, o que aconteceu ao longo das últimas décadas para que o alimento se tornasse tão ameaçador pelo fato de ser rico em calorias e levar ao aumento de peso. A sociedade passou a valorizar a magreza e fazer da obesidade uma condição estigmatizada. As consequências psicossociais da obesidade, compostas pela ênfase cultural na magreza são tão sérias quanto às consequências médicas, com muitas pessoas com obesidade vivenciando discriminação e problemas psicológicos específicos ao seu quadro (GAYLE, 1998).

1.2.2 Aspectos psicológicos

O alimento, a culinária e tudo o que nele está envolvido inclui a história familiar de cada pessoa, suas lembranças, sentimentos, fantasias conscientes e inconscientes, que estão, em última instância, interligados com a primeira experiência de vida com o leite materno na fase da amamentação. No aleitamento materno o recém-nascido vai experimentar e aprender sobre ele, pois com suas experiências de prazer, sentimentos de angústia, gratificação e frustração que são sentimentos que advém do processo de amamentação e serão importantes na constituição do psiquismo e personalidade do sujeito (BRASILIANO; BUCARETCHI; KACHANI, 2010).

Freud (1959) denominou a etapa do desenvolvimento libidinal como a fase oral e esses aspectos primitivos da vida mental do sujeito estão associados à alimentação, já que o vínculo duplo do bebê com o seio materno transforma a boca em zona erógena. Melanie Klein também enfatiza a importância da alimentação no momento inicial da vida para constituição do psiquismo, pois diz que o bebê, desde o seu nascimento, possui capacidade psíquica, ainda que rudimentar, para perceber e organizar o mundo. É pela amamentação e contato com o seio materno que o bebê poderá experimentar sensações de gratificação e frustração, voracidade e avidez. No momento em que sente gratificação e prazer, o bebê enxerga o mundo como perfeito, e diante da frustração, sente o meio externo como persecutório e ameaçador (KLEIN, 1996).

Winnicott (1982) destaca o papel do meio ambiente na constituição do psiquismo. Para ele, um ambiente sem muitas perdas ou privações é um facilitador do desenvolvimento do bebê e do seu relacionamento com a mãe e com o mundo. De acordo com a qualidade do contato da mãe com o seu bebê, principalmente no momento do aleitamento, que os recursos da criança poderão se desenvolver de forma mais ou menos satisfatória. Uma mãe suficientemente boa não pode fornecer à criança apenas satisfações materiais, como o leite que a alimenta e a higiene pessoal, mas, sobretudo, deve oferecer-lhe sua própria experiência afetiva e pulsional que a levará a novas experiências de prazer e angústia.

Desta forma, a alimentação está vinculada a aspectos emocionais que devem ser considerados na compreensão do ato de se alimentar e nas dificuldades referentes a este processo. Ela é um importante elo entre o bebê e sua mãe (WINNICOTT, 1982). Segundo Poulain (2004), a alimentação tem uma função estruturante da organização social de um grupo humano, sendo a comida, portanto, um formador de identidade.

Ao considerar o momento inicial do desenvolvimento humano, em que o alimento está a serviço da sobrevivência e das representações afetivas, da fome e do desejo, é importante refletir de que forma o alimento, atualmente, se transformou em um inimigo social, gerador de ansiedades, angústias e culpas. É impossível separar a alimentação da afetividade, pois tudo o que é vivido e sentido pode interferir no comportamento alimentar. A subjetividade não é o único fator conjugado à alimentação e seus significados, que carregam também importantes marcas culturais, que serão diferentes em cada cultura e em uma mesma cultura em momentos históricos diferentes (BRASILIANO; BUCARETCHI; KACHANI, 2010). Os alimentos não são somente alimentos. Alimentar-se é um ato nutricional e comer é um ato social, pois constitui atitudes ligadas aos usos, costumes, protocolos, condutas e situações (SANTOS, 2005).

A comida, inicialmente, é percebida como um sistema de comunicação, um corpo de imagens, um protocolo de situações e condutas. Ao ser comprado e consumido, o alimento deixa de ser apenas alimento e passa a ser um signo. Quando consumido, esse mesmo alimento expõe e transmite uma situação, e

logo constitui uma informação, tornando-se significante. Barthes (1961) diz que pela publicidade de alimentos, pode-se compreender a imensa trama de temas e situações que envolvem esses significados e menciona três eixos de valores. O primeiro refere-se à memória e à tradição e neste sentido, a comida teria uma função rememorativa; suas técnicas de preparo teriam virtudes históricas e garantiriam a sobrevivência de algumas tradições. O segundo eixo direciona-se para o consumidor moderno, o qual a publicidade utiliza uma série de recursos que permitem transferir aos alimentos, informações associadas ao desejo que deveria ser dos consumidores. Podem, por exemplo, expressar virilidade, força, leveza e modernidade associando a comida a uma esfera de situações psicoafetivas. O último eixo é formado por um conjunto de valores ambíguos que se referem ao conceito de saúde. A relação da saúde com a comida se manifestaria pelas disposições corporais, das situações que o corpo pode passar de acordo com as características de certos alimentos e situações cotidianas referentes à alimentação.

1.2.3 Aspectos culturais

Na antropologia, compreende-se a cultura como um conjunto de mecanismos de controle, planos, receitas, regras e instruções que governam o comportamento humano. Nesse contexto, a análise dos tabus alimentares foi, desde os primórdios da antropologia, um terreno fértil para especulações criativas sobre o significado simbólico da alimentação (CARNEIRO, 2003).

A cultura define a vida não só pelas pressões materiais impostas pelo cotidiano, mas por um sistema simbólico (SAHLINS, 1979); desempenha papel fundamental na construção da personalidade e da psicopatologia, e ocupa lugar central na compreensão de ambos os conceitos (RAMOS; GALERA, 1997).

Alimento, de acordo com a antropologia, é algo geral, universal, tudo que puder ser ingerido pelos seres humanos para os manterem vivos. A comida corresponde a algo que é consumido com algum sentimento, conforme regras e padrões culturais e que satisfaz as necessidades corporais, os olhos, o nariz, a

boca e o imaginário. Somente a comida tem caráter simbólico e é uma linguagem que identifica e expressa a cultura. A comida não é apenas uma substância alimentar, mas um modo, um estilo de alimentar-se, e a maneira de comer define aquilo que é ingerido e também, aquele que o ingere (DaMATTA, 1991; GARINE, 1987).

Os significados da comida podem ser designados como produtos expressos do contexto social. O conhecimento propiciado pelas vivências funciona como referências para a interpretação das coisas. Entende-se um modo pragmático sobre o comer em que as sensações podem ser delimitadas por estilos cognitivos particulares, caracterizados por certa tensão da consciência, retratam a forma de espontaneidade de determinada experiência, como o almoço de domingo em família ou com amigos. O hábito depende da sociabilidade, da perspectiva temporal dos atores sociais e das suas condições econômicas (FREITAS et al., 2011).

Já o comportamento alimentar expressa a conduta ou a maneira de consumir o alimento, um modo compulsivo ou não, como retraimento, gula, vergonha, etc. (GARCIA, 1997a). Algumas pessoas comem como uma necessidade para a sustentação do corpo para o trabalho; outros entendem o comer como prazer do corpo. Segundo Basdevant, Carplet e Guy-Grand (1993), é uma combinação de ações que vão além dos aspectos quantitativos e qualitativos dos alimentos ingeridos, quais sejam a procura e a aquisição de alimentos que precedem o hábito de se alimentar, as condições rítmicas e ambientais que acompanham as refeições e os fenômenos pré e pós-ingestão. São atitudes relacionadas com práticas alimentares e atributos socioculturais (TORAL; SLATER; SILVA, 2007).

Apesar de a alimentação ser considerada uma resposta à sensação de fome, também está sujeita a respostas de aprendizado como os gostos, o apetite, a saciedade e o prazer (PINEL, 2000). Ela pode ser interpretada pelo estudo dos hábitos alimentares e de como determinados padrões de consumo se estabelecem e se alteram (CARNEIRO, 2003). O hábito alimentar é a percepção que se tem sobre a comida e a escolha dos alimentos no contexto social em que se vive. Como prática alimentar, o hábito é uma ordenação consciente adquirida

---

pela experiência das pessoas em seu mundo social desde a infância. O hábito se inscreve como um código simbólico, no cotidiano. E, enquanto inscrição da cultura, o hábito alimentar revela identidade e valores referenciais do cotidiano próprios da estrutura social. É uma região onde o indivíduo tece uma infinita rede de símbolos que reflete sua realidade, o cotidiano de seu corpo e sua comida. Compreender os significados do hábito alimentar é buscar os sentidos da experiência alimentar do sujeito em seu cotidiano. Comportamentos e hábitos se assemelham, mas têm diferenças semânticas que interferem na etiologia das doenças (COSTA, 1985; FREITAS, et al., 2011).

Dessa forma, os hábitos alimentares fazem parte de um sistema cultural repleto de símbolos, classificações e significados e assim, nenhum alimento está livre de associações culturais atribuídas pela sociedade. O comportamento em relação à comida está associado diretamente ao sentido de todos e à identidade social de cada um (MINTZ, 2001).

O hábito trata de sensações que não são somente físicas, mas também, subjetivas e afetivas. Todo um conjunto de sensações está cercado pelo desejo e por sombras do passado que agem sobre o comer. “É como se a alma também sentisse o alimento” (FOUCAULT, 1984). É um tema da experiência do cotidiano, que se mostra a partir de práticas alimentares. O acesso, as escolhas e o preparo compõem a comensalidade e implicam dar um registro de identidade ao consumidor, que responde à sua necessidade biológica e sociocultural. Está no mesmo campo semântico do consumo e está relacionado ao modo pelo qual indivíduos se situam perante seu sustento e valores, atribuindo significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a comida (FREITAS, et al., 2011).

A representação social do alimento é uma forma de interpretação do acesso e consumo. Esses conhecimentos apresentam-se como formas culturais cujo entendimento requer compreensão de variados elementos, como crenças e outras aquisições, para significar consumo, comportamento e práticas alimentares (KORSMEYER, 2002). Desta forma, uma representação sobre o hábito alimentar se configura como a percepção do indivíduo sobre um determinado alimento, que pode ser carregado, impuro, reimoso, light, diet, fraco, forte, saudável ou pesado (FREITAS, 2002; WOORTMAN, 1978). As diversas representações expressam o

---

realismo das acepções sobre o comer e as necessidades do corpo. A semelhança das sensações do comer no Ocidente está na condição mítica que abrange crenças e tabus, natureza, culinária e história (ELIAS, 1994).

Ao escolher uma preparação, não há impessoalidade mas uma vivência projetada no passado e na tradição. O conteúdo humano define o que se come como uma referência de mundo socialmente definido, um registro, uma identidade do ser no mundo (FREITAS, et al., 2011).

Os contextos sociocultural e histórico são referências que caracterizam o movimento contínuo de valores em relação ao comer, em qualquer que seja a sociedade. Desta forma, o hábito alimentar é uma experiência constituída historicamente que conjuga práticas, temporalidade, crenças, tabus, comportamentos, com significados subjetivos quanto à vida interior e com os que afetam o mundo exterior. Por exemplo, a sensação de desejo e a necessidade são sentidos relacionais ao hábito alimentar. O comer é um ato polissêmico, com uma trama de significados do cotidiano em que o ser humano vive e no qual se encontra quase sempre cativo. Por isso, mesmo com toda tecnologia disponível, o ser humano não se alimenta apenas de macro e micronutrientes. Comem-se articuladas misturas não casuais de alimentos, constituídas de saberes e práticas culturais, escolhas e preparos resultantes da comunhão entre artes culinárias e hábitos (FREITAS, et al., 2011).

1.2.3.1 Modelo e consonância culturais

Modelo cultural não é um conceito articulado, mas algo para apreender diferentes tipos de conhecimento cultural. Podem ser pensados também como sabedoria popular. Afetam o entendimento das pessoas sobre o mundo e sobre seu comportamento, são inconscientemente ensinados e apreendidos das experiências transmitidas pelas outras pessoas como também de experiência pessoal acumulada. O conhecimento compartilhado pode ser referido como modelos culturais cognitivos para crenças, valores e comportamentos (DRESSLER; BINDON, 2000).

A cultura é definida como o conhecimento compartilhado para que uma pessoa funcione adequadamente num grupo social e o termo conhecimento está sendo usado como o entendimento que constitui instituições humanas (GOODENOUGH, 1996).

A análise de modelos culturais pode ser realizada pelo modelo de análise do consenso cultural desenvolvido por Romney, Weller e Batchelder (1986), que avalia o grau em que diferentes indivíduos compartilham o conhecimento sobre um determinado domínio cultural. O modelo cultural de um domínio inclui os elementos daquele domínio e os relacionamentos entre esses elementos, assim, descreve processos que são entendidos e supostos em geral em um determinado domínio, como as relações com outros domínios culturais específicos. A forma modular ou esquemática de conhecimento cultural permite que o conhecimento possa ser aplicado em diversas situações e variarem em níveis de abstração e relacionamento com outros modelos, por exemplo, um modelo de pequenas transações comerciais (como comprar algo) pode ser incorporado a modelos mais compreensivos, como sair em férias (DRESSLER, 2007).

Segundo estes autores, os indivíduos que possuem maior conhecimento sobre os modelos culturais compartilhados possuem maior competência cultural, que é o grau de sabedoria do indivíduo sobre o consenso consoante de um determinado domínio cultural.

Em alguns domínios, como estilos de vida e alimentos, limitados recursos econômicos podem restringir indivíduos de promover modelos culturais em sua própria vida. Em outros domínios, como religião, alguns indivíduos, enquanto compreendem claramente o modelo cultural compartilhado, podem conscientemente optar por seguir um caminho alternativo em suas próprias vidas. O conceito e a mensuração de consonância cultural definem essa correspondência do modelo cultural (DRESSLER, 2012).

Com este método, no entanto, não tem sido possível estimar a relação entre cultura e comportamento. Desta forma, Dressler e Bindon (2000) e Dressler e Dos Santos (2001) têm sugerido um novo conceito e um novo método para investigar esta relação. O conceito é denominado consonância cultural e refere-se ao grau em que cada indivíduo, em seu próprio comportamento ou crença,

---

aproxima-se ou distancia-se de um específico domínio cultural. Estudos têm sugerido uma correlação positiva entre consonância cultural e variáveis fisiológicas e psicológicas (DRESSLER; BALIEIRO; DOS SANTOS, 2002). O conceito de consonância cultural preenche uma lacuna na teoria antropológica e liga a cultura como um descritor de agregados (por exemplo, grupos sociais) para os indivíduos dentro desses grupos (DRESSLER et al., 2013). Conhecimento e comportamento, no entanto, não são a mesma coisa, e o conceito de consonância cultural conecta esses fenômenos. Por uma variedade de razões, incluindo a restrição estrutural e o indivíduo, as crenças e os comportamentos dos indivíduos, irão divergir de modelos culturais compartilhados. Consonância cultural liga a cultura ao indivíduo em termos de comportamento, e, finalmente, tem o potencial para vincular o cultural ao biológico. A consonância cultural identifica ainda as contradições que podem surgir entre consonância cultural compartilhada, modelos e tentativas individuais de aplicar esses modelos em suas próprias vidas (DRESSLER, 2004).

Os modelos teóricos que norteiam esta teoria são provenientes de uma área da antropologia, chamada antropologia cognitiva, definida como área de estudo da relação entre sociedade humana e pensamento humano. Este modelo estuda como as pessoas em diferentes grupos sociais concebem e pensam sobre os objetos e eventos que compõem seu mundo (D'ANDRADE, 1992).

Mudanças culturais são geradoras de doenças, principalmente quando percebidas pela pessoa como ameaçadoras ou quando acompanhadas de perda dos suportes sociais que sustentam aquela pessoa (CAMPOS, 1987). Nesse contexto, o conceito de consonância cultural tem sido proposto para verificar a relação entre modelos culturais e comportamento humano. A hipótese básica é que a consonância cultural em determinados domínios culturais será associada a uma melhor adaptação fisiológica e psicológica, medidos pela pressão arterial desejável, um padrão mais favorável de lipídios e menos sintomas de distúrbios psicológicos. Uma consonância cultural elevada está associada com menor angústia psicológica (BALIEIRO, et al., 2011.; DRESSLER; BALIEIRO; DOS SANTOS, 2002, DRESSLER, 2007), menor pressão arterial (DRESSLER; BALIEIRO; DOS SANTOS, 1998; DRESSLER; DOS SANTOS, 2000; DRESSLER

et al., 2005), e menor índice de massa corporal (DOS SANTOS; OTHS; DRESSLER, 2001; DRESSLER et al., 2012). Uma longa tradição intelectual na investigação sobre saúde e doença sugere que as pessoas que são marginalizadas em relação às suas próprias culturas sofrem um estresse crônico que pode ser associado com o risco de doença (HENRY; CASSEL, 1969). A interpretação básica para estes resultados é que a baixa consonância cultural é uma experiência cronicamente estressante, pois aqueles que estão nessa situação se veem e são vistos pelos outros, como não tendo atingido sucesso em áreas culturalmente valorizadas da vida. Eles entendem como a vida deveria ser, conforme definido pelos modelos culturais compartilhados e isso resulta em uma sensação de perda, frustração e insegurança cujo resultado é o estresse crônico e risco de sofrimento psíquico (DRESSLER et al., 2013).

2. Justificativa

No Brasil, especificamente em Ribeirão Preto-SP, uma linha de investigação tem sido desenvolvida desde 1984, sobre fatores sociais, culturais e alimentares que contribuem para o risco do surgimento de doenças cardiovasculares, especialmente pressão alta e lipidemia (DRESSLER; DOS SANTOS; VITERI, 1986; DRESSLER; BALIEIRO; DOS SANTOS, 2002). O conceito de consonância cultural foi definido com base nos referidos estudos associando-o ao processo saúde-doença. Os achados iniciais encontraram correlações entre consonância cultural e pressão arterial, e seus resultados sugerem que quanto maior a consonância cultural dos indivíduos, menor a pressão arterial aferida (DRESSLER; DOS SANTOS, 2001).

A investigação de modelos culturais na alimentação ainda é um campo da ciência pouco explorado, mas bastante profícuo diante de alguns estudos já realizados.

Nesse sentido, Oths, Carolo e dos Santos (2003) conduziram um estudo sobre o significado social dos alimentos na mesma cidade, focado na dimensão específica cultural: o valor de prestígio dos alimentos. Uma lista livre de 21 alimentos básicos conhecidos e consumidos em supermercados, bares e restaurantes e veiculados na TV foi apresentada a um grupo de 19 mulheres que elencaram os alimentos em termos de prestígio. Não houve consenso sobre esta dimensão na amostra como um todo. No entanto, quando essa foi dividida por nível socioeconômico, houve aparecimento de modelos compartilhados diferentes em cada grupo. Essa lista foi baseada em estudo anterior, na mesma cidade, que utilizou uma lista ampliada, com 31 alimentos, com mais abrangência e disponibilidade social na época. Esta foi apresentada a 15 pessoas, de ambos os sexos, jovens e idosos, com diferentes graus de escolaridade, que fizeram agrupamentos livres. Emergiram, assim, cinco dimensões culturais na alimentação, cujos critérios de agrupamento foram: saudável (alimentos que as pessoas comem para serem saudáveis), prestígio (alimentos que comem os “ricos”), do dia a dia (alimentos que as pessoas consomem diariamente), praticidade (alimentos preparados com rapidez e facilidade) e desejável (alimentos desejados pelas pessoas) (DRESSLER, 2001).

Mais tarde, em 2009, esses atributos foram novamente examinados e o modelo cultural na alimentação mais fortemente compartilhado foi evidenciado em indivíduos moradores de um bairro de nível socioeconômico mais elevado nas dimensões de comida saudável, praticidade e prestígio (NEWKIRK et al., 2009). Esses estudos, ao utilizarem o modelo de consenso cultural, possibilitaram o aprimoramento da teoria sobre consonância cultural e foram realizados com sujeitos de uma população geral.

Diante das alterações do comportamento alimentar que pessoas com transtornos alimentares apresentam e a influência dos aspectos socioculturais na etiologia desses quadros, o presente projeto foi elaborado visando ampliar o entendimento do modelo cultural na alimentação e aprofundar o conhecimento dessa teoria em situações de transtornos mentais que envolvem a relação do alimento com o corpo. Especificamente, se propõe a examinar a existência de modelos culturais na alimentação e suas dimensões, seguida da análise de consenso e competência culturais.

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

Identificar a presença de um modelo cultural na alimentação em pessoas com transtornos alimentares e mulheres saudáveis.

3.2 Objetivos específicos

- 1) Caracterizar os aspectos sociodemográficos, antropométricos e a percepção da imagem corporal;
- 2) Investigar a presença de dimensões culturais na alimentação;
- 3) Verificar a existência de consenso acerca do modelo apresentado e a competência cultural;
- 4) Analisar a associação entre a competência cultural na alimentação, o estado nutricional, a percepção e satisfação da imagem corporal.

4. Casuística e Métodos

4.1 Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal, comparativo, de natureza quanti-qualitativa, realizado em três serviços especializados e de destaque no estado de São Paulo para tratamento de transtornos alimentares: Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GRATA-HCFMRP-USP); Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (IPQ-HCFMUSP) e Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares (PROATA) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

O GRATA, inicialmente denominado Grupo de Estudos dos Distúrbios da Conduta Alimentar (GEED), é o serviço pioneiro no Brasil nessa área, fundado pela Divisão de Nutrologia do Departamento de Clínica Médica no início dos anos 1980. Atualmente se constitui de uma equipe multidisciplinar formada por médicos psiquiatras e nutrólogos, psicólogos, nutricionistas, estagiários e residentes destas áreas, prestando assistência a nível ambulatorial e internação integral para pacientes com AN, BN e Transtorno Alimentar Não Especificado (TANE). Os atendimentos são realizados às sextas-feiras, em grupo e de maneira individual. Para os familiares, são oferecidos grupos de natureza educativa e de apoio psicológico. Ainda, desenvolve treinamento em serviço e atividades de pesquisa (DOS SANTOS, 2006).

O AMBULIM iniciou suas atividades em 1992 e conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos psiquiatras, nutricionistas, psicólogos, terapeutas familiares e educadores físicos, além de estagiários e residentes. Atende pacientes com AN, BN, TANE e Transtorno da Compulsão Alimentar e Periódica (TCAP), em grupo e de forma individual, em uma ampla estrutura física de ambulatórios e enfermaria específica para internação. Nessa última modalidade de tratamento, os familiares são envolvidos para realização de terapia familiar. O serviço, que funciona às sextas-feiras, também desenvolve pesquisa e treinamento em serviço (AMBULIM, 2014).

O PROATA foi criado em 1994 a partir da união de profissionais que tratavam pacientes com transtornos alimentares em dois programas existentes na época: Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (PROAD) e Programa de Orientação e Assistência a Pacientes com Distúrbios Obsessivo-Compulsivos (PRODOC). O serviço possui psiquiatras, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, além de estagiários e residentes destas áreas, prestando assistência a nível ambulatorial e de internação integral, às terças e quintas-feiras, para pacientes com AN, BN, Tane e TCAP, em grupo e de forma individual. Os familiares também são atendidos em grupos e similarmente aos outros locais, desenvolve pesquisa e treinamento em serviço (PROATA, 2014).

O delineamento desse estudo foi caracterizado como transversal pelo fato de os participantes terem sido abordados em um momento específico da sua trajetória de vida, ainda que esse momento esteja inserido em um contexto mais amplo (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004). Foi comparativo por utilizar dois grupos de participantes: pessoas com transtornos alimentares e mulheres saudáveis.

A pesquisa qualitativa se propõe a investigar em profundidade um determinado tema e se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, expectativas, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2007). Já a abordagem quantitativa reflete uma filosofia determinista baseada no paradigma ou escola de pensamento pós-positivista, que examina a causa e como diferentes causas interagem e/ou influenciam resultados. O paradigma pós-positivista adota a filosofia de que a realidade pode ser descoberta; entretanto, apenas imperfeitamente e num senso probabilístico, onde a maioria das ideias ou conceitos é reduzida a variáveis e as relações entre elas são testadas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 Participantes

Participaram do estudo mulheres jovens, que foram divididas em dois grupos:

4.2.1 Grupo de pacientes com transtornos alimentares (GP)

Esse grupo foi formado por pacientes com AN e BN em tratamento nos três serviços especializados, independentemente do estado nutricional e idade. Essa amostra foi definida por conveniência, ou seja, de acordo com a população em seguimento nos três serviços no período da coleta de dados que ocorreu entre março de 2012 e março de 2014.

4.2.2 Grupo controle (GC)

Esse grupo foi composto por mulheres consideradas saudáveis, cujos critérios de inclusão foram: a) IMC entre 18,5 e 24,9Kg/m², ou seja, dentro da normalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2006) e b) resultado do questionário *Eating Attitudes Test* -EAT-26 (Anexo A) inferior a 21 pontos. Além disso, a participante não poderia ter nenhum parentesco com os sujeitos do GP ou estar cursando ou ser da área de moda, nutrição, psicologia, educação física, pois são grupos de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares. A idade desse grupo foi pareada com a do GP.

Os critérios de exclusão adotados para esse grupo foram mulheres grávidas e portadoras de necessidades especiais.

O método *snowball* foi utilizado para seleção desse grupo. Essa técnica de amostragem utiliza relações interpessoais e conexões entre as pessoas, tanto para incluir quanto para excluir os indivíduos (PATTON, 1990). O tamanho amostral desse grupo foi definido com base na amostra do GP.

4.3 Instrumentos

4.3.1 Questionário sociodemográfico e antropométrico

Um instrumento de coleta de dados foi construído para este fim, elaborado pelos pesquisadores, contendo dados sociodemográficos referentes a idade, grau de escolaridade e estado civil (Apêndice A).

Para a classificação do nível econômico das participantes, foi utilizado o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (Anexo B), um instrumento confiável de segmentação econômica, elaborado pela Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP). O CCEB diferencia a população com base nas características domiciliares, provenientes do Levantamento socioeconômico do Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE). Este sistema enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, classificando-os por classes econômicas, do maior (A) ao menor (E) poder aquisitivo (CCEB, 2013).

No presente estudo foi utilizada a versão do CCEB em vigor a partir de 1º/01/2013 (ABEP, 2013), com base nos dados do Levantamento de 2011. De acordo com estes dados, a população brasileira é classificada em oito grupos cuja renda familiar varia de R\$776,00 a R\$9.263,00. As classes econômicas listadas são determinadas pela soma da pontuação dos itens, baseados na presença e quantidade de itens domiciliares, no grau de escolaridade do chefe da família, e na presença de empregada mensalista. Dessa forma, é realizada uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica definidos por A₁, A₂, B₁, B₂, C₁, C₂, D, E, em ordem decrescente de renda familiar.

Quanto aos dados antropométricos, os participantes do GP foram pesados em balança eletrônica digital nos ambulatórios onde funcionavam os atendimentos. Nos sujeitos do GC, o peso foi aferido utilizando-se o mesmo tipo de balança, porém, de forma portátil. O indivíduo manteve-se em cima da balança, sem calçados e com roupas leves, posicionando-se no centro da plataforma da balança com os braços estendidos ao longo do corpo e foram

orientados a retirarem objetos tais como chaves, cintos, óculos, telefones celulares e quaisquer outros que poderiam interferir no peso total.

Para medir a estatura, no GP o estadiômetro era acoplado à balança e no GC, esse equipamento era portátil. O indivíduo permaneceu descalço com os pés formando um ângulo de 45° e com os calcanhares encostados na barra da escala de medida, permaneceu em pé, ereto, olhando para frente, sem fletir ou estender a cabeça e sem adornos (chapéus, arcos, prendedores, etc.). A barra horizontal foi abaixada até repousar no topo da cabeça. A leitura foi feita o mais próximo de 0,5 cm. Esses procedimentos seguiram as orientações contidas no Manual do Sistema de Vigilância do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

4.3.2 *Eating Attitudes Test (EAT-26)*

O EAT-26 é um dos questionários mais utilizados atualmente na área de transtornos alimentares por ser um teste psicométrico autoaplicável de rastreamento, para identificar sinais e sintomas desses quadros de maneira mais rápida e fácil. Favorece assim, a precocidade do diagnóstico e tratamento. Foi construído por Garner e Garfinkel (1979) e validado para a população brasileira (BIGHETTI et al., 2004). Contém 26 questões divididas em três escalas ou fatores obtidas através de análise fatorial: (i) Escala da Dieta (D) - itens nº 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25: reflete uma recusa patológica a comidas de alto valor calórico e preocupação intensa com a forma física; (ii) Escala de Bulimia e Preocupação com os Alimentos (B) - itens nº 3, 4, 9, 18, 21, 26: refere-se a episódios de ingestão compulsiva dos alimentos, seguidos de vômitos e outros comportamentos para evitar o ganho de peso; (iii) Escala do Controle Oral (CO) - itens nº 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20: demonstram o autocontrole em relação aos alimentos e reconhece forças sociais no ambiente que estimulam a ingestão alimentar (Anexo A).

Cada questão, dividida em três escalas do tipo Likert, apresenta seis opções de resposta, conferindo-se pontos de zero a três, dependendo da escolha (**sempre** = três pontos, **muitas vezes** = dois pontos, **às vezes** = um ponto,

poucas vezes = zero ponto, **quase nunca** = zero ponto e **nunca** = zero ponto). A única questão que apresenta pontos em ordem invertida é a 25. O resultado do teste é a somatória de todos os pontos dados às questões e acima de 21 pontos, considera-se o teste positivo representando fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

4.3.3 Imagem corporal

A imagem corporal, referente à percepção e satisfação corporais, foi investigada pela Escala de Figuras de Silhuetas, instrumento desenvolvido para a população brasileira por Kakeshita et al. (2009). Possui propriedades psicométricas satisfatórias como índices de validade do tipo critério superiores a 0,79; validade de conteúdo indicada pela ordenação correta das figuras da Escala por 83,4% dos especialistas consultados e coeficientes de fidedignidade teste-reteste superiores a 0,84. Essa escala é composta por 15 silhuetas para adultos de cada sexo, apresentadas em cartões plastificados individuais, com 12,5cm de altura por 6,5cm de largura. A figura branca centralizada sobre o fundo negro mede 10,5cm de altura por 4,5cm de largura, com variações progressivas na escala de medidas, da figura mais magra a mais larga, considerando-se inclusive a relação cintura-quadril. O IMC das silhuetas varia de 12,5kg/m² a 47,5kg/m², com intervalos constantes de 2,5kg/m² (Anexo C).

4.3.4 Lista livre de alimentos

A investigação de um modelo cultural requer o emprego de procedimentos específicos para a sua delimitação. Foram empregadas técnicas cognitivas e entrevistas grupais para a definição do modelo cultural estudado. As técnicas cognitivas permitem a investigação dos elementos e da estrutura do modelo cultural, bem como de suas dimensões de significância e a mensuração do consenso cultural.

Esse instrumento foi criado por Dressler (2001) baseado na Lista livre de alimentos proposta por Oths, Carolo e dos Santos (2003) e utilizado nas investigações sobre consonância cultural no Brasil (DRESSLER, et al., 2008; DRESSLER; OTHS, 2011). É constituído por 31 alimentos bastante conhecidos e consumidos pela população brasileira, apresentados em cartões individuais plastificados, com 5 cm de altura e 6cm de largura, com os seguintes itens: pizza, churrasco, peixe, salgadinhos Chips, feijoada, queijo fresco, brócolis, presunto, coca-cola®, chopp, chocolate, molho branco, mamão-papaia, palmito, margarina, suco, uva, iogurte, camarão, laranja, pão francês, comida congelada, pão integral, sanduíche Mcdonalds®, salada de maionese, frango assado, macarronada, adoçante, molho de tomate, ervilha e doces de aniversário (Anexo D).

4.3.5 Entrevista de grupo focal

A entrevista de grupo focal baseia-se na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa e por isso difere da entrevista individual. Sua formação obedece a critérios previamente determinados pelo pesquisador, de acordo com os objetivos da investigação, e cabe a este a criação de um ambiente favorável à discussão, que propicie aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista (MINAYO, 2007).

Nos grupos focais, a coleta de dados consiste nas interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade (MORGAN, 1997). Com relação ao número de participantes, deve conter entre seis e 15 pessoas sendo que o tamanho ótimo é aquele que permite a participação efetiva dos integrantes e a discussão adequada dos temas (PIZZOL, 2004).

Esta técnica enfatiza um aspecto interativo de coleta de dados com a vantagem de economizar tempo para obtenção de dados consoante mais de um depoimento sobre determinado assunto de uma única vez, utilizando-se para isso, a entrevista semiestruturada (FLINCK, 2004).

O grupo focal deve ser construído baseado na homogeneidade ou similaridade entre os participantes e deve ser conduzido por um moderador treinado, que inicia um tema com uma pequena explicação do problema e encoraja o grupo a participar da discussão. A boa interação entre o moderador e o grupo oferece qualidade e efetividade às discussões (SCHEUREN, 2004).

A entrevista de grupo focal nesse estudo foi realizada com base em um roteiro semiestruturado com as seguintes perguntas:

- 1- O que o alimento representa para vocês?
- 2- Que sentimentos/sensações vocês têm ao comer?
- 3- Quando vocês estão com fome e planejando comer algum alimento, em qual alimento pensam? Por quê?
- 4- O que é um alimento saudável para vocês? Dê exemplos.
- 5- Sobre o que nós conversamos, tem mais alguma coisa que vocês gostariam de falar?

4.4 Procedimento

Primeiramente, solicitou-se a autorização dos coordenadores dos serviços para a realização da pesquisa via e-mail (Anexos F, G, H). No GRATA, todas as participantes foram convidadas pessoalmente e a coleta de dados ocorreu nos dias de atendimento do serviço, sendo agendada a entrevista em data da próxima consulta, em sala do próprio ambulatório.

As entrevistas com as pacientes atendidas pelos serviços de São Paulo aconteceram a cada quinze dias: às quintas-feiras no PROATA e às sextas-feiras no AMBULIM. As atividades foram organizadas com as nutricionistas dos referidos locais, via e-mail ou telefone.

No PROATA, houve organização prévia da agenda de atendimento a fim de permitir que a coleta de dados tivesse o maior número de pacientes nos dias determinados. As participantes que faltaram no dia definido para a entrevista, foram entrevistadas pela nutricionista do próprio local em outro dia. A entrevista aconteceu entre os atendimentos do ambulatório para aqueles pacientes que

tinham retorno naquele dia e as demais compareceram no serviço apenas para entrevista, com hora marcada, em uma sala do próprio ambulatório e a nutricionista do serviço entrevistou seis pacientes.

No AMBULIM, a pesquisadora entrevistou as pacientes que se encontravam em regime de internação integral na enfermaria do Instituto de Psiquiatria, no período da manhã das sextas-feiras. À tarde, realizou a coleta de dados com as pacientes em regime ambulatorial; os ambulatórios de AN e BN são separados e as nutricionistas responsáveis pela equipe de Nutrição de cada ambulatório auxiliou a pesquisadora na organização das participantes, ao recrutar e abordar as pacientes previamente, assim como na definição de uma sala para entrevista. Para realizar o procedimento de coleta de dados nesses serviços, a pesquisadora deslocou-se 22 vezes para a cidade de São Paulo.

Com o GC, a pesquisadora abordou estudantes e funcionários de uma instituição de ensino superior de Franca-SP, Universidade de Franca (UNIFRAN) e após verificação dos critérios de inclusão e exclusão, a entrevista acontecia a seguir ou era agendada posteriormente, na universidade ou em outro local de preferência da participante.

A pesquisadora contou com três assistentes de pesquisa, duas estagiárias de Nutrição do GRATA e uma nutricionista do PROATA, que foram treinadas durante dois dias pela mesma para a coleta de dados.

Diante da aceitação de cada mulher em participar da pesquisa, independente do local da coleta de dados, foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes maiores de 18 anos (Apêndice B); para os pais ou responsáveis daqueles com idade inferior a 18 anos (Apêndice C); e, o termo de assentimento para os participantes com idade inferior a 18 anos (Apêndice D).

A coleta de dados foi realizada em duas etapas:

- Primeira etapa: foi realizada uma entrevista individual, com duração média de 25 minutos, quando foram coletados os dados sociodemográficos, antropométricos e de imagem corporal. Para este último procedimento, as participantes escolheram um cartão, dentre os dispostos em série ordenada

ascendente, com a silhueta que mais se aproximava de seu próprio corpo, gerando, assim, o respectivo IMC Atual. Depois, indicavam qual cartão tem a silhueta que mais se aproximava daquela que gostaria de ter, gerando a denominada Silhueta Desejada com seu respectivo IMC Desejado (KAKESHITA et al., 2009).

A seguir, foi aplicada a Lista livre de alimentos. Esse procedimento é o primeiro passo para determinar os itens relevantes em um domínio que se pretende estudar. A vantagem de sua utilização é que o pesquisador pode conhecer as palavras significativas que compõem um domínio cultural na linguagem utilizada pelos próprios informantes, o que minimiza as interferências feitas pelo pesquisador (WELLER; ROMNEY, 1988).

Com essa técnica, investigadores podem interpretar a frequência de menção e a ordem de cada item na lista como indicador da saliência dos itens e também estudar a similaridade entre os itens pela proximidade que cada item aparece na listagem feita pelo entrevistado (RYAN; BERNARD, 2000). É possível assim, observar como as palavras obtidas se organizam em um espaço de significados, aproximando-se ou distanciando-se nesse espaço.

Desse modo, os Agrupamentos livres realizados a partir da aplicação da Lista livre permitem apreender a “forma” dos modelos culturais, especialmente como as diferentes palavras se distribuem em um espaço de significação. Ao mesmo tempo, essa técnica possibilita a construção de hipóteses sobre as dimensões principais de significado de um modelo cultural. Esse procedimento de pesquisa também é descrito por Weller e Romney (1988).

Os alimentos da Lista livre utilizados nesse estudo foram apresentados na forma de cartões individuais e foi solicitado a cada participante que fizesse quantos agrupamentos de cartões ela desejasse, não se preocupando com agrupamentos que pudessem ser corretos. Depois, foi perguntado sobre os critérios utilizados para a formação dos agrupamentos. Assim, o pesquisador pôde entender os significados usados pelos sujeitos para fazerem os agrupamentos, surgindo assim, as dimensões culturais na alimentação (WELLER; ROMNEY, 1988).

Após esse momento, foi aplicado o *Ranking* dos domínios na alimentação objetivando estimar o consenso cultural na alimentação com base em um roteiro estruturado (Apêndice E). Aos participantes, foi solicitado que atribuíssem uma ordem de importância aos alimentos de acordo com os seguintes critérios: caloria, saúde e gosto. Esses atributos surgiram como resultado do projeto piloto, quando foram citados, pela maioria das mulheres, os motivos mais frequentes para agrupar os alimentos da Lista livre.

- Segunda etapa: constituiu-se de uma entrevista de grupo focal audiogravada com algumas mulheres de cada grupo de participantes (AN, BN, GC), separadamente, que foram convidadas para essa atividade por telefone ou pessoalmente. O grupo focal com os pacientes com AN foi realizado no GRATA em uma sala própria para este procedimento na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), na manhã do dia em que acontecem os atendimentos no serviço. A entrevista grupal com as pacientes com BN foi realizada no AMBULIM em uma sala com as mesmas características, no mesmo dia em que funciona o ambulatório. Para o GC, a coleta de dados foi realizada em uma sala de aula da UNIFRAN, no final da tarde de um dia comum.

Foram convidadas dez pessoas para compor cada entrevista, que seguiu o roteiro semiestruturado. Todas as participantes foram comunicadas sobre a liberdade de se retirar do local caso sentissem algum desconforto. Ao final da entrevista, foi oferecido um lanche (bolacha integral, uma fruta e uma garrafa para água) como agradecimento e diante do fato de elas terem outras atividades a cumprir após esse momento. Para preservar a identidade das participantes, houve substituição dos nomes reais por fictícios.

4.5 Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto com seis pacientes (GP) do GRATA e nove do GC a fim de testar os instrumentos e procedimentos de coleta de dados, principalmente os utilizados para responder aos objetivos 1 e 2. Todas as

participantes foram convidadas pessoalmente e no GP, nos dias de atendimento do serviço sendo agendada a entrevista em data da próxima consulta. Foi utilizada uma sala do próprio ambulatório. As mulheres do GC foram abordadas na UNIFRAN e após verificação dos critérios de inclusão e exclusão, a entrevista acontecia a seguir ou era agendada posteriormente, em uma sala de aula ou em outro local de preferência da participante.

A coleta de dados não apresentou dificuldades quanto à aplicação dos instrumentos e procedimentos, sendo incluídos na amostra total. Os resultados do Agrupamento livre de alimentos mostraram que os critérios mais utilizados pelas participantes foram: calorias dos alimentos, alimentos saudáveis e alimentos gostosos. Essas dimensões foram utilizadas para a construção do roteiro estruturado para o procedimento de *Ranking* para definir o consenso cultural na alimentação. Além disso, foi observado que seria necessário que a amostra do GP fosse maior, visto que o GRATA atende, em média, 20 pacientes. Desse modo, optou-se pela coleta de dados nos outros serviços.

4.6 Questões éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP (nº 1409/2011, ANEXO E) por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos.

4.7 Análise de dados

4.7.1 Primeira etapa

Os dados sociodemográficos (idade, estado civil e profissão) foram analisados de forma descritiva e os referentes à classificação econômica dos indivíduos foram realizados utilizando-se o CCEB (2013).

Com base nos dados antropométricos (peso e estatura) foi calculado o IMC, cuja classificação seguiu os parâmetros recomendados pela WHO (2006).

Para avaliar a acurácia da imagem corporal, foi calculada a diferença entre as médias de IMC Real e Atual, sendo que resultados próximos de zero indicam percepção acurada da própria imagem. Resultados negativos apontam subestimação do tamanho corporal, enquanto os positivos indicam sua superestimação. Para avaliar a satisfação da pessoa com seu corpo, calculou-se a diferença entre as médias de IMC Atual e Desejado. Valores iguais a zero são indicadores de satisfação global com imagem corporal e resultados positivos ou negativos apontam algum grau de insatisfação e o desejo por uma silhueta maior ou menor, respectivamente (KAKESHITA et al., 2009).

As variáveis quantitativas foram descritas pelos valores de média aritmética e desvio padrão calculados para os três grupos (AN, BN e GC). Como os dados amostrais não projetam populações normalizadas e com mesma variância, fatos evidenciados pelo teste de normalidade de D'Agostino e Pearson e pelo teste de Bartlett para igualdade de variâncias, os três grupos foram comparados entre si pela análise de variância não paramétrica de Kruskal-Wallis, e no caso da comparação de dois grupos a estatística utilizada foi o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Segundo proposição de Siegel e Castellan (2006), essas estatísticas devem substituir a Anova de Fisher e o teste t de *Student* nesses casos. O nível de significância α foi pré-fixado em 5% e a análise foi conduzida utilizando-se o software GraphPad Prism 5.0.

Para a análise dos agrupamentos e definição do modelo cultural na alimentação foram utilizados o Escalonamento Multidimensional (Multidimensional Scaling-MDS) e a Análise de Agrupamento (Cluster Analyses ou Johnson's Hierarchical Clustering), descritos por Kruskal e Wish (1978), pertencentes à Análise Multivariada. A Análise de Agrupamento verifica estritamente a proximidade geométrica entre os objetos estudados e analisa medidas de distância euclidiana, não tendo representação gráfica. É utilizada quando se deseja identificar grupos de características semelhantes; categorizam-se as observações levando-se em conta as medidas originais. Já o MDS é uma análise de proximidade geométrica entre os objetos estudados ou variáveis numa representação gráfica e deriva um plano de projeção por meio de análise de componentes principais. Permite assim, que os dados não sejam apenas

representativos das percepções dos participantes ou das concepções do experimentador (PEREIRA, 2001).

Como regra geral, uma relação de valor próprio de 3:1, competência acima da média de 0,5 e ausência de pontuação de competência negativa indica que existe um modelo cultural (ROMNEY; WELLER; BATCHELDER, 1986; WELLER, 2007).

Por não fornecer aos participantes um conjunto limitado de adjetivos ou escalas, este procedimento reduz a contaminação do pesquisador e é, portanto, uma metodologia que oferece pouco constrangimento (SCHIFFMAN; REYNOLDS; YOUNG, 1981). Segundo Ribeiro-Filho e Silva (2006), as discrepâncias entre as distâncias ajustadas e as distâncias entre pontos são usadas para avaliar o grau de ajustamento ou bondade de ajuste da solução da MDS. A medida mais comum de ajuste é o *stress*. Uma informação adicional é identificar o limite superior e inferior do *stress* e comparar seu diagrama com este limite. Para um bom grau de ajustamento o valor de *stress* deveria resultar em zero, o que ocorreria para um estudo com uma pequena quantidade de objetivos. Entretanto, também é possível um bom grau de ajustamento com um valor de *stress* maior que zero, no caso de estudos com maior número de objetos incluídos no estudo (STURROCK; ROCHA, 2000).

Essas estratégias de análise permitem observar o grau com que as palavras (elementos-chaves para o entendimento de um domínio cultural) são agrupadas pelo seu significado, de modo semelhante ou distinto. Esses procedimentos possibilitam elencar um ou mais critérios importantes para o entendimento do domínio cultural estudado. Ao final, com fundamento na análise qualitativa dos dados obtidos, foram selecionados os dados para a etapa seguinte: a análise de consenso cultural (WELLER; ROMNEY, 1988).

O consenso cultural nesse estudo foi examinado utilizando-se a análise de rotina de consenso cultural do ANTROPAC 4.7, um programa computacional desenhado especialmente para o tratamento de dados dessa natureza (BORGATTI, 1994). Essa forma de análise fornece as seguintes medidas: *eigenvalue ratio*, mediana, desvio-padrão, competência, valor de consenso e a concordância residual (*residual agrément*) para cada elemento analisado.

Os resultados dessa análise forneceram dados para explorar ainda mais a estrutura do diagrama de MDS na montagem do perfil PROFIT, uma análise para relacionar a distribuição espacial dos alimentos observados na tarefa de agrupamento, e as dimensões exploradas nas tarefas de *Ranking*. O resultado de “R”, maior que 0,70 representa boa correlação (KRUSKAL; WISH, 1978).

A somatória desses métodos, denominados aqui de métodos etnográficos sistemáticos, permite ao pesquisador se aproximar de seu objeto de estudo com a menor inferência possível, aumentando assim, a imparcialidade dos dados. O objetivo desse procedimento foi identificar a existência de domínios culturais específicos, e havendo esses domínios, verificar sua forma e significado, sempre tendo por base os informantes. Uma vez realizado esse processo, foi desenvolvido o *Ranking*, com o objetivo de verificar a existência de concordância entre os participantes nos domínios culturais apresentados (DRESSLER, 2007).

A análise de consenso cultural apresenta limites de interpretação e a análise de concordância residual ajuda a resolver esta lacuna ao identificar a variação subcultural de tal desvio partilhada dentro do consenso apresentado, ou seja, um modelo cultural compartilhado subjacente. Pesquisadores apontam que o conhecimento cultural não é necessariamente homogêneo, não reconhece que a ênfase da variação intracultural está embutida no modelo de consenso cultural e que tem sido um foco desde sua criação (BOSTER, 1986; GARRO, 1986). Desta forma, Dressler; Balieiro e dos Santos (2014) desenvolveram uma nova forma de interpretação, que foi refinada a partir do estudo de Dengah II (2013) na tentativa de entender a distribuição e a estrutura variável do conhecimento cultural.

Para analisar as associações entre competência cultural na alimentação e estado nutricional, percepção da imagem e satisfação corporal, foram construídos modelos de regressão logística obtendo-se os coeficientes angulares (β) e os respectivos intervalos com 95% de confiança (CONCATO; FEINSTEIN; HOLFORD, 1993). Inicialmente, foram construídos modelos univariados, contendo cada uma das variáveis independentes e a variável-resposta, sendo selecionadas para os modelos subsequentes, as variáveis que apresentarem $p < 0,10$. A seguir, foram construídos os modelos parciais, com as variáveis selecionadas anteriormente. O modelo final (modelo mais “ajustado”) foi composto pelas

variáveis que, no decorrer das etapas conservaram a significância estatística ($p < 0,10$), a fim de estimar a probabilidade desta como desfecho (*odds ratios*), segundo as variáveis presentes no modelo. Para tal, foram construídos modelos de regressão logística univariados e múltiplos (HOSMER; LEMESHOW, 2000). Para construção desses modelos foram adotadas as recomendações de Concato, Feinstein e Holford (1993), mantendo a relação entre o número de variáveis independentes e os desfechos positivos $\leq 10:1$.

4.7.2 Segunda etapa

Para analisar os dados obtidos nas entrevistas de grupos focais, optou-se pela técnica de análise temática de conteúdo, proposta por Minayo (2007), que consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência seja significativa para o objetivo analítico visado. Para Bardin (2008), é a significação que se depreende do texto, permitindo sua interpretação sob o enfoque da teoria que guia o estudo.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e seguiram três etapas: seleção e organização do material (pré-análise), quando se realiza a leitura flutuante e a constituição do corpus buscando conhecer as suas características, singularidades e especificidades; exploração do material com ordenação e formulação de uma classificação inicial do conteúdo e a construção de matrizes; e finalmente, o tratamento dos dados, com a construção das categorias de fragmentação do enunciado. Compreende-se que categorias são classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos (BARDIN, 2008).

5. Resultados

O GP foi constituído por 112 pacientes (AN=62; BN=50), cuja procedência e tempo de tratamento estão mostrados na Tabela 1. Participaram do GC, 36 mulheres saudáveis. Entre as 71 pacientes do AMBULIM, 13 (21%) com AN e cinco (10%) daquelas com BN estavam internadas no momento da coleta de dados. O tempo médio de tratamento das pacientes foi de $43,9 \pm 56,9$ meses, com ampla variação e sem diferença significativa ($p=0,4371$), entre os subgrupos (AN e BN). Entre os serviços, observa-se também, que as pacientes do PROATA estavam em seguimento há menos tempo em relação aos demais.

Tabela 1-. Procedência e tempo de tratamento (meses) do GP segundo o diagnóstico (AN e BN). Ribeirão Preto-SP, 2014.

	AN (n=62)		BN (n=50)		Total (n=112)
	n (%)	Tempo de tratamento	n (%)	Tempo de tratamento	
GRATA	20 (32,2)	$68,6 \pm 92,8$	3 (6,0)	$17,7 \pm 26,3$	23
AMBULIM	36 (58,1)	$47,5 \pm 54,6$	35 (70,0)	$39,6 \pm 40,3$	71
PROATA	6 (9,7)	$29,8 \pm 27,5$	12 (24,0)	$16,3 \pm 17,9$	18

AN= anorexia nervosa; **BN=** bulimia nervosa; **GRATA=** Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do HCFMRP-USP; **AMBULIM=** Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares; **PROATA=** Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares.

5.1 Características sociodemográficas e antropométricas

A idade, que foi pareada entre os grupos, variou de 14 a 58 anos no GP e de 15 a 58 anos no GC. As participantes, em sua maioria, eram solteiras e tinham como ocupação, os estudos ou o trabalho. No entanto, observa-se que no GP, uma parcela delas estava afastada ou aposentada devido à doença. Em relação à classe econômica, a maioria pertence à classe B, com salário mínimo de R\$ 3.947,00 em média em ambos os grupos, sem diferença significativa.

O estado nutricional, representado pelo IMC, mostrou baixo peso na AN, sobrepeso na BN e eutrofia no GC, com diferença significativa entre os subgrupos

do GP e entre a AN e o GC. O EAT-26 foi semelhante entre as pacientes (AN e BN) e estatisticamente maior em relação ao GC (Tabela 2).

Tabela 2- Características sociodemográficas e antropométricas do GP (AN e BN) e GC. Ribeirão Preto-SP, 2014.

	GP			GC
	Total n=112 (%)	AN n=62 (%)	BN n=50 (%)	n=36 (%)
Idade (anos)	29,9±9,5	30,1±10,7	29,8±7,8	28,17±12,6
Estado civil				
Solteira	87 (77,7)	52 (83,9)	35 (70,0)	26 (72,2)
Casada	20 (17,8)	10 (16,1)	10 (20,0)	9 (25,0)
Divorciada	5 (4,5)	0	5 (10,0)	1 (2,8)
Ocupação				
Em atividade profissional	40 (35,7)	18 (29,0)	22 (44,0)	16 (44,4)
Estudante	32 (28,6)	21 (33,9)	11 (22,0)	19 (52,8)
Afastada	22 (19,6)	11 (17,7)	11 (22,0)	0
Desempregada	10 (8,9)	6 (9,7)	4 (8,0)	0
Aposentada	5 (4,5)	4 (6,4)	1 (2,0)	1 (2,8)
Do lar	3 (2,7)	2 (3,2)	1 (2,0)	0
CCEB				
A ₁	0	0	0	2 (5,5)
A ₂	12 (10,7)	4 (6,5)	8 (16)	5 (13,9)
B ₁	35 (31,3)	23 (37)	12 (24)	10 (27,8)
B ₂	38 (33,9)	20 (27,8)	18 (36)	13 (26)
C ₁	20 (17,9)	11 (17,7)	9 (18)	4 (8)
C ₂	6 (5,4)	3 (4,8)	3 (6)	0
D, E	1 (0,9)	1 (1,5)	0	2 (4)
IMC (Kg/m²)	21,5±6,2	18,2±3,9*, **	25,4±6,2*	21,5±2,3**
EAT-26 (pontos)	37,9±17,9*	37,9±19,4	38,5±15,4	12,3±5,1*

AN= anorexia nervosa; BN= bulimia nervosa; Idade= média e desvio padrão; *, ** p<0,0001; IMC= Índice de Massa Corporal.

5.2 Imagem corporal

A percepção e satisfação corporais foram avaliadas por comparações entre o IMC Real (calculado conforme os dados coletados de peso e estatura) e os IMCs

correspondentes às silhuetas escolhidas como aquela que as participantes achavam que tinham (IMC Atual) e aquela que desejavam ter (IMC Desejado).

Na Tabela 3, pode-se observar que em ambos os grupos, o IMC Real foi inferior ao IMC Atual, ou seja, as participantes se acham maiores do que realmente eram, demonstrando inacurácia da percepção corporal. Em relação à tarefa perceptiva, apenas o GP apresentou insatisfação da imagem corporal (IMC Atual e IMC Desejado), pois desejam ter uma silhueta menor do que acreditam que têm.

Tabela 3- Percepção e satisfação corporais entre os participantes do GP (AN e BN) e do GC, segundo comparações entre o IMC (Kg/m²) real e os correspondentes às figuras de silhuetas escolhidas no momento atual, em média (desvio-padrão). Ribeirão Preto-SP, 2014.

	IMC _R	IMC _A	IMC _D	≠ IMC _A e IMC _R	p	≠ IMC _A e IMC _D	p
AN n=62	18,3 (3,9)	28,8 (10,8)	17,5 (5,3)	10,5 (10,7)	<0,0001	-11,3 (13,9)	<0,0001
BN n=50	25,4 (6,2)	33,9 (8,2)	20,2 (5,8)	8,5 (6,3)	<0,0001	-13,7 (9,0)	<0,0001
GC n=36	21,5 (2,3)	24,2(6,1)	22,9 (4,5)	2,7 (5,0)	0,0032	-1,3 (5,0)	0,0782

IMC_A= Índice de Massa Corporal Atual; IMC_R= Índice de Massa Corporal Real; IMC_D= Índice de Massa Corporal Desejado.

5.3 Modelo cultural na alimentação

Para identificar o modelo cultural na alimentação de pacientes com transtornos alimentares e mulheres saudáveis, foi utilizada a Lista livre de alimentos contendo 31 itens que foram apresentados individualmente na forma de cartões. Solicitou-se a cada participante que fizesse quantos agrupamentos desejasse sem a preocupação de haver combinações corretas. Posteriormente, foi perguntado sobre os critérios utilizados para essa formação com o objetivo de verificar as dimensões culturais na alimentação. Os dados foram analisados inicialmente pela MDS que verifica a similaridade entre as palavras pela distância entre elas. Foram definidas assim, duas dimensões para visualizar melhor as posições das palavras e facilitar o entendimento dos critérios que as participantes estão utilizando para agrupar os

alimentos. A seguir, utilizou-se a Cluster Analysis para investigar onde a homogeneidade dos grupos das palavras é maior e delimitar os agrupamentos.

A Figura 1 mostra os resultados do GP (pacientes com AN e BN) (Anexo I) apresentados em dois agrupamentos ($stress=0,12$). Um deles está constituído por frutas (uva, laranja, mamão-papaia, suco), hortaliças (brócolis, palmito, ervilha em lata), derivados do leite (iogurte, queijo fresco), pão integral, carnes (frango assado, peixe, camarão) e adoçante. No outro grupo, as participantes incluíram doces (chocolate, doces de aniversário), molhos (branco e de tomate), massas (macarronada, pizza, salada de macarrão), chips, churrasco, feijoada, comida congelada, sanduíche Mcdonalds®, pão francês, margarina, presunto e bebidas (coca-cola® e chopp). Os critérios mais relatados por elas para formação desses grupos foram as calorias dos alimentos e se eram saudáveis.

Figura 1- Diagrama de Escalonamento Multidimensional (MDS) do GP (n=112). Ribeirão Preto, SP. 2014.

Já para o GC, o diagrama da MDS apresenta-se dividido em cinco grupos ($stress=0,21$), conforme ilustra a Figura 2 (Anexo J). Foram alocados em um mesmo grupo alimentos típicos do café da manhã e considerados saudáveis (frutas, suco, pão francês e integral, derivados do leite, presunto e margarina). Alimentos como peixe, camarão e ervilha em lata, brócolis e palmito foram nomeados como itens gostosos, mas que elas ingerem de forma esporádica e considerados saudáveis, dependendo da forma de preparação. Massas e molhos representam alimentos típicos do almoço de domingo. Já os alimentos consumidos em ocasiões especiais como bebidas, churrasco, feijoada e comida congelada foram classificados como comida para festa. Por último, sanduíche Mcdonalds®, pizza, chips e doces foram denominados como não saudáveis. O adoçante ficou separado dos demais alimentos porque elas tiveram dificuldade em agrupá-lo com os demais itens, mas a maioria o classificou como saudável.

Figura 2- Diagrama de Escalonamento Multidimensional (MDS) GC (n=36). Ribeirão Preto, SP. 2014.

Vale ressaltar que *stress*, em MDS, é uma medida da correspondência entre as similaridades originais na matriz, ou seja, as semelhanças do agrupamento livre. Quando esse valor é pequeno, indica que as semelhanças entre as palavras e as distâncias na representação da MDS são parecidas e que as duas dimensões definidas anteriormente são adequadas para recriar as distâncias e as similaridades entre as palavras.

Os valores de *stress* encontrados nesse estudo indicam similaridades bem satisfatórias demonstrando um modelo cultural mais simplificado no GP e mais complexo no GC, que considerou diversos critérios para o agrupamento dos alimentos.

5.4 Consenso cultural

Com a delimitação dos elementos que compõem o modelo cultural (Lista livre de alimentos) e a investigação de como esses elementos se organizam e se relacionam pelo Agrupamento livre, a análise de consenso é realizada para investigar se o modelo cultural é compartilhado, qual o grau de consistência ou dispersão e o valor que os diferentes elementos recebem dentro desse modelo.

Os critérios mais utilizados pelas participantes para formar os grupos na etapa de Agrupamento livre foram: calorias (alimento muito ou pouco calórico), saúde (alimento saudável ou não) e gosto (alimento gostoso ou não). A partir disso, foi realizado o *Ranking* dos alimentos nessas três dimensões com o objetivo de verificar a concordância entre elas sobre esses critérios, ou seja, se existe consenso cultural na alimentação. Foi solicitado assim, que atribuíssem uma ordem de importância aos alimentos (nada, pouco ou muito calórico, saudável, ou gostoso).

Os resultados mostrados na Tabela 4 evidenciam que existe consenso forte nos três grupos (AN, BN e GC) nas dimensões calorias (*eigenvalue ratio*= 9,57 no GP e 11,09 no GC) e saúde (*eigenvalue ratio*=10,63 no GP e 11,34 no GC) demonstrando que pacientes com transtornos alimentares concordam bastante com as mulheres saudáveis sobre esses critérios. Já o consenso sobre quais alimentos são gostosos se mostra fraco (*eigenvalue ratio*=1,51 no GP e 2,39 no GC). Em geral,

o GC tem valores altos desses coeficientes de competência cultural, o que indica que elas podem reproduzir melhor o modelo do grupo.

Tabela 4- Consenso cultural na alimentação nos grupos estudados, segundo as dimensões encontradas. Ribeirão Preto-SP, 2014.

Amostra	Dimensões Culturais					
	Calorias		Saúde		Gosto	
	<i>Eigenvalue Ratio</i>	<i>Mean competence</i>	<i>Eigenvalue ratio</i>	<i>Mean competence</i>	<i>Eigenvalue ratio</i>	<i>Mean competence</i>
Amostra Total (n=148)	10,78	0,73 ($\pm$ .21)	11,50	0,74 ($\pm$ .22)	1,53	0,38 ($\pm$ .20)
GP (n=112)	9,57	0,71 ($\pm$ .22)	10,63	0,72 ($\pm$ .24)	1,51	0,34 ($\pm$ .24)
AN (n=62)	7,19	0,68 ($\pm$ .24)	7,86	0,68 ($\pm$ .28)	1,95	0,38 ($\pm$ .25)
BN (n=50)	10,62	0,73 ($\pm$ .20)	11,14	0,78 ($\pm$ .17)	1,28	0,34 ($\pm$ .18)
GC (n=36)	11,09	0,79 ($\pm$ .12)	11,34	0,78 ($\pm$ .16)	2,39	0,50 ($\pm$ .15)

GP= grupo de pacientes; AN= anorexia nervosa; BN= bulimia nervosa; GC= grupo controle.

Apesar de existir consenso sobre as dimensões, é comum haver diferenças no compartilhamento das ideias, ou seja, a tendência de um grupo concordar mais do que o outro sobre o *Ranking* dos alimentos. Essa divergência pode ser verificada de forma sistemática e estatística pela análise das medidas de competência cultural e concordância residual.

A Tabela 5 mostra que houve esse efeito, particularmente nos *Rankings* de calorias (concordância residual na AN = - 0,00228; BN= - 0,02134; GC= 0,07802) e gosto (concordância residual no AN = - 0,08882; BN= 0,10377; GC= 0,20751). Desta forma, existem submodelos nessas dimensões, especialmente das pacientes com AN por não concordarem totalmente com o GP, apresentando assim, um consenso mais fraco.

Tabela 5- Competência cultural e concordância residual dos grupos estudados, segundo as dimensões encontradas. Ribeirão Preto-SP, 2014.

Grupo		Competência Cultural Gosto*	Concordância Residual Gosto**	Competência Cultural Calorias ^a	Concordância Residual Calorias ^b	Competência Cultural Saúde*	Concordância Residual Saúde
AN	Média	0,38118	-0,08882	0,68736	-0,00228	0,67544	-0,00818
	N	62	62	62	62	62	62
	Sd	0,202284	0,344012	0,240701	0,261608	0,284268	0,229444
BN	Média	0,33023	0,10377	0,73350	-0,02134	0,78650	0,00271
	N	50	50	50	50	50	50
	Sd	0,192802	0,323495	0,200657	0,185732	0,166256	0,222689
GC	Média	0,45361	0,20751	0,77946	0,07802	0,78368	0,04232
	N	36	36	36	36	36	36
	Sd	0,200547	0,285675	0,130168	0,190554	0,168501	0,211134
Total	Média	0,38193	0,04795	0,72529	0,01103	0,73897	0,00782
	N	148	148	148	148	148	148
	Sd	0,202789	0,344501	0,207033	0,223995	0,229394	0,222253

^{a,b} p ~ 0,10; *p < 0,05; **p < 0,01; **AN**= anorexia nervosa; **BN**= bulimia nervosa; **GC**= grupo controle.

Esses resultados podem ser visualizados nos gráficos abaixo (Figura 3) que mostra a distribuição dos participantes de acordo com a posição deles em relação à competência e a concordância residual. Se houvesse consenso perfeito entre os grupos, todos os participantes teriam valores próximos de 1,0 na competência cultural e de zero na concordância residual. No entanto, observa-se que há dispersão dos sujeitos do GP, especialmente na AN.

Figura 3- Representação da competência cultural e concordância residual do GP (n=112) e GC (n=36). Ribeirão Preto-SP, 2014.

Outra maneira de identificar como os participantes dos grupos diferem no *Ranking* dos alimentos em relação ao consenso geral entre os grupos e dentro dos grupos, está demonstrada nas figuras abaixo. Na dimensão calorias, o adoçante e a coca-cola® foram alimentos considerados pouco calóricos pelo GP, porém mais calóricos na opinião do GC. Entre os indivíduos do GP, há divergência entre alguns alimentos (salada de maionese, macarronada, comida congelada, ervilha, laranja, uva) que foram considerados mais calóricos do que o observado no consenso obtido por esse grupo (Figura 4).

No critério sobre saúde, os grupos divergem sobre o que pensam em relação aos alimentos mais saudáveis como salada de maionese, adoçante, molho branco, churrasco e macarronada, pois o GP considera-os poucos saudáveis mas o GC não. Dentro do GP, alguns alimentos foram considerados mais saudáveis do que o consenso desse grupo como iogurte, molho de tomate, queijo fresco, chips, sanduíche Mcdonalds®, frango assado e camarão (Figura 5).

Em relação aos alimentos gostosos, o GP tem pouca preferência por doces, massas, molho branco, feijoada, coca-cola® e sanduíche McDonalds® enquanto o GC prefere mais esses alimentos, além do consenso geral desse grupo. Dentro do GP, o queijo fresco, mamão, ervilha, pão integral, brócolis e adoçante foram alimentos apontados como de maior preferência em relação ao consenso obtido pelas pacientes com AN e BN (Figura 6).

Figura 4- Representação da concordância residual na dimensão das calorias do GP (n=112) e GC (n=36). Ribeirão Preto-SP, 2014.

Figura 5- Representação da concordância residual na dimensão da saúde do GP (n=112) e GC (n=36). Ribeirão Preto-SP, 2014.

Figura 6- Representação da concordância residual na dimensão do gosto do GP (n=112) e GC (n=36). Ribeirão Preto-SP, 2014.

Portanto, os resultados demonstram que existe um modelo cultural na alimentação para esses grupos, mas com ênfases diferentes, o que pode predizer a condição do participante como paciente ou como GC. Essa observação pode ser realizada pelo fato de que, principalmente no GP, há concordância residual ao posicionar os alimentos de forma diferente do modelo cultural.

Para confirmar os critérios que emergiram para a formação dos agrupamentos, os dados foram submetidos à análise do PROFIT, uma regressão linear múltipla que avalia estatisticamente esses critérios e indica onde estão as dimensões pela correlação entre as distâncias da MDS (variável independente) e o *Ranking* de cada dimensão (variável dependente). Dessa forma, é possível validar as dimensões encontradas, ou seja, ter a certeza de que as participantes estavam realmente considerando esses critérios durante o agrupamento. O valor de R indica o grau em que o *Ranking* de calorias está correlacionado com os alimentos em MDS.

Nesse sentido, observa-se que as pacientes com AN e BN (Figura 7) criaram um modelo cultural em que elas pensam na alimentação em uma única dimensão,

pois calorias ($R=0,916$), saúde ($R=0,963$), e gosto ($R=0,706$), $p < 0,01$ dos alimentos se juntam em um só julgamento. No GP calorias e saúde apresentam boa correlação com os alimentos; e gosto é maior do que o GC. Saúde e gosto apresentam a mesma direção, já calorias direção oposta.

Durante os agrupamentos, o atributo que prevaleceu no pensamento delas é o teor calórico dos alimentos, pois aqueles considerados menos calóricos são, consequentemente, os mais saudáveis e aqueles que elas mais gostam. O sentido da flecha indica a direção do alimento “menos saudável” para o “mais saudável”, bem como para as outras dimensões. Assim, itens como frutas, verduras, leite e derivados foram considerados mais saudáveis, menos calóricos e portanto, que podem ser ingeridos com maior frequência. Já os alimentos para eventos ocasionais como bebidas, carnes e doces foram os classificados como calóricos e industrializados, que devem ser ingeridos esporadicamente, pois depende da forma de preparo para serem classificados como saudáveis. O adoçante foi um item que apesar de ser citado como não saudável, foi incluído no grupo dos alimentos saudáveis por não conter calorias, ficando isolado e distante dos demais alimentos.

Alguns alimentos ficaram no limite dos círculos, como frango assado e camarão, pois as pacientes relataram que têm receio de comer a depender da forma como são preparados para serem considerados saudáveis. As pacientes com AN classificaram os alimentos calóricos como “inúteis” por oferecer apenas calorias e outros, por “insanos”, pelo fato de sentirem o corpo “inchar” após a ingestão.

Para as pacientes com BN, os alimentos menos calóricos foram classificados como “do mal”, pois são alimentos que deveriam evitar, mas que elas consomem; alimentos “sujos”, que causam desconforto e que nunca serão digeridos. Na visão delas, o alimento representa um vício que leva à dependência, assim como as drogas ilícitas.

Figura 7- Dimensões do modelo cultural na alimentação segundo a análise de PROFIT no GP (n=112). Ribeirão Preto-SP, 2014.

Já as participantes do GC parecem pensar de maneira diferente em relação às dimensões apresentadas, pois valor calórico ($R=0,943$), alimento saudável ($R=0,933$) e gostoso ($R=0,573$) $p < 0,01$, são critérios distintos que podem diferenciar os alimentos (Figura 8). O GC está usando gosto, mas não muito forte, quanto calorias e saúde que apresentam boa correlação com as comidas. Nesse grupo, observam-se associações mais complexas em relação ao GP e o conteúdo calórico dos alimentos não foi citado como fator predominante para o agrupamento dos mesmos.

Figura 8- Dimensões do modelo cultural na alimentação segundo a análise de PROFIT no GC (n=36). Ribeirão Preto-SP, 2014.

Por fim, foi realizada a análise de regressão logística a fim de verificar quais os fatores que podem prever que um participante esteja no GP ou no GC (Tabela 6). Observou-se que as variáveis que mostraram significância estatística para o modelo foram a satisfação com a imagem corporal, a concordância residual para gosto e a competência cultural de calorias e gosto.

Tabela 6- Significância estatística das variáveis que entraram na análise de regressão logística. Ribeirão Preto-SP, 2014.

		Chi-square	Df	Sig.
Satisfação corporal	Step	29,034	1	0,000
	Block	29,034	1	0,000
	Model	29,034	1	0,000
Concordância Residual Gosto	Step	13,020	1	0,000
	Block	42,053	2	0,000
	Model	42,053	2	0,000
Competência Cultural Calorias	Step	11,738	1	0,001
	Block	53,792	3	0,000
	Model	53,792	3	0,000
Competência Cultural Gosto	Step	3,838	1	0,050
	Block	57,630	4	0,000
	Model	57,630	4	0,000

a. Variável incluída na fase 1: Satisfação corporal

b. Variável incluída na fase 2: Concordância Residual Gosto

c. Variável incluída na fase 3: Competência Cultural Calorias

d. Variável incluída na fase 4: Competência Cultural Gosto

A Tabela 7 apresenta o sucesso de cada fase do modelo em classificar os participantes de acordo com o grupo a que pertence. Assim, a porcentagem geral representa a parcela de sujeitos que podem ser classificados corretamente usando os valores das variáveis em cada etapa e com as quatro variáveis, pôde-se classificar 81% dos participantes apropriadamente.

Tabela 7- Porcentagem dos participantes classificados como GP e GC na regressão logística. Ribeirão Preto-SP, 2014.

Observado			Predito		
			Grupo 2		Porcentagem correta
			GC	GP	
Fase 1	Grupo 2	GC	6	30	16,7
		GP	9	103	91,9
		Porcentagem geral			73,5
Fase 2	Grupo 2	GC	13	23	36,1
		GP	9	103	91,9
		Porcentagem geral			78,2
Fase 3	Grupo 2	GC	16	20	44,4
		GP	10	102	91,0
		Porcentagem geral			79,6
Fase 4	Grupo 2	GC	19	17	52,8
		GP	11	101	90,1
		Porcentagem geral			81,0

a. The cut value is .500; GC= grupo controle; GP= grupo de pacientes.

a. Variável incluída na fase 1: Satisfação corporal

b. Variável incluída na fase 2: Concordância Residual Gosto

c. Variável incluída na fase 3: Competência Cultural Calorias

d. Variável incluída na fase 4: Competência Cultural Gosto

Essa análise para as quatro variáveis independentes e a importância de cada uma está demonstrada na Tabela 8, indicando a probabilidade relativa que um sujeito tem de estar no GC ou no GP, ou seja, a Razão de Odds (OR). Observou-se que a variável que se mostrou mais influente foi a satisfação corporal, pois um sujeito tem 5,446 vezes mais chance de estar no GC do que no GP.

Desta forma, pessoas que não têm transtornos alimentares quando comparadas com aquelas que têm esses quadros, apresentam boa satisfação com o corpo delas, geralmente concordam com outras pessoas sobre comidas que elas gostam, e especialmente concordam que há algumas comidas mais gostosas. Ainda, elas têm a tendência em concordar com outras pessoas que há alimentos mais calóricos e outros menos calóricos.

Tabela 8- Resultados da análise de regressão logística. Ribeirão Preto-SP, 2014.

	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	OR (B)
Competência Cultural - Gosto	0,907	0,300	9,170	1	0,002	2,477
Competência Cultural – Calorias	0,565	0,320	3,120	1	0,077	1,759
Concordância Residual – Gosto	1,331	0,348	14,629	1	0,000	3,785
Satisfação corporal	1,695	0,389	19,028	1	0,000	5,446
Constante	-2,225	0,398	31,169	1	0,000	0,108

5.5 Entrevista de grupo focal

Considerando-se os objetivos do presente estudo, a análise dos dados coletados nas entrevistas procurou compreender o significado atribuído pelas participantes sobre a alimentação e seus respectivos domínios. Cumpridas as duas primeiras etapas da análise temática, emergiram aspectos relacionados à alimentação e seu caráter sociocultural e emocional.

Participaram das entrevistas seis mulheres do GC, com idade média de 24 anos; seis do grupo com AN com tempo de tratamento de quase 10 anos em média; e sete do grupo com BN, com 2,6 anos em média de tempo de tratamento. Todas permaneceram até o final e as discussões em grupo tiveram em média, uma hora de duração e aconteceram de forma separada entre os grupos.

Os resultados apresentados referem-se à análise conjunta dos três grupos focais realizados (pacientes: AN e BN e grupo controle). Assim, foram propostos temas e subtemas conforme apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 - Apresentação de temas e subtemas. Ribeirão Preto-SP, 2014.

ALIMENTO	- Vida e Morte - Sentimentos e Sensações - Escolhas alimentares
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	- Equilíbrio - Pobre em calorias

Os sentidos e significados encontrados nas narrações foram aprofundados de acordo com o referencial teórico escolhido. Assim, serão apresentados abaixo relatos que expressam experiências vivenciadas pelas participantes juntamente com as considerações propostas:

5.5.1 Alimento

5.5.1.1 Vida e morte

Nesta subcategoria temática foram agrupados os segmentos de fala que se reportaram ao alimento como àquele essencial à vida, mas que ao mesmo tempo pode levar à morte.

“Quando eu tava doente, o alimento para mim era um inimigo [...] eu não precisava comer. Tanto porque eu tinha medo [...] eu queria ser perfeita, queria desaparecer, literalmente e eu via números, eu não via comida, eu via números, calorias” (Adriana, AN).

“É uma coisa boa, saudável, é fonte de energia, é fonte de vida. Mas antes dele ser tudo isso pra mim, ele é uma tortura. Ele me tortura. Ai depois ele é bom, prazeroso e tal, mas antes ele é [...] ele não é meu amigo” (Alexia, AN).

“Nutrição, vida e morte. É um inimigo. É chegar aos extremos, né? Tendo que depender de pouquíssima coisa, pouquíssimo alimento para poder sobreviver [...] ao mínimo, ao extremo. E [...] o extremo é tão assim que você chega a chegar no hospital e ter que tomar soro, tomar remédios, tomar [...] levar vários tratamentos pra poder voltar à condição de sobrevivência” (Betina, BN).

“O que me nutre me destrói” (Bianca, BN).

De maneira geral, as participantes principalmente do GP, relacionaram o alimento a algo que é importante para a sobrevivência e que traz vida. Por outro lado remetem à morte por se tratar de uma doença grave e estão muito próximas da morte, enfrentando-a todos os dias. É a recusa da alimentação, ou seja, a negação de algo que traz vida.

5.5.1.2 Sentimentos e sensações

Nesta subcategoria foram inseridos os relatos verbais que fazem referência aos sentimentos ou sensações relacionadas ao alimento, divididos entre os positivos e negativos.

5.5.1.2.1 Positivos

Nesta subcategoria foram agrupadas as verbalizações que se referem à forma com que as participantes falam dos sentimentos positivos em relação ao alimento, tais como prazer, o sabor dos alimentos, os chamados *comfort foods* (alimentos que estimulam boas memórias) com sabor de infância e que trazem sensação de bem-estar. Além disso, algumas situações foram colocadas como positivas pelas pacientes como o fato de não sentir nojo dos alimentos ou gosto por exemplo, já que tinham essa sensação anteriormente.

“Ah, também penso no prazer, como ir em um bom restaurante ou cozinhar alguma coisa para os amigos, para a família” (Aisha, AN).

“Se eu tomar suco verde sim. Acho que é a parte que eu fico mais feliz. Mas assim, é lógico que eu tento colocar alimentos menos calóricos, Por exemplo, quando eu coloco uma laranja, aí eu já fico um pouquinho mais preocupada. Não sei se é mais prazer ou se é mais culpa” (Bianca, BN).

“Eu não sinto prazer em comer, mas eu sinto prazer da minha família gostar da minha comida [...] Se bem que eu já estou bem contente de não sentir nada, porque eu sentia muito nojo” (Bernadete, BN).

“Eu quero comer por prazer mesmo, e tem aquele que eu quero resultado [...] estou com fome e preciso comer alguma coisa para me manter [...] eu gosto muito de comer também (risos). Então alimento pra mim é isso [...] de reunir. Então

quando a gente faz uma comida muito gostosa vai ficar com a família [...] Eu acho assim, que alimento [...] de vez em quando vou dar uma lembrancinha para alguém e eu dou um doce, um bombom, por que eu acho que o alimento entra por dentro, é aquele abraço interno” (Cláudia, GC).

Em relação a esses sentimentos, o prazer que o alimento pode trazer, foi citado com mais frequência, porém algumas pacientes tentando sufocar, com a culpa que sentem ao ingerir determinados alimentos. No GC, falam de um prazer de forma mais deliberada, sem censura.

5.5.1.2.2 Negativos

Foram elencados trechos que remetem aos aspectos negativos que o alimento traz às participantes como tristeza, ódio, culpa, nojo, medo, repugnância e desespero.

“Toda vez que eu comia eu ficava triste [...] eu achava que não precisava desse alimento, que ia viver bem sem [...] não queria admitir que sentia prazer [...] medo” (Amarílis, AN).

“A minha relação era doentia. Não era uma relação saudável. E até hoje, assim [...] a comida, ela ainda tá ligada muito ao emocional. Se eu fico triste eu não como direito. Qualquer emoção eu desconto na comida [...] Se eu estou nervosa [...] uma punição. Se eu estou triste [...] obrigação” (Adriana, AN).

“A maioria das vezes que eu como, eu sinto culpa [...] Acho que é mais emocional. O cheiro de comida incomoda. Não gosto de cheiro de comida. Acho estranho, por que sei lá [...] a maioria das pessoas come, né? Come arroz, feijão, carne [...] come comida, né? Não sente nada a ver com essas coisas, gosta de comer, tem prazer em comer. Minha mãe adora arroz, feijão, comida, sabe? E eu [...]” (Alexia, AN).

“Só sei que me incomoda quando eu não meço a comida do meu prato. Quando eu não meço [...] Ai aquilo me incomoda...nossa, não sei quanto eu tô comendo. Ou eu fico com culpa ou eu fico, tipo [...] dane-se [...] eu fico mais com culpa, assim [...] Só que quando tá comendo, você tá feliz, né? Mas depois que acaba você fica [...] nossa, não podia comer. Ai você tem que se distrair né? Ver outra coisa” (Ana, AN).

“Acho que é tão grande e tão vazio ao mesmo tempo [...] qualquer coisa, desde uma maçã até uma coisa mais calórica, eu sinto culpa. Então, a comida me traz muita culpa e tristeza [...] mas acho que eu defino mais em culpa, tristeza, aí volta o medo [...] Eu não sei quanto eu tenho fome. Saciedade eu sei. Eu já coloquei o que é ficar saciada [...] eu não sei, acho que já é tão psicológico que eu não vou passar dessa quantidade, então pra mim o que tá no plano tá certo” (Bianca, BN).

“Peso na consciência. Depende do que eu como [...] Instantaneamente. Quando eu estou comendo, falo [...] só mais um pouquinho, só mais um pedacinho. Depois que passa [...] não devia ter comido” (Carla, GC).

Observa-se nos relatos que existe a instauração de uma relação doentia com o alimento no GP, de ambiguidade, algumas se sentem incomodadas com o cheiro, gosto, com o fato de não mensurar a comida no prato e por isso sentem-se imensamente culpadas, falta de percepção de fome e saciedade. Algumas preferem até não sentir nada a sentir ódio ou nojo dos alimentos. Outras referiram sentirem-se bastante humilhadas por não terem controle sobre os alimentos. No GC, a maioria não sente culpa, apenas bem-estar na ingestão alimentar, com exceção de uma participante que sente culpa quando ingere alimentos mais calóricos, as demais sentem apenas que não deveriam ter exagerado, mais por questões fisiológicas.

5.5.1.3 Escolhas alimentares

Nesta subcategoria as verbalizações referem-se à forma com que as participantes fazem suas escolhas alimentares

“Ah, eu fico pesquisando. Eu, tipo [...] não gosto de comer coisa, que tenha muita gordura, que não seja, assim [...] leve. Que tipo [...] eu sou assim, viciada em comer proteína. E tipo, à noite eu não gosto de comer muito carboidrato. Ah, essas coisas, eu sou cheia de regras. Não é pela preferência, às vezes, assim [...] eu faço um cardápio, assim... eu não estou a fim de comer isso, mas eu como forçando, entende? Não é pela preferência. Sou eu. Eu falo pra minha mente [...] é pra comer. Mas não é pelo gosto” (Ana, AN).

“Eu gosto de doritos e água de coco [...] doritos é salgadinho, é bem salgadinho [...] ai parece que eu estou ficando fraca. Acho que tem muito sódio, né? Deve ser por isso. E água de coco equilibra um pouquinho. Ai eu fico bem [...] eu ia falar uma fruta mas acho que bem mais o doritos (risos)” (Bianca, BN).

“É o confortável, aquilo que eu já acostumei a comer, então conheço as propriedades e a composição” (Beatriz, BN).

“Adoro pão. Eu trocaria um prato de arroz e feijão por pão. Sou viciada no pão. Já tentei ficar livre dele mas não dá, é um vício [...] ele sempre foi o meu pecado. Eu posso estar triste, posso estar ansiosa, posso estar normal [...] sempre é, pão” (Bárbara, BN).

“É aquilo ali que vai me satisfazer. Não é uma questão de horário” (Cláudia, GC).

“Acho que horário [...] Geralmente, no café da manhã é mais leve [...] Aí vai chegando perto do horário do almoço vai me dando vontade de comer sal. Aí passa o almoço, você almoça e vai dando vontade de comer um docinho e assim vai” (Cora, GC).

Foi descrito pelas participantes que apresentam algumas peculiaridades, pois se colocam regras, mesmo que precisem forçar esta ingestão ou se alimentam apenas quando percebem que estão passando mal. Chegam a comentar que o alimento é como um vício. No GC, está mais relacionado à satisfação.

5.5.2 Alimentação saudável

Inicia-se a seguir, o segundo bloco de categorias de análise das verbalizações das participantes. Serão retratadas as configurações do que elas pensam sobre alimentação saudável.

5.5.2.1 Equilíbrio

São reportados os relatos referentes ao que as participantes acreditam ser um alimento saudável.

“A gente precisa de tudo [...] mas eu acho que tem alguma coisa que a gente tem que moderar [...] A gente precisa, tipo a gente não precisa ficar comendo todo dia [...] quando tem vontade a gente pode comer né” (Amarílis, AN).

“Essa eu já aprendi. Não existe alimento saudável (risos) [...] eu tinha preconceito, agora eu como de tudo e pra mim não existe alimento saudável. Tudo é saudável, desde que eu saiba comer adequadamente, todos são saudáveis” (Bernadete, BN).

“Eu acho que o que a gente tem de carboidrato, proteína e lipídio, acho que todos os alimentos são saudáveis, tirando, assim [...] os *fast foods*, as coisas que foram inventadas, que não saem da natureza, da agricultura e nem nada [...]” (Cláudia, GC).

Na percepção das participantes, no que diz respeito à alimentação saudável, é algo que remete equilíbrio, que o mais adequado seria ingerir todos os nutrientes e se permitir em alguns momentos, ingerir alimentos que remetem ao prazer.

5.5.2.2 Pobre em calorias

Nesta subcategoria, o elemento calorias é o ponto norteador para o alimento ser classificado como saudável.

“Nutricionista fala [...] que a gente pode comer de tudo. Tudo que a gente quer, que a gente gosta de comer, né? Mas tem que comer tudo certo, comer aos poucos, não é tudo de uma vez, né? Não é todo dia comer alimentos muito calórico [...] Mas a gente não consegue. Por que nem é saudável e nem é não saudável [...] De muita coisa saudável a caloria é baixa” (Alexia, AN).

“Eu, eu penso mais em verdura, em legume. É [...] coisas integrais. Mais nisso, sabe? Menos fritura, menos refrigerante, menos doce. Na verdade eu penso em zerar quando eu falo que vou comer saudável. Tipo, nada de fritura, nada de doce, nada de refrigerante. É meio radical” (Adriana, AN).

“[...] para mim mesma não sei se é saudável, porque eu tenho escutado isso há muito tempo, né? Eu fiz nutrição [...] Aí eu vejo que todos os alimentos ricos em gordura saturada eu tenho que evitar. É [...] aí eu olho naquele negócio de dez por cento lá, sabe? Primeira coisa que eu olho é gordura, depois eu olho gordura saturada, aí eu olho sódio, aí eu olho os açúcares lá, tipo [...] carboidrato, aí eu vou vendo. Mas o que mais pesa é a quantidade de gordura, mesmo que não seja saturada” (Bianca, BN).

“Não existe uma coisa ideal, saudável. Mas as coisas que eu olho são: Se é orgânico, se é vegano ou vegetariano. Eu olho primeiro a quantidade de proteína, da gordura eu não sei. Meus pais sempre me encheram o saco e eu sou meio encanada com a quantidade de proteína das coisas. Eles são engenheiros de alimentos, então desde pequena, quando eu era criança eles já enchiam o saco, que você precisa de 1g/kg/dia. Então eu olho isso primeiro [...] menos a gordura hidrogenada. Hum, bastante fibra e porções delimitadas. Acho que seria isso [...] maçã é uma coisa saudável, eu acho que leite de soja é uma coisa saudável e granola, que eu gosto” (Beatriz, BN).

“Eu penso em calorias” (Carla, GC).

A maioria das pacientes faz associação do conceito de saúde com o conteúdo calórico dos alimentos, apesar de relatarem compreender a definição teórica de alimento saudável. Esse pensamento é muito frequente nessas doenças determinando provavelmente, atitudes alimentares de restrição. No GC, apenas uma participante citou que o teor calórico dos alimentos influencia suas escolhas.

As entrevistas de grupo focal contribuíram para melhor compreender e confirmar os domínios na alimentação que surgiram no Agrupamento livre, pois de acordo com os temas, pôde-se relacionar aos domínios como: vida e morte (saúde), escolhas alimentares (gosto) e pobres em calorias (calorias).

6. Discussão

Com o objetivo de identificar o modelo cultural na alimentação, foram avaliadas 112 pacientes do sexo feminino com transtornos alimentares dos três serviços de maior destaque do estado de São Paulo, sendo que 62 tinham AN e 50 BN, além de 36 mulheres saudáveis que formaram o grupo controle (GC). As médias de idade foram semelhantes nos dois grupos e o estado nutricional, representado pelo IMC, mostrou baixo peso na AN, sobrepeso na BN e eutrofia no GC. O questionário EAT-26 foi aplicado nos dois grupos para verificar a ausência de comportamento alimentar de risco para transtornos alimentares nos indivíduos do GC. Foram investigadas as dimensões, o consenso e a competência cultural na alimentação, além da percepção da imagem corporal das participantes.

O procedimento do Agrupamento livre utilizado a partir dos 31 alimentos permitiu dividir em subgrupos os elementos que compõem o domínio investigado. Foram delineados dois subgrupos no GP (AN e BN) e cinco no GC. Esses resultados estão de acordo com os objetivos da técnica, ou seja, puderam captar a representação das participantes a respeito de como os elementos que compõem o domínio cultural na alimentação se distribuem em um espaço de significado.

A análise de consenso foi realizada para investigar se o modelo cultural obtido é compartilhado pelos sujeitos sendo que os critérios mais utilizados pelas participantes para formar os agrupamentos foram: calorias (alimento muito ou pouco calórico), saúde (alimento saudável ou não) e gosto (alimento gostoso ou não). O procedimento de *Ranking* foi utilizado a fim de verificar se existe consenso cultural na alimentação, pela atribuição da ordem de importância dos alimentos dentro dessas três dimensões.

Os resultados nos três grupos (AN, BN e GC) nas dimensões calorias e saúde foram considerados bastante expressivos sobre o grau de consenso demonstrando que pacientes com transtornos alimentares concordam bastante com as mulheres saudáveis sobre esses critérios. Já o consenso sobre quais alimentos são gostosos se mostrou fraco. De acordo com Romney, Weller e Batchelder (1986), um valor maior que 3,0 de *eigenvalue ratio* indica que um modelo cultural pode ser delineado e que há elevado nível de compartilhamento

de ideias entre as participantes, presumindo que estas estão desenhando, de maneira sistemática e convincente, um modelo cultural no domínio investigado.

A lista utilizada neste estudo foi baseada na proposta por Dressler (2001) em que surgiram cinco dimensões culturais na alimentação, cujos critérios de agrupamento foram: saudável (alimentos que as pessoas comem para serem saudáveis), prestígio (alimentos que representam *status*), do dia a dia (alimentos que as pessoas consomem diariamente), praticidade (alimentos preparados com rapidez e facilidade) e desejável (alimentos desejados pelas pessoas).

Mais tarde, Oths, Carolo e dos Santos (2003) observaram falta de consenso na dimensão prestígio (*eigenvalue*=1,8) mas com grande prioridade dada por todos, para duas das características da culinária brasileira, churrasco e feijoada, que foram considerados de alto *status* porque são comparativamente de maior preço e reservados a ocasiões especiais. Além disso, alimentos italianos, particularmente pizzas, também ocuparam posição de destaque nessa amostra, considerada uma refeição particularmente popular para o jantar de domingo em restaurantes formais e informais. Os alimentos ricos em gordura foram encontrados entre os dez alimentos de maior prestígio de acordo com a classe socioeconomicamente mais alta. Queijo fresco, pão francês e presunto foram nomeados alimentos típicos do café da manhã, além do iogurte, um alimento cada vez mais popular na época e considerado saudável. Em relação às frutas, a laranja, por ser produzida na região é bastante popular, mas outras de valor monetário maior, como o mamão-papaia e a uva, foram classificadas como de maior prestígio. O suco fresco foi considerado mais saudável em relação ao processado, mas a Coca-cola®, por apresentar menor preço era bastante consumida.

Prosseguindo nessa mesma linha de investigação, Newkirk et al. (2009), identificaram as dimensões saúde, praticidade e prestígio, cujo valor de consenso cultural foi forte para saúde (*eigenvalue ratio*=17,8) e praticidade (*eigenvalue ratio*=4,41) e mais fraco para prestígio (*eigenvalue ratio*=2,6). O conhecimento na dimensão saúde estava concentrado na classe economicamente superior e os alimentos ricos em gordura perderam posição de prestígio para esta classe e têm sido substituídos por alimentos como frutas frescas e produtos lácteos,

percebidos como alimentos relativamente saudáveis. Comparando os *Rankings* de prestígio entre 2001 e 2009, evidências sugerem que as avaliações de saúde, em grande parte influenciam avaliações culturais de prestígio. Isto pode ser evidenciado pelo fato de que a classe socioeconomicamente mais baixa, pelos esforços para a mobilidade ascendente, adaptou um modelo de classe superior de prestígio, sem saber que a nova tendência em prestígio dos alimentos para a classe alta é impulsionada pela dimensão saúde.

No presente estudo, as mulheres do GC também atribuíram o churrasco e a feijoada para ocasiões especiais, classificaram as massas e molhos como alimentos típicos do almoço de domingo e foram colocados em um mesmo grupo alimentos típicos do café da manhã e considerados saudáveis (frutas, suco, pão francês e integral, derivados do leite, presunto e margarina). Já o GP classificou itens como frutas, verduras, leite e derivados como os mais saudáveis, menos calóricos e, portanto, que podem ser ingeridos com maior frequência. Alimentos para eventos ocasionais como bebidas, carnes e doces foram definidos como calóricos e industrializados, que devem ser ingeridos esporadicamente dependendo da forma de preparo para serem considerados saudáveis. Assim, observa-se um contraste nesta divisão de alimentos entre os grupos, pois no GP não prevaleceu o agrupamento dos alimentos de acordo com o tipo de refeição como no GC, mas a preocupação com a saúde relacionada ao teor calórico do alimento.

As representações sociais dos alimentos variam de acordo com a condição socioeconômica da população e apresentaram diferentes conotações. O estudo de Ferreira e Magalhães (2005) realizado na favela da Rocinha no Rio de Janeiro-RJ, sobre o consumo alimentar dos moradores, mostrou que o convívio com a fome, atual e pregressa, faz do trinômio arroz, feijão e carne, alimentos essenciais por representarem a negação dessa condição. Alimentos considerados saudáveis não fazem parte desse universo e não estão disponíveis para as condições de renda e prioridades da população estudada. Para este segmento, a noção de obesidade é ambivalente e representa a negação da falta, da privação, e não está centrada na questão estética. Para Campos (1982b), a classe popular prefere alimentos considerados “fortes”, como arroz, feijão e carne. Esses alimentos

“enchem a barriga” e dão a sensação de poder passar um período de tempo longo sem comer.

No presente estudo, as diferentes representações do alimento de acordo com a classe socioeconômica, não puderam ser observadas pelo fato de a maioria das participantes pertencerem a um mesmo nível.

Os resultados do modelo cultural na alimentação investigado neste estudo, com seus agrupamentos e dimensões, foi complementado com as categorias de análise temática desveladas com os grupos focais, de modo a permitir maior entendimento do significado dos alimentos para as participantes (Figuras 9 e 10).

Figura 9- Agrupamentos livres, dimensões do modelo cultural e categorias de análise temática no GP (n=112). Ribeirão Preto, 2014.

Figura 10- Agrupamentos livres, dimensões do modelo cultural e categorias de análise temática no GC (n=36). Ribeirão Preto, 2014.

O elemento saúde foi, na análise de consenso cultural, considerado item importante na alimentação, o que demonstra seu significativo papel na escolha dos alimentos. Com os relatos do GP pôde-se depreender que o alimento remete à sobrevivência, essência à vida, mas também à morte. Na Figura 9 pode-se observar esta associação (seta 1) que relaciona os alimentos mais saudáveis e consequentemente menos calóricos, àqueles que se assemelham à vida. Ao contrário, os mais calóricos são àqueles que podem levar à morte, pois estão inseridos num jogo simbólico típico dos transtornos alimentares, já que a restrição destes alimentos pode causar desnutrição severa e não raro, a morte. Essa representação é mostrada no relato da Bianca (BN): “O que me nutre me destrói”.

Miranda (2004) salienta que os transtornos alimentares evocam intensas emoções tanto em quem as sofre, quanto naqueles que as tratam, pois se relacionam à oposição morte-vida. É um tema mobilizador e impactante por tratar

da alimentação, essência, combustível e permissão para a vida levando-os também a cenários de morte e dor, sofrimento e destrutividade.

Para Albom (1998), o medo de morrer é universal e atinge todos os seres humanos. Entretanto, Santos (2006) diz que pacientes com transtornos alimentares colocam em risco a própria vida mesmo quando se veem diante da possibilidade concreta de morrerem, agem como se desdenhassem da morte, manifestando uma notável indiferença, frequentemente mesclada com sensação de triunfo maníaco, que na verdade, é reflexo da extrema dissociação entre pensamento e afeto que os acomete.

Já para o GC (Figura 10, seta 1), a morte não aparece relacionada ao alimento, e sim à vida, à sobrevivência e aos alimentos mais saudáveis. Essa representação condiz com o pensamento de DaMatta (1991), pois segundo este autor, comida é vida e alimento é sobrevivência. Comida é temperada, saboreada, e estabelece identidade social. Todavia, são ainda recentes os estudos sobre as representações socioculturais e a dimensão simbólica dos alimentos e as comidas nas distintas camadas sociais e grupos populacionais do país.

As participantes desse estudo enfatizaram a existência de elementos que são importantes para o alimento ser considerado saudável, principalmente o item equilíbrio (Figura 9, seta 4). Nos relatos do GP, este equilíbrio muitas vezes está restrito à quantidade permitida, ou seja, é muito mais no sentido de controle do que de equilibrar as quantidades dos alimentos e presença de nutrientes. A fala da Amarílis (AN) ilustra essa ideia: “A gente precisa de tudo [...] mas eu acho que tem alguma coisa que a gente tem que moderar [...] A gente precisa, tipo a gente não precisa ficar comendo todo dia [...]”. Algumas pacientes, por estarem numa fase final do tratamento no momento da coleta de dados, citaram a questão do equilíbrio não só na alimentação, mas de respeitar o momento em que estão na doença também: “[...] alimentação é muito de saber equilibrar o momento que a gente está. Não vai ficar comendo salgadinho todo dia de manhã, então evitar o industrializado. Isso pra mim é alimentação saudável, você ter o equilíbrio no momento [...]” (Bruna, BN).

Para o GC (Figura 10, seta 4), além do papel na promoção da saúde, o alimento saudável está relacionado com aspectos simbólicos como o sabor,

reunião com os amigos, entre outros fatores sociais. Nesse sentido, Diez-Garcia (2012a) enfatiza que a alimentação passou a ser uma prática preocupante, pois oferece riscos se não for adequada e equilibrada. A associação de doenças crônico-degenerativas com a alimentação levou as pessoas a repensarem sua dieta.

Na perspectiva biológica, o conceito de alimentação saudável refere-se à ingestão de alimentos em quantidade e qualidade adequadas, com diversidade e equilíbrio, a fim de promover o adequado funcionamento do organismo e a manutenção e a promoção da saúde. Envolve assim, a diminuição de alimentos industrializados e o aumento daqueles in natura, principalmente vegetais e frutas. Deve ainda ser planejada com alimentos de todos os tipos, de procedência segura e conhecida, a partir de guias alimentares propostos nas políticas públicas (PHILIPPI, 2008).

No entanto, é imprescindível resgatar a legitimação do prazer e do gosto nesse processo. Beumont et al. (1990) afirmam que comer de forma saudável não está relacionado apenas à manutenção da saúde, mas ao comportamento socialmente aceitável, flexível e que traga satisfação. Portanto, comer doces em uma festa de aniversário pode ser considerado saudável, desde que seja acompanhado de prazer.

Satter (1987) corrobora essa diretriz na sua definição de alimentação saudável, que deve incluir o prazer e o equilíbrio:

“É ser capaz de escolher as comidas que você gosta e comê-las até aproveitá-las suficientemente e não simplesmente parar porque você acha que deveria. Alimentar-se normalmente é ser capaz de usar alguma restrição na seleção alimentar para consumir as comidas certas, mas sem ser tão restritivo a ponto de não comer as comidas prazerosas. Alimentar-se normalmente é dar permissão a você mesmo para comer às vezes porque você está feliz, triste ou chateado ou apenas porque é tão gostoso. Alimentar-se normalmente requer um pouco do seu tempo e atenção, mas também ocupa o lugar de apenas uma área importante, entre tantas, de sua vida”.

Sendo assim, o “comer normal” é flexível e varia em resposta a emoções, agenda, fome e proximidade com o alimento.

Esse mesmo autor introduziu outro atributo da alimentação saudável, que é a competência alimentar. Para ele, os indivíduos com alta competência alimentar comem de maneira saudável não por seguirem uma prescrição, mas porque

confiam nos seus sinais internos de fome, apetite e saciedade, têm uma atitude relaxada, positiva e confortável em relação à alimentação e conseguem harmonizar seus desejos e escolhas alimentares e as quantidades consumidas. Esse modelo alimentar proposto é complexo, mas pode-se destacar algumas das atitudes sugeridas para uma alimentação saudável: aceitar e sentir-se confortável com a obtenção de prazer por meio da comida e com a experiência de se sentir satisfeito; comer de maneira intencional e planejada prestando atenção aos sinais de fome e apetite e parando de comer quando estiver saciado; organizar-se a fim de ter tempo para comer e preparar suas refeições, e ser curioso em relação a novos alimentos (SATTER, 2007).

Nitzke, Freeland-Graves e *American Dietetic Association* (2007) consideram a alimentação como um todo relevante, e não um ou outro alimento, pois nenhum alimento por si só causa malefícios ou benefícios à saúde, o excesso ou falta constante de alguns nutrientes é prejudicial. A organização acredita que a maioria da população percebe os alimentos de maneira dicotômica (bons/permitidos versus ruins/proibidos) o que leva a episódios de exagero e compulsão alimentar.

A publicidade, por sua vez, apropria-se de fatos científicos para legitimar seus produtos e dar-lhes uma posição de destaque que permite categorizá-los como saudáveis e, assim, recomendáveis, o que repercute nas práticas alimentares porque envolve noções sobre saúde e alimentação, sobre o que faz bem e o que faz mal. Ela introduz um signo que se torna indissociável do produto e esse atributo simbólico, já como parte do alimento, tem influência nas escolhas alimentares (DIEZ-GARCIA, 2012b).

A representação de alimentos saudáveis, para as mulheres do GP, refere-se ao conteúdo calórico do alimento, apesar de, teoricamente entenderem o significado real de alimento saudável. Assim como elas não têm limite para a perda de peso no processo da doença, observa-se a mesma dificuldade na restrição rigorosa dos alimentos radicalizando a ingestão de gordura e carboidratos. A fala da Adriana (AN) pode demonstrar essa situação: “[...] Menos fritura, menos refrigerante, menos doce. Na verdade eu penso em zerar quando

eu falo que vou comer saudável. Tipo, nada de fritura, nada de doce, nada de refrigerante. É meio radical”.

Na AN, o não comer está associado ao controle e assim, resistir às tentações, à fome e à vontade de comer confere aos pacientes sensação de poder. No entanto, quanto menos comem, mais pensam em comida, calorias e dieta. Os sentimentos em relação à alimentação também são comprometidos, pois eles estão sempre tentando comer menos ou fazer dieta, e costumam relatar raiva da sensação de fome. Sentem-se incompetentes em relação aos alimentos e passam a expressar certa repugnância por eles. Não reconhecem que têm dificuldades com a comida e acreditam que o problema é a existência dos alimentos (ALVARENGA; PHILIPPI, 2011).

Nesta pesquisa, ao agrupar os alimentos, as pacientes com AN consideraram poucos itens como saudáveis, apenas aqueles menos calóricos como as frutas, verduras, leite e derivados e que podem ser ingeridos com maior frequência. A maioria dos alimentos, como bebidas, carnes, salgadinhos e doces foi classificada como não saudável por ser calórica, industrializada e que deve ser ingerida esporadicamente. Já as pacientes com BN dividiram os alimentos, segundo o critério calorias, de forma mais equilibrada. Talvez esse comportamento seja reflexo do próprio padrão alimentar que elas apresentam, ao incluírem alimentos calóricos nos episódios de compulsão alimentar e fora dele, optam pela restrição calórica com alimentos mais saudáveis (RIBEIRO, 2012).

O consumo total de frutas e outros vegetais se associou positivamente com sintomas de transtornos alimentares no estudo de Alves et al. (2012), realizado na Bahia com 365 escolares, entre sete e 14 anos de idade. Nos estudantes com características da doença, a ingestão desses alimentos foi maior (140,1g) do que naqueles sem sintomas (126,7g). Outros autores já observaram que há forte tendência dos pacientes com transtornos alimentares optarem pelo consumo de pequenas quantidades desses alimentos induzindo, conseqüentemente, a manutenção ou perda de peso. Tais alimentos são, coincidentemente considerados também, mais saudáveis (ALVES et al., 2008; VILELA et al., 2004).

Entre as mulheres do GP, também foi possível observar que elas seguem uma dieta rígida e autoimposta, sendo que o ato de comer muitas vezes é

acompanhado de sentimentos negativos como medo, culpa e revolta. Esses sentimentos, atualmente, podem ser reflexo de uma mudança de paradigma sobre o significado da alimentação que tem ocorrido desde os primórdios da humanidade, conforme afirma Garcia (1997a, p. 53): “Já não é sem culpa que nos sentamos à mesa para desfrutar da comida”. De fato, a partir da década de 1970, em nome da saúde e da estética se construiu um discurso sobre a alimentação moderna que traz em seu bojo a ditadura da dietética ou do universo do não comer, segundo o qual a cozinha convencional é vista, como pouco adaptada a tais exigências (SANTOS, 2011).

Uma parte substancial dos relatos do grupo focal nesse estudo evidenciou a sensação de prazer ao ingerir os alimentos, apesar de muitas vezes, esse sentimento ser seguido de culpa e angústia, no caso das pacientes com transtornos alimentares. Na Figura 9 (seta 2), o GP faz associação dos alimentos mais calóricos a esses sentimentos. Muitas vezes, elas classificam estes itens como prejudiciais, não só à saúde biológica, mas principalmente por não conseguirem se controlar emocionalmente diante deles. Este sofrimento psíquico velado pode ser observado na seguinte fala: “[...] Só que quando tá comendo, você tá feliz, né? Mas depois que acaba você fica [...] nossa, não podia comer. Aí você tem que se distrair né? Ver outra coisa” (Ana, AN).

Outros relatos desse grupo mostram a importância de fazer uma dieta em busca do controle alimentar, como forma de evitar o ganho de peso. Assim, as escolhas estão direcionadas, muitas vezes, às necessidades biológicas (Figura 9, seta 3), com opção por alimentos que vão fazê-las mais fortes ou reestabelecer as necessidades de nutrientes, como o sódio. Desta forma, suas escolhas estão relacionadas a sua condição de saúde e por seguirem um plano alimentar específico onde não há opção de escolha e horário de refeição. A fala da Ana (AN) ressalta o sintoma da doença: “[...] eu sou cheia de regras. Não é pela preferência, às vezes, assim [...] eu faço um cardápio, assim [...] eu não estou a fim de comer isso, mas eu como forçando, entende? Não é pela preferência. Sou eu. Eu falo pra minha mente... é pra comer. Mas não é pelo gosto”. A impressão é que a dieta prescrita permanece como um guia a ser seguido e apesar das

dificuldades descritas, há relatos de estratégias utilizadas para elas conseguirem obedecer às orientações recomendadas.

O ato de comer é bastante complexo e não significa apenas a ingestão de nutrientes, mas envolve também uma amplitude de emoções e sentimentos, além de valores culturais específicos. Nesse sentido, muitas vezes “come-se” simbolicamente o nervosismo, a ansiedade e as frustrações do cotidiano. O comportamento alimentar está relacionado tanto com aspectos técnicos e objetivos (o que, quanto e onde se come), como também com aspectos socioculturais e psicológicos. Há um complexo sistema de valores, de símbolos e significados que estão associados à dimensão do comer. A alimentação vai além da ingestão de nutrientes e não deve ser vista apenas pelo prisma biológico (GARCIA, 1992; HELMAN, 1994). Essa dinâmica alimentar pode ser observada nas participantes do GP ao revelarem que o ato de comer está diretamente relacionado aos aspectos emocionais. Queiroz (1988, p. 7) reforça essa ideia: “O apetite do homem civilizado [...] é mais de ordem psíquica e visa mais à satisfação do prazer de comer, do que a satisfação de suas necessidades de nutrição”.

O consumo e padrão alimentares impróprios parecem ser consequências da percepção inadequada que os pacientes têm do alimento. A crença central das pessoas com AN é a visão perfeccionista sobre alimentação saudável, na qual definem os alimentos como bons e ruins e os separam entre seguro e proibido, sendo a lista de alimentos bons, muito limitada. A maioria delas nega a existência de um problema relacionado ao alimento e afirmam que sua dieta é saudável por apenas apresentar alimentos pouco calóricos, hipogordurosos, mas ricos em nutrientes essenciais, como vitaminas e sais minerais (ALVARENGA; DUNKER, 2004).

Nos achados deste estudo, as pacientes com AN classificaram os alimentos calóricos como “inúteis” por oferecer apenas calorias ou “insanos”, pelo fato de sentirem o corpo “inchar” após a ingestão. Já para as pacientes com BN, os alimentos mais calóricos são os “do mal” e que deveriam evitar, e alimentos “sujos”, que causam desconforto e que são digeridos com muita dificuldade. Na

visão delas, o alimento representa um vício que leva à dependência, assim como as drogas ilícitas.

Alvarenga e Philippi (2011) citam que as compulsões podem ser, muitas vezes, desencadeadas pelo olhar perfeccionista de alimentação adequada que os pacientes com BN apresentam. Eles consideram apenas a alimentação restrita como saudável e não se permitem ingerir determinados alimentos que podem não primar pelo valor nutricional, mas que proporcionam muito prazer, seguido de culpa.

No estudo de Nunes e Vasconcelos (2010) com sete adolescentes com transtornos alimentares atendidas em hospitais e clínicas de Florianópolis (SC), eles observaram que as escolhas alimentares geralmente são feitas de acordo com a quantidade de calorias ou com alimentos que engordam menos. Além disso, também influenciam na escolha a vontade, o sabor ou o gosto. Alguns depoimentos mostraram que as escolhas são feitas de acordo com a orientação dos nutricionistas, destacando a importância desse profissional no sucesso do tratamento. No entanto, nos episódios de compulsão alimentar, notaram que não há critério de escolha para a ingestão.

Acredita-se que a insatisfação corporal que estes pacientes seja fator desencadeante para a restrição ao consumo de alimentos, em especial daqueles considerados hipercalóricos, podendo levá-los a adotar práticas inadequadas de controle de peso, desde restrição alimentar até o uso de condutas purgativas e não purgativas (BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2006).

Os resultados demonstraram que o grupo com AN diferiu em relação aos valores médios de estimação em relação ao grupo com BN, pois o primeiro, classificado com IMC de baixo peso, foi menos acurado na percepção da imagem corporal do que indivíduos classificados com sobrepeso (BN). Os participantes do GC tiveram melhor acurácia e apresentaram satisfação com sua imagem corporal. No entanto, a insatisfação com a imagem corporal destacou-se como a principal variável explicativa na presente amostra sendo responsável, sozinha, por grande parte da variação da estimação da imagem corporal, sobretudo entre as mulheres com baixo peso.

Corroborando esses achados, Waldman et al. (2013) investigaram a satisfação e a acurácia da imagem corporal, a percepção tátil e perfeccionismo em 30 pacientes com AN atendidas em serviços de transtorno alimentar do sul de Londres e 31 controles saudáveis, pareados por idade. Os participantes preencheram tarefas perceptivas e medidas de autorrelato. Como previsto, os participantes com AN pontuaram significativamente mais insatisfação com o corpo e com as medidas de perfeccionismo, e tiveram maior inacurácia.

Em contrapartida, outro estudo com 30 mulheres com AN e 137 mulheres do grupo controle, também no Reino Unido, alteravam uma fotografia de si mesmas para estimar o tamanho real do corpo investigando as contribuições de fatores sensoriais e atitudinais do tamanho corporal. Os resultados identificaram a inexistência de relação direta entre IMC e percepção (CORNELISSEN; JOHNS; TOVÉE, 2013). Nessa mesma direção, outros pesquisadores também verificaram a inexistência dessa relação ressaltando a importância de variáveis psicológicas no processo de estimação do tamanho corporal (ALMEIDA et al., 2005; GASKIN et al., 2013; SAUR; PASIAN, 2008; SEGAL; CARDEAL; CORDÁS, 2002). Dentre elas, a insatisfação com a imagem corporal vem sendo consistentemente apontada como variável que influencia a forma como o indivíduo percebe o próprio corpo (FERRER-GARCÍA; GUTIÉRREZ-MALDONADO, 2008; JOHNSTONE et al., 2008; PROBST et al., 1998; SKRZYPEK; WEHMEIER; REMSCHMIDT, 2001; SMEETS, 1997).

Já no estudo de Almeida et al. (2005), com 150 mulheres divididas com base no IMC em amostras não clínicas, indicou que mulheres com sobrepeso apresentaram maior inacurácia da percepção em relação àquelas com obesidade, em seus diferentes níveis, a partir da Escala de Stunkard. Sánchez-Villegas et al. (2001) também encontraram altos níveis de superestimação entre mulheres europeias com sobrepeso, utilizando instrumento semelhante. Na mesma direção, Johnstone et al. (2008), que investigaram a imagem corporal por uma técnica digital em comparação a dois questionários de papel padrão, avaliaram 60 indivíduos de ambos os sexos, saudáveis com idade entre 20-55 anos, com eutrofia e obesidade. Os indivíduos obesos foram menos acurados na percepção da imagem corporal do que indivíduos eutróficos (sedentários e ativos

fisicamente). Superestimaram sua imagem corporal, com base em dois métodos avaliativos diferentes (software com método do ajuste e Escala de Stunkard), sugerindo assim que as mulheres com sobrepeso ou próximas dessa condição seriam mais inacuradas em perceber o tamanho do próprio corpo, superestimando-o em maior intensidade.

Esses achados confirmam os resultados da atual pesquisa, pois as pacientes com BN (GP), com IMC classificado em sobrepeso, apresentaram inacurácia ($8,5\text{kg/m}^2$) e insatisfação ($-13,7\text{kg/m}^2$) com a imagem corporal em comparação ao GC. Entretanto, as pacientes com AN, cujo IMC foi classificado em baixo peso, apresentaram maior inacurácia ($10,5\text{kg/m}^2$).

Mulheres que superestimam seu peso são mais insatisfeitas com o corpo e mais propensas a apresentarem comportamentos de risco à saúde, como a prática de dietas restritivas e episódios de compulsão alimentar; uso de laxantes e diuréticos, além da realização de exercícios físicos em excesso (CASH, 2011; KUCHLER; VARIYAM, 2003). Diante da ampla oferta de alimentos atualmente disponíveis, na maioria densamente calóricos e pela valorização da magreza, a aquisição e manutenção de um corpo magro ou eutrófico se deve, provavelmente, à presença da insatisfação com a imagem corporal. A insatisfação, por sua vez, é mediada pela internalização do ideal de beleza, ou seja, o quanto o indivíduo acredita e tenta se adequar a esse ideal. Além disso, a comparação social está estritamente associada às consequências negativas da imagem corporal, de modo que o indivíduo passa a avaliar negativamente a própria aparência quando se compara ao padrão de beleza atual e considera que não possui os atributos socialmente desejados (CASH, 2011; KAKESHITA; ALMEIDA; LAUS, 2013; MILLS; JADD; KEY, 2012; MYERS; CROWTHER, 2009; NOURI; HILL; ORRELL-VALENTE, 2011).

Para Garner (2002) e Thompson et al. (1998), a distorção da imagem corporal nos transtornos alimentares não é só um fator predisponente, mas também mantenedor destes quadros clínicos. Caracteriza-se não somente pelo modo alterado de perceber a forma e o tamanho corporal, mas também pela insatisfação com o tamanho desse corpo e a preferência pela magreza.

Diante da influência da insatisfação corporal nos comportamentos e hábitos, os resultados do presente estudo corroboram esses indicativos, pois o modelo logístico apresentou bons resultados de classificação dos grupos (81%) com influência da competência cultural de gosto, calorias, concordância residual de gosto e satisfação corporal para o participante estar no GC. No entanto, a variável que se mostrou mais preditora foi a satisfação corporal, pois um participante tem 5.446 vezes mais chance de estar no GC do que no GP.

Em dois estudos separados por 10 anos (DRESSLER, 1991a; DRESSLER; DOS SANTOS, 2001), os autores observaram que consonância cultural está associada com a composição corporal urbana no Brasil. O padrão da associação mudou ao longo desse período, com associações curvilíneas em 1991 e associações lineares em 2001. Como também é apresentado em outros estudos (DRESSLER, 1991a; DRESSLER et al, 2005) uma política para estabilizar moeda brasileira e facilitar o crédito ao consumo, iniciou-se e foi bem sucedido, o que resultou um aumento do poder de compra dos segmentos mais pobres da continuidade econômica no Brasil, com acesso aos recursos alimentares. O aumento no poder aquisitivo traduziu-se diretamente em mudanças na dieta, não tanto na ingestão calórica total, mas no saldo de qualidade da dieta e atividade física, com consequente aumento da massa corporal entre os mais pobres da amostra. Para as mulheres, a média de IMC aumentou de 23,1 para 24,6 Kg/m² enquanto que para os homens passou de 21,6 para 24,9 Kg/m² ($p < 0,01$).

Dessa forma, a história e a cultura oferecem uma contribuição fundamental das perspectivas sobre o futuro, em relação às dimensões da alimentação. Os estudos de longa duração entre o meio e a sociedade, tendo o passado como espelho, favorecem a obtenção dos elementos dos domínios culturais. Além disso, as respostas aos problemas contemporâneos que envolvem a alimentação mostram em quais termos são propostas as questões relacionadas à subsistência e saúde, segurança, medos e proibições, gostos e preferências, e das sensibilidades alimentares (SANTOS, 2011).

O gosto, biologicamente marcado pelos aspectos culturais, simboliza um desafio nas intervenções nutricionais e remete a reflexões sobre o prazer nas escolhas alimentares e nas construções sociais. No entanto, os aspectos

sensoriais são extremamente importantes e bem explorados pela indústria alimentícia. O paladar desempenha papel fundamental no apetite e na escolha alimentar, promove estímulos da fase cefálica da digestão, permite distinguir as qualidades nutricionais e os riscos advindos da alimentação, induz a sensação de saciedade e, como interfere nos reflexos autônomo e endócrino do trato gastrointestinal, é importante para as alterações metabólicas relacionadas à ingestão de alimentos (DIEZ-GARCIA, 2012a).

Nesse sentido, o GC, (Figura 10, seta 4), relaciona os alimentos ao prazer, sensação de bem estar, sendo o alimento aquele que reúne a família, os amigos, representação que pode ser identificada na fala de Cláudia: “[...] Então alimento pra mim é isso [...] de reunir. Então quando a gente faz uma comida muito gostosa vai ficar com a família [...] Eu acho assim, que alimento [...] de vez em quando vou dar uma lembrancinha para alguém e eu dou um doce, um bombom, por que eu acho que o alimento entra por dentro, é aquele abraço interno”. Esse e outros depoimentos evidenciaram que a alimentação não é um fenômeno exclusivamente biológico, mas sofre a influência de aspectos sociais, culturais e emocionais conforme menciona Campos (1982b), a sabedoria em matéria alimentar pode ser verificada como vinda da experiência do gosto, não só dos alimentos, mas da vida social.

Nesse GC, as participantes trouxeram a opção por alimentos que vão trazer bem estar ou que escolhem de acordo com o horário e a refeição. Assim, o sabor do alimento e o que desejam comer também determinam a escolha do alimento, como demonstra a fala da Cora: “Acho que horário [...] Geralmente, no café da manhã é mais leve [...] Aí vai chegando perto do horário do almoço vai me dando vontade de comer sal. Aí passa o almoço, você almoça e vai dando vontade de comer um docinho e assim vai”. Já no GP, as pacientes não trouxeram o gosto e suas preferências na escolha dos alimentos ou quando traziam, estes critérios estavam associados às calorias ou à imposição de uma dieta auto imposta.

De acordo com os relatos acima, observa-se que as escolhas são muito pessoais, pois a percepção do sabor envolve quase todos os sentidos e, particularmente, o odor. No cérebro, os sistemas perceptivos estão intimamente

ligados à aprendizagem, à memória, à emoção e à linguagem, e a percepção do sabor está entre as mais complexas e poderosas sensações humanas. Os mecanismos neurais desse processo podem contribuir para compreender as preferências alimentares (UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAMME/WORLD HEALTH ORGANIZATION - UNIDCP/WHO, 1992). No Brasil, os resultados de uma pesquisa sobre hábitos alimentares em 10 capitais brasileiras com 2136 pessoas, demonstraram que a alimentação foi geralmente relacionada ao prazer, à união e à comensalidade (BARBOSA, 2007).

Na atual pesquisa, apesar de existir consenso sobre as três dimensões do modelo cultural, há tendência de um grupo concordar mais do que o outro sobre o *Ranking* dos alimentos, verificado pela concordância residual. Foi identificado, principalmente nos atributos calorias e gosto que existem submodelos, especialmente nas pacientes com AN que não concordarem totalmente com o GP, apresentando assim, um consenso mais fraco. Sugere-se que essas diferenças podem exercer influência no adoecimento dos pacientes, ou seja, uma interação recíproca e retroalimentadora entre pensamentos sobre os alimentos e atitudes e comportamentos relacionados à alimentação. De acordo com Handwerker (2002), dois indivíduos não sustentam modelos idênticos para um determinado domínio. A distribuição do conhecimento cultural é heterogênea e quando combinada com histórias de vida, torna-se fisicamente impossível para duas pessoas definirem configurações culturais idênticas.

No estudo de Dengah II (2013), realizado em Ribeirão Preto-SP, com 38 pessoas sobre as características necessárias para um estilo de vida pentecostal bem sucedido, também encontrou concordância residual entre os grupos. Segundo esse autor, o consenso cultural e a análise de concordância residual identificam aspectos culturais compartilhados de um domínio, sua distribuição no espaço social e as áreas de convergência compartilhada ou discordância compartilhada.

De forma semelhante, os dados do presente estudo foram submetidos à análise de PROFIT para validar as dimensões encontradas na formação dos agrupamentos identificando que as pacientes com AN e BN criaram um modelo cultural em que elas pensam na alimentação em uma única dimensão. Esse

fenômeno pode ter ocorrido pelo fato de que o que rege o pensamento delas é o teor calórico dos alimentos e consequentemente, os alimentos considerados menos calóricos são àqueles mais saudáveis e os que elas mais gostam. Nesse grupo, calorias e saúde apresentaram boa correlação com os alimentos; saúde e gosto foram atributos que tiveram a mesma direção, mas calorias tiveram direção oposta. Esses resultados sugerem que as pacientes, ao agruparem os alimentos, estavam pensando prioritariamente, no critério calorias. Para elas os alimentos menos calóricos são os mais saudáveis e consequentemente os mais gostosos. Essa representação deve influenciar, sobremaneira, suas escolhas demonstrando uma maneira de pensar e provavelmente, agir de forma rígida e sistemática.

Considerar as atitudes alimentares, além do consumo, da estrutura e do padrão alimentar de um indivíduo ou grupo supõe que o alimento não seja somente situado em uma esfera fisiológica pois as pessoas não fazem suas escolhas alimentares apenas pela contribuição nutricional ou energética. Portanto, uma atitude considerada normal em relação ao alimento envolve a compreensão adequada do seu papel também sob o ponto de vista emocional e social. Entre as atitudes adequadas estão o respeito à fome física assim como à vontade de comer, o aceite de oscilações na alimentação dependendo do humor e da situação social e a obtenção de prazer pelos alimentos (ALVARENGA; PHILIPPI, 2011).

Já no GC, os critérios utilizados foram distintos e o conteúdo calórico dos alimentos não foi o atributo que definiu os agrupamentos. Houve ainda, boa correlação nas dimensões calorias e saúde em um modelo cultural mais complexo do que o GP. No estudo de Newkirk et al. (2009), a dimensão saúde também apresentou um ajuste muito estreito entre as semelhanças percebidas dos alimentos mas as dimensões prestígio e praticidade mostram correlações inferiores. Essas discrepâncias entre os estudos podem ser explicadas pelas amostras diferentes considerando também, que a formação do hábito alimentar é influenciada por vários fatores e ocorre à medida que a criança vai crescendo, até o momento em que escolherá, de forma consciente e independente, os alimentos que farão parte da sua vida (BANDEIRA et al., 2000).

Neste mesmo sentido, a formação do gosto alimentar não se dá exclusivamente pelo seu aspecto nutricional e biológico. O alimento constitui uma categoria histórica, pois os padrões de permanência e mudanças dos hábitos e das práticas alimentares têm referências na própria dinâmica social. Alimentar-se é um ato nutricional e comer é um ato social, pois se constitui de atitudes, ligadas aos usos, aos costumes, protocolos, condutas e situações (SANTOS, 2011).

Desta forma, os profissionais da nutrição devem estar sensíveis à influência cultural na alimentação compreendendo a comensalidade como um processo terapêutico. A quebra de um poder disciplinador do profissional para o paciente deve ser substituída por uma orientação baseada na escuta e compreensão do habitual, pois a dificuldade de deixar um hábito alimentar está no espaço do aprendizado de novas práticas culturais que substituam ou associem antigas. Este processo precisa de tempo, rito, novas cenas, novos valores a serem incorporados ao cotidiano. O mais importante é restaurar o sentido da mudança, em que a racionalidade tome o lugar da automação e do gosto, para dar um novo significado ao não habitual e, portanto, ainda não desejado (FREITAS et al., 2011).

Em relação às escolhas alimentares, os achados deste estudo corroboram os dados de Fonseca et al. (2011) que afirmam que a grande questão vivenciada pelo comensal contemporâneo é a preocupação de saber o que comer e em que proporção, ou seja, fazer a melhor escolha para o seu consumo. A preocupação quantitativa não está totalmente ausente, pois se refere aos excessos alimentares e à necessidade de se fazer restrições em busca do equilíbrio. Algumas questões trazidas pela contemporaneidade, tais como as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, marcadas pela industrialização, ampliação do comércio e pela feminização da sociedade e as novas relações entre o indivíduo e a coletividade, influenciaram diretamente na gênese deste comensal. Determinaram assim, novas relações com a alimentação passando a buscá-la de maneira mais saudável e identificando-se com seus pares formando tribos alimentares de acordo com a origem dos alimentos ingeridos como os orgânicos, vegetarianos e macrobióticos. Essa situação pode ser verificada na fala da Carla (GC) “comida

saudável ultimamente tenho relacionado a não ter agrotóxicos, a não ter gordura trans [...] na origem do alimento [...] orgânico”.

Mudanças no padrão alimentar são constantemente observadas desde os primórdios da antiguidade. Na idade média, com o problema das crises periódicas na produção de alimentos, havia falta de cereais, principalmente do trigo. Consequentemente, houve forte apelo para os cereais secundários ou outros trigos, como a cevada, a aveia, o centeio, e o milho, com os quais se produzia o pão da escassez, o pão preto consumido pelos pobres. O pão dos ricos era o pão branco, de farinha pura, fina e superior, do verdadeiro trigo, de preço mais elevado. A hierarquia social era definida também pela cor do pão que as pessoas comiam (SANTOS, 2011). Atualmente, este perfil é extremamente oposto, pois o pão feito com cereais integrais apresenta valor social superior, principalmente pelo seu conteúdo nutricional e, consequentemente, é mais consumido pela classe alta. O mesmo aconteceu com o açúcar, que até o século XV permaneceu no rol das mercadorias de luxo e sua doçura, um privilégio das camadas mais ricas. As jovens donzelas guardavam entre os linhos, fitas e rendas dos enxovais no fundo das arcas de madeira, uma caixinha de metal feita de açúcar, pó considerado precioso. Entretanto, nessa longa trajetória, o açúcar passou de herói a vilão.

A importância do alimento, portanto, que era essencialmente para a subsistência da espécie, perde posição para a qualidade nutricional da alimentação (TEUTEBERG; FLANDRIN, 1998) e o alimento, ao longo do tempo, passou a ser ameaçador pelo fato de ser rico em calorias e levar ao aumento de peso. A sociedade passou a valorizar a magreza e fazer da obesidade uma condição estigmatizada (FISCHLER, 1998; GAYLE, 1998).

Segundo Oths, Carolo e dos Santos (2003), as principais modificações na alimentação ocorridas mais recentemente, desde o início dos anos 1990, referem-se à maneira como os alimentos são representados na cultura. No presente estudo, foi observado que pessoas que não têm transtornos alimentares quando comparadas com aquelas que têm esses quadros, apresentam boa satisfação com o corpo delas, geralmente concordam com outras pessoas sobre comidas que elas gostam, e especialmente concordam que há algumas comidas mais

gostosas. Ainda, elas têm a tendência em concordar com outras pessoas que há alimentos mais calóricos e outros menos calóricos. Compreender essas atitudes pode contribuir para o entendimento dos fatores que influenciam esse processo e conseqüentemente, comportamentos alimentares inadequados que podem desencadear os transtornos alimentares. Nesses quadros, há relação atribulada com a alimentação, sentimentos ambivalentes sobre o ato de se alimentar e sobre os alimentos (raiva, desejo, culpa, negação), além de pensamentos obsessivos com a alimentação e seus possíveis efeitos no peso, no corpo e com o significado do comer (RIBEIRO, 2012).

Portanto, a cultura alimentar contemporânea incentiva e valoriza padrões saudáveis de alimentação, o que foi demonstrado em ambos os grupos. Nos transtornos alimentares, há influência de outros fatores, clássicos da etiopatogenia desses quadros, resultando em escolhas alimentares menos calóricas. A assistência nutricional para pessoas com transtornos alimentares deve considerar os sistemas culturais e promover a discussão sobre crenças e valores simbólicos atribuídos aos alimentos. Nesse contexto, é necessário que o profissional nutricionista aborde aspectos relacionados à valoração da vida, desde que o vínculo esteja estabelecido com o paciente para que facilite essa relação. Pois é na narração dele que se torna possível revelar as noções culturais sobre a doença, a nutrição e o corpo. A interpretação da narrativa sobre a experiência da dieta é complexa, cercada de elementos que se confundem em hábitos, práticas, tabus, crenças, valores, sentimentos, emoções e necessita de um profundo esforço do profissional e equipe para entender, nas palavras e nas fendas da linguagem do paciente, a relação entre o comer e os aspectos socioculturais (FREITAS, PENA, 2011).

7. Conclusões

O presente estudo teve como objetivo, identificar o modelo cultural na alimentação, considerando o estado nutricional e a imagem corporal com base na composição de um grupo de pacientes com transtornos alimentares (AN e BN) de três serviços do estado de São Paulo (GP=112) e um grupo controle formado por mulheres saudáveis (GC=36). Nesse sentido, as seguintes conclusões podem ser apontadas:

- O modelo cultural na alimentação das pacientes e mulheres saudáveis foi identificado e parecem ser diferentes;
- Os alimentos foram divididos em dois agrupamentos no GP e em cinco no GC, cujas dimensões foram saúde, calorias e gosto;
- No GP, essas dimensões estão muito próximas, direcionadas pelo pensamento sobre as calorias dos alimentos e tornando o modelo simplificado. No GC, os critérios são bem distintos evidenciando um modelo mais complexo;
- O consenso cultural foi mais forte nas dimensões saúde e calorias e mais fraco na de gosto;
- A competência cultural mostrou que há divergências no modelo compartilhado entre os grupos e dentro dos grupos, nas dimensões calorias e gosto, especialmente nas pacientes com AN;
- Para as participantes, os alimentos têm diferentes representações traduzidas por sentimentos de vida e morte a partir do conteúdo calórico, mas na busca do equilíbrio nutricional.
- A satisfação corporal se mostrou mais influente para prever que uma participante tem a chance de estar no GC.

8. Considerações Finais

O consenso cultural é uma área da antropologia cognitiva cujo domínio estudado tem o objetivo de investigar o que as pessoas pensam e falam, no presente caso, a alimentação. Dentro desse domínio, existem critérios, atributos ou dimensões que as pessoas utilizam para organizar seus pensamentos, ou seja, as características traduzidas por palavras para descrevê-lo. O objetivo desse método é descobrir quais são as dimensões dos elementos que as pessoas usam para organizar suas ideias e pensamento.

A literatura é escassa em estudos sobre as representações socioculturais e a dimensão simbólica dos alimentos na sociedade brasileira e especialmente, em grupos populacionais específicos. Estes objetos podem ser investigados com o auxílio das ciências sociais para a construção e validação de novas práticas da nutrição no campo da clínica e da saúde pública. O discurso normativo da nutrição clínica, ao priorizar a enfermidade e o alimento sem considerar a autoria do paciente como sujeito de sua história e de seus hábitos, não obtém respostas conectadas com a realidade social. Ao aproximar-se do campo sociocultural sobre o comportamento alimentar, é possível conhecer os significados do alimento em contextos sociais específicos. O indivíduo procura articular-se com os vários aspectos do seu mundo, em um todo significativo para ele e para outros, e com isso ele expressa na intersubjetividade as experiências do seu cotidiano alimentar e a técnica de conversação reconhece as fendas das falas, os silêncios como sinais interpretativos na análise linguística.

Este estudo mostra como a aplicação combinada de métodos quanti-qualitativos utilizando o consenso cultural, a análise de concordância residual e entrevistas de grupo focal puderam capturar, de maneira adequada e satisfatória, os pensamentos sobre os alimentos e a forma como esse conhecimento é distribuído e compartilhado entre pacientes com transtornos alimentares e mulheres saudáveis.

No entanto, algumas limitações podem ser apontadas referentes aos instrumentos utilizados e a amostra estudada. A Lista livre de alimentos talvez não representasse os itens mais comuns para o grupo de pacientes pois as participantes questionaram, com frequência, o conteúdo calórico desses alimentos no procedimento do *Ranking*. Além disso, observa-se que alguns itens

típicos da alimentação brasileira, presentes inclusive no guia da pirâmide alimentar não estavam incluídos como o arroz, o feijão e o café. Em relação à amostra, houve heterogeneidade do grupo de pacientes quanto ao tempo de tratamento visto que algumas estavam no início do seguimento e outras, em fase de franca recuperação e alta hospitalar.

No entanto, como pesquisa pioneira e inédita para um possível diálogo entre as áreas de antropologia e nutrição, este estudo abre fronteiras para a comunidade científica no desenvolvimento de abordagens que elucidem o modelo alimentar em situações de transtornos alimentares. Estes resultados irão contribuir para a aquisição de novas estratégias de tratamento e proporcionar respostas mais eficazes nesses quadros tão complexos e desafiadores.

9. Referências Bibliográficas

ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa). **O novo critério padrão de classificação econômica Brasil. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa**, 2013. Disponível em: <<http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>>. Acesso em 10 fev. 2013.

AFFENITO, S. G. et al. Macronutrient intake in anorexia nervosa: The National Heart, Lung, and Blood Institute Growth and Health Study. **J Pediatr**. v. 141, n. 5, p. 701-5, 2002.

ALBOM, M. **A última grande lição: o sentido da vida**. Tradução de José J. Veiga. Rio de Janeiro: GMT/Sextante; 1998.

ALLEN, K. L. et al. Risk factors for full-and partial-syndrome early adolescent eating disorders: a population-based pregnancy cohort study. **J Am Acad Child Adolesc**, v. 48, n. 8, p. 800-9, 2009.

ALLTO-SETALA, T. et al. One-month prevalence of depression and other DSM-IV disorders among young adults. **Psychol Med**, v. 31, n. 5, p. 791-801, 2001.

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.

ALMEIDA, S. S.; NASCIMENTO, P. C. B.D.; LAUS, M. F. Determinantes ambientais do comportamento alimentar e da obesidade. In: ALMEIDA, S. S. et al. **Psicobiologia do comportamento alimentar**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2013, 227p.

ALVARENGA, M. S.; PHILIPPI, S. T. Perfil do consumo alimentar em pacientes com bulimia nervosa em São Paulo. **Nutr Bras**, v. 4, p. 204-11, 2003.

ALVARENGA, M. S.; DUNKER, K. L. L. Padrão e comportamento alimentar na anorexia e bulimia nervosa. In: ALVARENGA, M. S.; PHILIPPI, S. T. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri: Manole, 2004; p. 131-48.

ALVARENGA, M. S.; PHILIPPI, S. T. Estrutura, padrão, consumo e atitude alimentar: conceitos e aplicações nos transtornos alimentares. In: ALVARENGA, M.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. **Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento**. Barueri: Manole, 2011; p. 17-36.

ALVES, E. et al. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescents do sexo feminino do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 503-12, 2008.

ALVES, T. C. H. S. et al. Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre escolares da rede pública da cidade de Salvador, Bahia. **J Bras Psiquiatr**, v. 61, n. 2, p. 55-63, 2012.

AMBULIM (Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares). **História do AMBULIM**. Disponível em: <<http://www.ambulim.org.br/Sobre/Historia>>. Acesso em 21 de junho de 2014.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified. **J. Am. Diet. Assoc**, v. 101, n. 7, 810-9, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. **Am J Psychiatry**, v. 157, n. 1, Suppl, p. 1-39, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. **Am J Psychiatry**, v. 163, n. 7, Suppl, p. 4-54, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 5th Ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ARCELUS, J. et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. **Arch Gen Psychiatry**, v. 68, n. 7, p. 724-31, 2011.

BALIEIRO, M. C. et al. Does perceived stress mediate the effect of cultural consonance on depression? **Transcult Psychiatry**, v. 48, n. 5, p. 519-38, 2011.

BANDEIRA, C. R. S. et al. Hábitos alimentares na adolescência. **Pediatr Moderna**, v. 36, n. 11, p. 724-34, 2000.

BARBOSA, L. Feijão com arroz e arroz com feijão: o Brasil no prato dos brasileiros. **Horiz Antrop**, v. 13, n. 28, p. 87-116, 2007.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2008.

BARTHES, R. Pour une psycho-sociologie de l'alimentation contemporaine. (textes 1961) In: **Oeuvres complètes: 1942-1965**. Coordenação de Eric Marty. Paris: Seuil, 1993-1995, p. 924-33.

BASDEVANT, A.; CARPLET, C; GUY-GRAND, B. **Eating patterns: from normal to pathological**. França: Servier Laboratories, 1993, p. 96.

BECKER, A. E. et al. Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji. **Br J Psychiatry**. v. 198, n. 1, p. 43-50, 2011.

BEUMONT, P. J. V. et al. Nutritional counseling in the treatment of bulimia. In: FICHTER, M. M. **Bulimia nervosa: basic research, diagnosis and therapy**. England: John Wiley & Sons, 1990; p. 309-19.

BEZERRA, I. N. et al. Consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 1, Supl, p. 200S-11S, 2013.

BIGHETTI, F. et al. Tradução e validação do eating attitudes test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. **J Bras Psiquiatr**, v. 6, n. 53, p. 339-46, 2004.

BIGHETTI, F. et al. TA: anorexia e BNs: uma abordagem didática. In: KALINOWSKI, C. E. (Org.) **PROENF: programas de atualização em enfermagem, saúde do adulto. Ciclo 2, Módulo 2**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2007, p. 9-44.

BIRMAN, J. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2006.

BJÖRK, T.; AHLSTRÖM, G. The patient's perception of having recovered from an eating disorder. **Health Care Women Int**, v. 29, n. 8, p. 926-44, 2008.

BORGATTI, S. P. **Anthropac 4.7x**. Columbia: Analytic Technologies, 1994.

BORGES, N.J.B.G. et al. Transtornos alimentares - Quadro clínico. **Medicina, (Ribeirão Preto)**, v.39, n.3, p. 340-348, 2006.

BOSTER, J. S. Exchange of varieties and information between Aguaruna manioc cultivators. **Am Anthropol**, v. 88, n. 2, p. 428-36, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional. **Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informações em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 118p.

BRANCO, L. M.; HILÁRIO, M. O. E.; CINTRA, I. P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Rev Psiquiatr Clin**. v.33, n. 6, p. 292-6, 2006.

BRASILIANO, S.; BUCARETCHI, H. A.; KACHANI, A. T. Aspectos psicológicos da alimentação. In: CORDÁS, T. A. et al. **Nutrição em psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2010, 416 p.

BRUCH, H. **The golden Cage**: the enigma of anorexia nervosa. Cambridge: Harvard University Press; 1978, 176p.

BULIK, C. M. et al. Twin studies of eating disorders: a review. **Int J Eat Disord**, v. 27, n. 1, p. 1-20, 2000.

CABRERA, C.C. Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: o tratamento farmacológico. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 39, n. 3, p. 375-80, 2006.

CÂMARA CASCUDO, L. **História da alimentação no Brasil**: pesquisa e notas. Belo Horizonte: Itatiaia, 1983.

CAMPOS, E. P. Cultura, personalidade e doença. **Folha Médica**, v. 95, n. 5/6, p. 307-12, 1987.

CAMPOS, M. S. **Poder, saúde e gosto**. São Paulo: Cortez; 1982a.

CAMPOS, M. S. **Poder, saúde e gosto**: um estudo antropológico acerca dos cuidados possíveis com a alimentação e o corpo. São Paulo: Cortez, 1982b. 130p.

CARNEIRO, H. S. **Comida e sociedade**: uma história da alimentação. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. 185p.

CARNEIRO, H. S. Comida e sociedade: significados sociais na história da alimentação. **História: Questões & Debates**, n. 42, p. 71-80, 2005.

CASH, T. F. Cognitive-behavioral perspectives on body image. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. (Eds.). **Body image**: a handbook of science, practice, and prevention. New York: The Guilford, 2011, p. 39-47.

CCEB (Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil). **O novo critério padrão de classificação econômica Brasil**. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2013. Disponível em: <<http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>>. Acesso em 10 fev. 2013.

COBELO, A. W. O papel da família no comportamento alimentar e nos transtornos alimentares. Em: PHILIPPI, S. T., ALVARENGA, M. (Orgs.). **Transtornos alimentares**: uma visão nutricional. São Paulo: Manole, 2004, p.119-129.

CONCATO, J.; FEINSTEIN, A. R.; HOLFORD, T. R. The risk of determining risk with multivariable models. **Ann Intern Med**, v. 118, n. 3, p. 201-10, 1993.

CORDÁS, T. A.; SALZANO, F. T. Aspectos gerais dos transtornos alimentares: características, critérios diagnósticos, epidemiologia e etiologia, p. 5 – 15. In: ALVARENGA, M.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. **Nutrição e transtornos alimentares**: avaliação e tratamento. São Paulo: Manole, 2001, 521p.

CORNELISSEN, P. L.; JOHNS, A.; TOVÉE, M. J. Body size over-estimation in women with anorexia nervosa is not qualitatively different from female controls. **Body Image**, v. 10, n. 1, p. 103-11, 2013.

COSTA, C. A fenomenologia e o significado da ciência. **Rev Bras Filos**, v. XXXIV, n. 138, p. 149-160, 1985.

CUNHA, S. F.; SICCHIERI, J. M.; CALIL, L. C. Transtornos alimentares. In: VANNUCCHI, H.; MARCHINI, J. S. (Orgs.). **Nutrição clínica**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 482p.

CURRIN, L. et al. Time trends in eating disorder incidence. **Br J Psychiatry**, v. 186, p. 132-5, 2005.

D'ANDRADE, R. Schemas and motivation. In: D'ANDRADE, R.; STRAUSS, C. (Eds.). **Human motives and cultural models**. Cambridge University Press. 1992, p 23-44.

DaMATTA, R. **O que faz o Brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1991.

DENGAH II, H.J.F. The Contract with God: Patterns of Cultural Consensus across Two Brazilian Religious Communities. **J Anthropol Res**, v. 69, n. 3, p. 347-72, 2013.

DEVORAES, A. M. R.; FAGUNDES, U. Avaliação e orientação nutricional. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: Transtornos alimentares e obesidade**. 1ª Ed. São Paulo: Manole; 2005, p. 127-35.

DIEZ-GARCIA, R.W. Mudanças alimentares: implicações práticas, teóricas e metodológicas. In: DIEZ-GARCIA, R.W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. **Nutrição e metabolismo: Mudanças alimentares e educação nutricional**. Editor da série Hélio Vannucchi. Guanabara Koogan, 2012a, p. 3-17.

DIEZ-GARCIA, R.W. A publicidade e as práticas alimentares. In: DIEZ-GARCIA, R.W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. (Coords.). VANNUCCHI, H. (Ed.). **Nutrição e metabolismo: mudanças alimentares e educação nutricional**. Guanabara Koogan, 2012b, p. 128-35.

DONINI, L. M. et al. Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus (Document). **Eat Weight Disord**, v. 15, n. 1-2, Suppl, p. 1-31, 2010.

DOS-SANTOS, J. E.; OTHS, K. S.; DRESSLER, W. W. Socioeconomic factors and adult body composition in a developing society. **Rev Bras Hipertens**, v. 8, n. 2, p. 173-8, 2001.

DOS SANTOS, J. E. GRATA: nossa história, trabalho e desafios. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 39, n. 3, p. 323-6, 2006.

DRESSLER, W. W.; DOS SANTOS, J. E.; VITERI, F. E. Blood pressure, ethnicity and psychosocial resources. **Psychosom Med**, v. 48, n. 7, p. 509-19, 1986.

DRESSLER, W. W. **Stress and adaptation in the context of culture: depression in a southern black community**. Albany, NY: State University of New York Press, 1991a.

DRESSLER, W. W. Social support, lifestyle incongruity, and arterial blood pressure in a southern black community. **Psychosom Med**, v. 53, n. 6, p. 608-20, 1991b.

DRESSLER, W. W.; BALIEIRO, M. C.; DOS SANTOS, J. E. Culture, socioeconomic status, and physical and mental health in Brazil. **Med Anthropol Q**, v. 12, n. 4, p. 424-46, 1998.

DRESSLER, W. W.; BINDON, J. R. The health consequences of cultural consonance. **Am J Phys Anthropol**, v. 102, p. 244-60, 2000.

DRESSLER, W. W. **Culture and individual adaptation: research report I. Brazil**. 2001. Disponível em: <<http://www.as.ua.edu/ant/Faculty/dressler/Dressler%20Research%20Report%20I.pdf>>. Acesso em 15 ago. 2010.

DRESSLER, W. W.; DOS SANTOS, J. E. Correlações socioculturais da pressão arterial. **Rev Bras Hipert**, v. 8, n. 2, p. 225-9, 2001.

DRESSLER, W. W.; BALIEIRO, M. C.; DOS SANTOS, J. E. Culture and psychological distress. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 12, n. 22, p. 5-18, 2002.

DRESSLER, W. W. Culture and the risk of disease. **Br Med Bull**, v. 69, n. 1, p. 21-31, 2004.

DRESSLER, W. W. et al. Cultural consonance and arterial blood pressure in urban Brazil. **Soc Sci Med**, v. 61, n. 3, p. 527-40, 2005.

DRESSLER, W. W. Cultural consonance. In: BHUGRA, D.; BHUI, K (Ed.) **Textbook of cultural psychiatry**. London: Cambridge University Press: 2007.

DRESSLER, W. W. et al. Cultural consonance and adult body composition in urban Brazil. **Am J Hum Biol**, v. 20, n. 1, p. 15-22, 2008.

DRESSLER, W. W.; OTHS, K. S. Cultural consonance in dimensions of food: Associations with nutrient intake. In: ANNUAL MEETING OF THE SOCIETY FOR APPLIED ANTHROPOLOGY, 30 de março a 2 de abril, 2011, Seattle, WA. **Abstract Book of the Annual Meeting of the Society for Applied Anthropology**, 2011.

DRESSLER, W.W. Cultural consonance: Linking culture, the individual and health, **Prev Med**, v. 55, n. 5, p. 390-3, 2012.

DRESSLER, W. W. et al. How culture shapes the body: Cultural consonance and body mass in urban Brazil. **Am J Hum Biol**, v. 24, n. 3, p. 325-31, 2012.

DRESSLER, W. W. et al. Consonância Cultural, Religião e sofrimento psíquico em uma comunidade urbana. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 23 n. 55, p. 151-60, 2013.

DRESSLER, W. W.; DOS SANTOS, J. E. Social e cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review. **Cad Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 303-15, 2000.

DRESSLER, W. W.; BALIEIRO, M. C. DOS SANTOS, J. E. Finding culture in the second facotr: Stability and change in cultural consensus and residual agrément. **Field Methods**, 2014. (In press).

DUNKER, K, L. L.; ALVARENGA, M. S.; PEREIRA, D. L. Dietas da moda: uso e significados em pacientes com transtornos alimentares. **Rev Metab Nutr**, v. 9, p. 100-7, 2007.

EDDY, K. T.; HENNESSEY, M.; THOMPSON-BRENNER, H. Eating pathology in East African women: the role of media exposure and globalization. **J Nerv Ment Dis**, v. 195, n. 3, p. 196-202, 2007.

ELIAS, N. O processo civilizador: uma história dos costumes. Vol. 1. Tradução: Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994.

FAGUNDES, U.; OLIVA, C. A. G. Avaliação e tratamento das complicações médicas. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: Transtornos alimentares e obesidade**. 1ª Ed. São Paulo: Manole; 2005. p. 119-26.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradox. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha. Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1792-800, 2005.

FERRER-GARCÍA, M.; GUTIÉRREZ-MALDONADO, J. Body Image Assessment Software: Psychometric data. **Behav Res Methods**, v. 40, n. 2, p. 394-407, 2008.

FISCHLER, C. A. "McDonaldização" dos costumes. In: FLANDRIN, J. L.; MONTANARI, M. **História da alimentação**. 4ª Ed. São Paulo: Estação Liberdade, 1998. p. 841-62.

FLINCK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONSECA, A. B. et al. Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições sócio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3853-62, 2011.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: o uso dos prazeres**. 11ª Ed. São Paulo: Graal, 1984.

FREITAS, M. C. S. Mulher light, corpo dieta e repressão. In: **Imagens da mulher na cultura contemporânea**. Salvador: Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher/Universidade Federal da Bahia, 2002. p. 23-34.

FREITAS, M. C. S.; PENA, P. G. L. Dietética e cultura. In: TADDEI, J. A. et al. **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Ed. Rúbio, 2011, p.387-94.

FREITAS, M. C. S. et al. Hábitos alimentares e os sentidos do comer. In: DIEZ-GARCIA, RW; CERVATO-MANCUSO, AM. (Orgs.). VANNUCCH, H. (Ed.). **Mudanças alimentares e educação nutricional**. Guanabara Koogan, III. Série. Rio de Janeiro, 2011, 411p.

FREUD, S. Uma teoria sexual. In: Freud, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Delta, 1959, v. 5, p. 273-387.

GARCIA, R. W. D. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. **Rev Nutr PUCCAMP**, v. 5, n. 1, p. 70-80, 1992.

GARCIA, R. W. D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. **Physis (Rio J)**, v. 7, n. 2, p. 51-68, 1997a.

GARCIA, R. W. D. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 455-67, 1997b.

GARDNER, R. M. Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. **Br J Psychol**, v. 87, n. 2, p. 327-37, 1996.

GARINE, I. Alimentação, culturas e sociedades. **O Correio da Unesco**, v. 15, p. 4-7, 1987.

GARDNER, R. M. Measurement of perceptual body image. In: CASH, T. F. (Ed.). **Encyclopedia of body image and human appearance**. v. II, San Francisco: Academic Press, 2012, pp. 526-32.

GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. The eating attitudes test: an index of the symptom of anorexia nervosa. **Psychol. Med**, v. 9, n. 2, p. 273-9, 1979.

GARNER, D. M. Body image and anorexia nervosa. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (Eds.), **Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice**. New York: Guilford, 2002, p. 295-303.

GARRO, L. C. Intracultural variation in folk medical knowledge: A comparison between curers and non-curers. **Am Anthropol**, v. 88, n. 2, p. 351-70, 1986.

GASKIN, J. L. et al. Perception or reality of body weight: Which matters to the depressive symptoms. **J Affect Disord**, v. 150, n. 2, p. 350-5, 2013.

GAYLE, M. T. Caloric intake patterns of nonpurge binge-eating women. **Western J Nurs Res**, v. 20, n. 1, p. 103-18, 1998.

GOODENOUGH, W. H. **Culture. Encyclopedia of cultural anthropology**. New York: Henry Holt, 1996, p. 291-9.

HALLIWELL, E.; DITTMAR, H. Associations between appearance-related self-discrepancies and young women's and men's affect, body satisfaction, and emotional eating: a comparison of fixed-item and participant-generated self-discrepancies. **Pers Soc Psychol Bull**, v. 32, n. 4, p. 447-58, 2006.

HANDWERKER, W. P. The construct validity of cultures: Cultural diversity, culture theory, and a method for ethnography. **Am Anthropol**, v. 104, n. 1, p. 106-22, 2002.

HELMAN C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HENRY, J. P.; CASSEL, J. C. Psychosocial factors in essential hypertension. **Am J Epidemiol**, v. 90, n. 3, p. 171-200, 1969.

HOEK, H. K.; van HOEKEN, D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. **Int J Eat Disord**, v. 28, n.1, p. 20-6, 2003.

HOEK, H. W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. **Curr Opin Psychiatry**, v.19, n.4, p. 389-94, 2006.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. 2ª Ed. New York: John Wiley and Sons, 2000. 386 p.

HUDSON, J. I. et al. The prevalence and correlates of eating disorders. **Biol Psychiatry**, v.61, n. 3, p. 348-58, 2007.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Análise do consumo alimentar no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011, 150p.

JAUREGUI LOBERA, I.; BOLANOS RIOS, P. Choice of diet in patients with anorexia nervosa. **Nutr Hosp**, v. 24, n. 6, p. 682-7, 2009.

JOHNSTONE, A. M. et al. Assessment of body image in obesity using a digital morphing technique. **J Hum Nutr Diet**, v. 21, n. 3, p. 256-67, 2008.

KAKESHITA, I. S. et al. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. **Psic teor Pesq**, v. 25, n. 2, p. 263-70, 2009.

KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S. S.; LAUS, M. F. Living well but looking good: A modern health dichotomy. A brief overview on women's body image. **Motriz: Rev Educ Fis**, v. 19, n. 3, p. 558-64, 2013.

KEREM, N. C.; KATZMAN, D. K. Brain structure and function in adolescents with anorexia nervosa. *Adolesc Med*, v.14, n. 1, p. 109-18, 2003.

KLEIN, M. **O desenvolvimento inicial da consciência na criança. Obras Completas de Melanie Klein**: Volume I. Amor culpa e reparação e outros trabalhos (1933). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KLUMP, K. L.; MCGUE, M.; IACONO, W. G. Genetic relationships between personality and eating attitudes and behaviors. **J Abnorm Psychol**, v. 111, n. 2, p. 380-389, 2002.

KORSMEYER, C. **El sentido del gusto**: comida, estética y filosofía. México: Paidós, 2002.

KRUSKAL, J. B; WISH, M. **Multidimensional Scaling**. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1978. 93p.

KUCHLER, F.; VARIYAM, J. N. Mistakes were made: misperception as a barrier to reducing overweight. **Int J Obes Relat Metab Disord**, v. 27, n. 7, p. 856-61, 2003.

MA, H. et al. Getting rich and eating out: consumption of food away from home in Urban China. **Can J Agric Econ**, v. 54, n. 1, p. 101-19, 2006.

MARTINS, F. C. O.; SASSI JR, E. A comorbidade entre transtornos alimentares e de personalidade e suas implicações clínicas. **Rev. Psiquiatr. Clín**, v. 31, n. 4, p. 161-3, 2004.

McCABE, M. P.; RICCIARDELLI, L. A. Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. **J Psychosom Res**, v. 56, n. 6, p. 675-85, 2004.

MILLER, C. A.; N.H. GOLDEN, N. H. An introduction to eating disorders: Clinical presentation, epidemiology and prognosis. **Nutr Clin Pract**, v. 25, n. 2, p. 110-15, 2010.

MILLS, J. S.; JADD, R.; KEY, B. L. Wanting a body that's better than average: the effect of manipulated body norms on ideal body size perception. **Body Image**, v. 9, n. 3, p. 365-72, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINTZ, S. Comida e antropologia: uma breve revisão. **Rev Bras Ci Soc**, v. 16, n. 47, p. 31-42, 2001.

MIRANDA, M. R. O mundo objetual anoréxico e a violência bulímica em meninas adolescentes. **Rev Bras Psicanál**, v. 38, n. 2, p. 309-34, 2004.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, n. 3, p. 18-23, 2002.

MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research. Qualitative research methods series**. 16. London: Sage Publications, 1997.

MYERS, T. A.; CROWTHER, J. H. Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: a meta-analytic review. **J Abnorm Psychol**, v. 118, n. 4, p. 683-98, 2009.

NASSER, M. Eating disorders across cultures. **Psychiatry**, v. 8, n. 9, p. 347-50, 2009.

NEWKIRK, C. N. et al. Intracultural Diversity in food knowledge in southern Brazil. **Ecol Food Nutr**, v. 48, n. 4, p. 285-302, 2009.

NITZKE, S.; FREELAND-GRAVES, J.; AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: total diet approach to communicating food and nutrition information. **J Am Diet Assoc**, v. 107, n. 7, p. 1224-32, 2007.

NOURI, M.; HILL, L. G.; ORRELL-VALENTE, J. K. Media exposure, internalization of the thin ideal, and body dissatisfaction: Comparing Asian American and European American college females. **Body Image**, v. 8, n. 4, p. 366-7, 2011.

NUNES, A. L.; VASCONCELOS, F. A. Transtornos alimentares na visão de meninas adolescentes de Florianópolis: uma abordagem fenomenológica. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 539-50, 2010.

NUNES, M. A. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 416p.

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

ORNELLAS, L. H. **A alimentação através dos tempos**. 2ª Ed. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2000. 307p.

OTHS, K. S.; CAROLO, A.; DOS SANTOS, J. E. Social status and food preference in southern Brazil. **Ecol Food Nutr**, v. 1, n. 42, p. 303-24, 2003.

OZIER, A. D.; HENRY, B. W.; AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of eating disorders. **J Am Diet Assoc**, v. 111, n. 8, p. 1236-41, 2011.

PATTON, M. **Qualitative evaluation and research methods**. In: SAMPLING, S. Newbury California: Sage Publications, 1990.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos**: Estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3ª Ed. São Paulo: EDUSP, 2001, 157p.

PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. S. Alimentação saudável: princípios e recomendações. In: ALVARENGA, M. S.; PHILIPPI, S. T. **Transtornos alimentares**: uma visão nutricional. Barueri: Manole, 2004; p. 21-37.

PHILIPPI, S. T. Alimentação saudável e a pirâmide dos alimentos. In: PHILIPPI, S. T. **Pirâmide dos alimentos**: fundamentos básicos da nutrição. Barueri: Manole, 2008; p. 1-30.

PINEL, J. P. J. **Biopsychology**. 4ª Ed. Boston: Allyn & Bacon, 2000.

PIZZOL, S. J. S. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Rev Econ Sociol Rural**, v. 42, n. 3, p. 451-68, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Trad. Thorell, A. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed. 2004.

POLIVY, J. Psychological consequences of food restriction. **J Am Diet Assoc**, v. 96, n. 6, p. 589-92, 1996.

POPKIN, B. **O mundo está gordo**. Rio de Janeiro: Campus; 2009.

POULAIN, J. P.; PROENÇA, R. P. C. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Rev Nutr**, v. 16, n. 4, p. 365-86, 2003.

POULAIN, J. P. **Sociologias da alimentação**. Santa Catarina: Editora da UFSC, 2004.

PROATA (PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS TRANSTORNOS ALIMENTARES). **Histórico: Conheça o PROATA.** Disponível em: <<http://www.psiquiatria.unifesp.br/d/proata/historico/>>. Acesso em 21 jun 2014.

PROBST, M. et al. The significance of body size estimation in eating disorders: its relationship with clinical and psychological variables. **Int J Eat Disord**, v. 24, n. 2, p. 167-74, 1998.

QUEIROZ, M. J. **A comida e a cozinha**: iniciação à arte de comer. Rio de Janeiro: Forense/Universitária; 1988. p. 7.

RAMOS, R. C. F.; GALERA, N. Personalidad, psicopatología y cultura. **Rev. Argent. Clín. Psicol**, v. 6, n. 1, p. 69-80, 1997.

REITER, C. S.; GRAVES, L. Nutrition therapy for eating disorders. **Nutr Clin Pract**, v. 25, n. 2, p. 122-36, 2010.

RENNER, H. D. **The origin of food habits**. London: Faber Faber Ltd., 1944, p. 261.

RIBEIRO, R. P. P.; SICCHIERI, J. M.; BIGHETTI, F. Transtornos alimentares. In: MONTEIRO, P. M.; CAMELO, J. S. (Orgs.). **Caminhos da nutrição e terapia nutricional**: da concepção à adolescência. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007, p. 554-66.

RIBEIRO, R. P. P. Abordagem educacional dos transtornos alimentares. In: DIEZ-GARCIA, R.W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. **Nutrição e metabolismo**: mudanças alimentares e educação nutricional. Editor da série Hélio Vannucchi. Guanabara Koogan, 2012, p. 215-28.

RIBEIRO, R. P. P.; SANTOS, M. A. Transtornos alimentares: evidências clínicas e científicas. In: ALMEIDA, S. S. et al. **Psicobiologia do comportamento alimentar**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2013, 227p.

RIBEIRO-FILHO, N. P.; SILVA, J. A. **Avaliação e mensuração de dor: Pesquisa, teoria e prática**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2006, 467p.

RIGAUD, D. Anorexia nervosa: a model of malnutrition. **Ann Med Interne (Paris)**, v. 151, n. 7, p. 549-55, 2000.

ROMNEY, A. K.; WELLER, S. C.; BATCHELDER, W. H. Culture as consensus: a theory of culture and informant accuracy. **Am J Phys Anthropol**, v. 88, n. 2, p. 313-38, 1986.

ROZIN, P. The meaning of food in our lives: a cross-cultural perspective on eating and well-being. **J Nutr Educ Behav**, v. 37, Suppl. 2, p. S107-S112, 2005.

RYAN, G.; BERNARD, R. Data management and analysis methods. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). **Handbook of qualitative research**. 2nd. Thousand Oaks: Sage, p. 769-802, 2000.

SAHLINS, M. **Cultura e razão prática**. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. Adolescência: prevenção e risco. In: CERESER M. G., CORDÁS, TA. (Orgs.). **Transtornos alimentares: anorexia e bulimia**. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 269-76.

SÁNCHEZ-VILLEGAS, A. et al. Perception of body image as indicator of weight status in the European Union. **J Hum Nutr Diet**, v. 14, n. 2, p. 93-102, 2001.

SANTACRUZ, H. Anorexia y bulimia: conflictos con el cuerpo. **Acta Méd Colomb**. v. 2, n. 3, p. 105-10, 1997.

SANTOS, C. R. A. A alimentação e seu lugar na história: os tempos na memória gustativa. **História: Questões & Debates**, n. 42, p. 11-31, 2005.

SANTOS, C. R. A. Os sabores da sociedade. In: TADDEI, J. A. et al. **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Ed. Rúbio, 2011, p. 367-86.

SANTOS, M. A. Sofrimento e esperança: grupos de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 39, n. 3, p. 386-401, 2006.

SAPOZNIK, A.; BUENO, M. O.; LOBÃO, B. F. Tratamento-aspectos gerais. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: Transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Manole, 2004.

SATTER, E. **How to get your kid to eat...but not too much**. Boulder: Colorado, 1987.

SATTER, E. Eating competence: definition and evidence for the Satter eating competence model. **J Nutr Educ Behav**, v. 39, n. 5, Suppl, p. S142-S153, 2007.

SAUR, A. M.; PASIAN, S. R. Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. **Aval Psicol**, v. 7, n. 2, p. 199-209, 2008.

SCHEUREN, F. **What is a survey? Alexandria (VA)**: American Statistical Association. What are focus group? 2004.

SCHIFFMAN, S. S.; REYNOLDS, M. L.; YOUNG, F. W. **Introduction to Multidimensional Scaling**: Theory, methods and applications. New York: Academic Press, 1981.

SCHILDER, P. **The image and appearance of the human body**. New York: International Universities Press, 1950.

SEGAL, A.; CARDEAL, M. V.; CORDÁS, T. A. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. **Rev Psiquiatr Clín**, v. 29, n. 2, p. 81-9, 2002.

SEGURA-GARCIA, C. et al. Food choice in disorders of eating behavior: Correlations with the psychopathological aspects of the diseases. **Compr Psychiatry**, v. 55, n. 5, p. 1203-11, 2014.

SHAFRAN, R. et al. Body checking and its avoidance in eating disorders. **Int J Eat Disord**, v. 35, n. 1, p. 93-101, 2004.

SICCHIERI, J. M. et al. Manejo nutricional nos transtornos alimentares. In: SIMPÓSIO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES: anorexia e bulimia nervosas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 39, n. 3, p. 371-4, 2006.

SIEGEL, S.; CASTELLAN, N. J. **Estatística Não-paramétrica para ciências do comportamento**. 2ª Ed. São Paulo: Artmed, 2006, 448p.

SKRZYPEK, S.; WEHMEIER, P. M.; REMSCHMIDT, H. Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa: a brief review. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 10, n. 4, p. 215-21, 2001.

SMEETS, M. A. M. The Rise and Fall of Body Size Estimation Research in Anorexia Nervosa: a Review and Reconceptualization. **Eur Eat Disord Rev**, v. 5, n. 2, p. 75-95, 1997.

SOUTO, S.; FERRO-BUCHER, J. S. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. **Rev Nutri**, v. 19, n. 6, p. 693-704, 2006.

STOBER, M. et al. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa evidence of shared liability and transmission of particular syndromes. **Am J Psychiatry**, v. 157, n. 3, p. 393-401, 2000.

STURROCK, K.; ROCHA, J. A multidimensional scaling stress evaluation table. **Field Methods**, v. 12, n. 1, p. 49-60, 2000.

TEUTEBERG, H. J.; FLANDRIN, J. L. Transformações do consumo alimentar. In: FLANDRIN, J. L.; MONTANARI, M. **História da alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998. p. 708-29.

THOMPSON, J. K. et al. **Exacting beauty**: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. Washington: APA, 1998.

THOMPSON, J. K., BURKE, N. L.; KRAWCZYK. Measurement of Body Image in Adolescence and Adulthood. In: CASH, T. F. (Ed.). **Encyclopedia of Body Image and Human Appearance**. v. II, San Francisco: Academic Press, 2012, p. 512-20.

TORAL, N.; SLATER, B.; SILVA, M. V. Consumo alimentar e excesso de peso de adolescentes de Piracicaba, São Paulo. **Rev Nutri**, v. 20 n. 5, p. 449-59, 2007.

UNIDCP/WHO (United Nations International Drug Control Programme/World Health Organization). **Informal Expert Committee on Drug-Craving Mechanism: Report (1992)**. (No V. 92-54439T), 1992.

VILELA, J. E. M. et al. Transtornos alimentares em escolares. **J Pediatr**, v. 80, 1, p. 49-54, 2004.

WALDMAN, A.; et al. Attitudinal and perceptual factors in body image distortion: an exploratory study in patients with anorexia nervosa. **J Eat Disord**, v. 1, n. 17, p.1-9, 2013. Disponível em: <http://www.jeatdisord.com/content/1/1/17>. Acesso em 21 de jun 2014.

WEINBRENNER, T. et al. Lipoprotein metabolism in patient with anorexia nervosa: a case-control study investigating the mechanism leading to hypercolesterolaemia. **Br J Nutr**, v. 91, n. 6, p. 959-69, 2004.

WELLER, S. C.. Cultural consensus theory: Applications and frequently asked questions. **Field Methods**, v. 19, n. 4, p. 339-68, 2007.

WELLER, S. C.; ROMNEY, A. L. **Systematic Data Collection. Qualitative research methods series**. v. 10. Newbury Park, CA: Sage, 1988.

WHO (World Healthy Organization). **Global database on body mass index. Report on WHO Consultation on Obesity**. Geneve: WHO, 2006.

WINNICOTT, D. W. **A criança e seu mundo**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.

WOODSIDE, D.B. et al. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. **Am J Psychiatry**, v. 158, n. 4, p. 570-4, 2001.

ZWAAN, M.; ASLAM, Z; MITCHELL, J. E. Research on energy expenditure in individuals with eating disorders: a review. **Int J Eat Disord**, v. 32, n. 2, p. 127-34, 2002.

10. Anexos

ANEXO A

TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26)

Nome: _____

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____

Por favor, responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1 - Fico apavorada com a idéia de estar engordando.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 - Evito comer quando estou com fome.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 - Sinto-me preocupada 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 os outros gostariam que eu comesse mais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 - Vomito depois de comer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 - Sinto-me extremamente culpada depois de comer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 - Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12 - Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13 - As pessoas me acham muito magra.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14 - Preocupo-me com a idéia 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 - Demostro auto-controle diante dos alimentos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20 - Sinto que os outros me pressionam para comer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21 - Passo muito tempo pensando em comer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22 - Sinto desconforto após comer doces.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23 - Faço regimes 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.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

EAT (R) David M. Garner; Paul E. Garfinkel (1979), David M. Garner et al., (1982)

ANEXO B

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA NO BRASIL

Finalmente, em função do tamanho reduzido da Classe A1 a renda média deste estrato deixa de ser divulgada. Assim, a estimativa de renda média é feita para o conjunto da Classe A.

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de classes econômicas.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário Incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginásial Incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginásial completo/ Colegial Incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior Incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

Informações referentes ao LSE 2011
9 RMs – IBOPE Mídia

Classes	Renda média bruta familiar no mês em R\$
Classe A	9.263
Classe B1	5.241
Classe B2	2.654
Classe C1	1.685
Classe C2	1.147
Classe DE	776

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - 2012 - www.abep.org - abep@abep.org
Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2011 - IBOPE

ANEXO C

ESCALA DE SILHUETAS FEMININAS

ANEXO D

LISTA LIVRE DE ALIMENTOS, (DRESSLER, 2001)

MOLHO DE TOMATE	PRESUNTO
MARGARINA	ERVILHA
COMIDA CONGELADA	ADOÇANTE
CHURRASCO	PALMITO
CAMARÃO	MOLHO BRANCO
SALADA DE MAIONESE	PÃO FRANCÊS
MACARRONADA	PEIXE
UVA	QUEIJO BRANCO
LARANJA	IOGURTE
BRÓCOLIS	FRANGO ASSADO
MAMÃO PAPAIA	SUCO
PÃO INTEGRAL	SANDUÍCHE MCDONALDS
CHOCOLATE	FEIJOADA
COCA-COLA	SALGADINHOS CHIPS
CHOPP	DOCES DE ANIVERSÁRIO
PIZZA	

ANEXO E

COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 379/2011

Ribeirão Preto, 21 de setembro de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 142ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de setembro de 2011.

Protocolo: nº 1409/2011

Projeto: Transtornos alimentares: modelos, consenso e consonância cultural na alimentação.

Pesquisadores: Rosane Pilot Pessa Ribeiro
Marina Garcia Manochio

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Rosane Pilot Pessa Ribeiro

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO F

COMPROVANTE DE APROVAÇÃO GRATA

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA-LAB. NUTRIÇÃO
Prof. Dr. José Ernesto dos Santos
Av. Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto-SP - CEP 14049-900
Fone Fax (016) 602-2366
e-mail: jedsanto@fmrp.usp.br

DECLARAÇÃO

Declaro ter lido e concordar com o desenvolvimento do projeto intitulado "Transtornos alimentares: modelo, consenso e consonância cultural na alimentação", conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96.

O GRATA – Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP está ciente de suas co-responsabilidades como instituição colaboradora do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Ribeirão Preto, 22 de julho de 2011

Assinatura e carimbo do responsável institucional

CRM

Assinatura e carimbo do Chefe do departamento

Prof. Dr. Luiz Ernesto de Almeida Troncor
Chefe do Departamento de Clínica Médica

ANEXO G

COMPROVANTE DE APROVAÇÃO AMBULIM

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Programa Transtornos Alimentares
Coordenador: Prof. Dr. Táki Athanássios Cordás

13 de março de 2013

DECLARAÇÃO

Declaro ter lido e concordar com o desenvolvimento do projeto de pós-graduação (nível doutorado) intitulado "Transtornos alimentares: modelo, consenso e consonância cultural na alimentação", da pesquisadora Marina Garcia Manochio Pina aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP-USP (protocolo n.1409/2011), conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. O Programa de Transtornos Alimentares - AMBULIM do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo – IPQ HCFMUSP (instituição) está ciente de suas co-responsabilidades como instituição colaboradora do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Atenciosamente

Data
Prof. Dr. Táki Athanássios Cordás
Coord. Geral do AMBULIM

ANEXO H

COMPROVANTE DE APROVAÇÃO PROATA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Escola Paulista de Medicina
Departamento de Psiquiatria

DECLARAÇÃO

Declaro ter lido e concordar com o desenvolvimento do projeto de pós-graduação (nível doutorado) intitulado “Transtornos alimentares: modelo, consenso e consonância cultural na alimentação”, da pesquisadora Marina Garcia Manochio Pina aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP-USP (protocolo n.1409/2011), conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. O Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares – PROATA do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP (instituição) está ciente de suas co-responsabilidades como instituição colaboradora do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Data

Dra. Angélica de Medeiros Claudino
Coordenadora do PROATA

Profa. Dra. Julieta Freitas Ramalho da Silva
Chefe do departamento de Psiquiatria

ANEXO I

JOHNSON'S HIERARCHICAL CLUSTERING

AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
AAAAAAAAAAAA

Input dataset: C:\AP\PROXGP
Method: AVERAGE
Type of Data: Similarities

HIERARCHICAL CLUSTERING

	E	B		A		M	Q		P	M		M	S	C		C	D	C	F	M										
R	P	R	C	F	D	L	A	U	I	P	R	A	P	M	O	A	O	H	O	H	E	A								
V	A	O	A	R	O	A	M	E	O	A	E	R	A	O	L	L	M	S	O	C	U	I	C							
I	L	C	M	P	A	C	R	A	I	G	O	S	G	O	C	L	H	A	I	A	C	C	E	R	J	A	P			
L	M	O	A	E	N	A	A	O	S	J	U	I	U	A	F	C	H	H	O	D	C	N	H	O	S	R	O	R	I	
A	I	L	R	I	A	N	U	N	P	U	F	R	N	N	R	O	O	B	A	O	D	I	L	A	A	A	R	Z		
T	T	I	A	X	S	T	V	J	A	C	R	T	T	T	I	A	C	P	T	R	M	N	M	P	A	N	S	D	O	Z
A	O	S	O	E	S	E	A	A	P	O	E	E	E	O	N	N	A	P	O	A	A	G	C	S	T	I	C	A	N	A

	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2		1	2	2	1	1	2	2	2	3	2	1	3								
Level	4	8	9	9	4	0	6	5	7	1	2	6	8	3	2	3	2	7	9	1	0	1	5	4	8	5	0	7	6	3	1

0.7321	.	.	.	.	.	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
0.6964	.	.	.	.	.	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	.
0.6637	.	.	.	.	.	.	XXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	.
0.6518	.	.	.	.	.	.	XXXXX	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	XXX	.
0.6429	.	XXX	.	.	.	.	XXXXX	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	XXX	.
0.6071	.	XXX	.	.	.	.	XXXXX	.	XXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	XXX	.
0.5982	.	XXX	.	.	.	.	XXXXX	.	XXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	XXX	XXX
0.5893	.	XXX	.	.	.	.	XXXXX	.	XXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	XXX	XXX
0.5714	.	XXX	XXX	.	.	.	XXXXX	.	XXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	XXX	XXX
0.5625	.	XXX	XXX	.	.	.	XXXXX	.	XXXXXX	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	XXX	XXX
0.5615	.	XXX	XXX	.	.	.	XXXXX	.	XXXXXX	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXX	XXX	XXX
0.5298	.	XXX	XXX	.	.	.	XXXXX	.	XXXXXX	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXX	XXXXXXXX	
0.5030	.	XXX	XXXXXX	.	.	.	XXXXX	.	XXXXXX	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXX	XXXXXXXX	
0.4947	.	XXX	XXXXXX	.	.	.	XXXXX	.	XXXXXX	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX		
0.4911	.	XXX	XXXXXX	.	.	.	XXXXX	.	XXXXXX	.	XXX	XXX	XXX	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX		
0.4613	.	XXX	XXXXXX	.	.	.	XXXXX	.	XXXXXX	.	XXX	XXX	XXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX		
0.4554	.	XXX	XXXXXX	.	.	.	XXXXX	.	XXXXXXXX	.	XXX	XXX	XXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX		
0.4547	.	XXX	XXXXXX	.	.	.	XXXXX	.	XXXXXXXX	.	XXX	XXX	XXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX		
0.4405	.	XXX	XXXXXX	.	.	.	XXXXX	.	XXXXXXXX	.	XXXXXX	XXX	XXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX		
0.4315	.	XXXXXX	XXXXXX	.	.	.	XXXXX	.	XXXXXXXX	.	XXXXXX	XXX	XXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX		
0.4199	.	XXXXXX	XXXXXX	.	.	.	XXXXX	.	XXXXXXXX	.	XXXXXX	XXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX		
0.4032	.	XXXXXX	XXXXXX	.	.	.	XXXXX	.	XXXXXXXX	.	XXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX		
0.3979	.	XXXXXX	XXXXXX	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX	.	XXXXXX	.	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX		
0.3711	.	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX	.	XXXXXX	.	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX		
0.3387	.	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX	.	XXXXXX	.	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX		
0.3222	.	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX	.	XXXXXX	.	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX		
0.3170	.	XXXXXXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX	.	XXXXXX	.	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX		
0.1818	.	XXXXXXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX	.	XXXXXX	.	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXX		

Partition-by-actor indicator matrix saved as dataset PART

Elapsed time: 1 second. 5/7/2014 4:10 PM.

ANTHROPAC 4.98.1/X Copyright 1985-2001 by Analytic Technologies.

ANEXO J

JOHNSON'S HIERARCHICAL CLUSTERING

AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
AAAAAAAAAAAA

Input dataset: C:\AP\PROXGC
Method: AVERAGE
Type of Data: Similarities

HIERARCHICAL CLUSTERING

	S	M	M	E	B		A	M	P		M	Q		C	F	C		C	D												
	A	M	O	A	R	P	R	C		F	D	A	R	P	L		A	U	I	P	O	E	H		H	O					
	L	O	L	C	V	A	O	A		R	O	R	E	A	A		M	E	O	A	M	I	U		O	C	S				
	A	L	H	A	I	L	C	M	P		A	C	G	S	O	R		A	I	G	O	I	J	R		C	C	E	A	C	P
	D	H	O	R	L	M	O	A	E	N	A	A	U	F	A		O	S	J	U	I	C	O	R	C	H	O	S	N	H	I
	A	O	B	R	A	I	L	R	I	A	N	R	N	R	N	U	P	U	F	R	N	O	A	A	O	O	L	A	D	I	Z
	M	T	R	O	T	T	I	A	X	S	T	I	T	A	J	V	A	C	R	T	T	N	D	S	C	P	A	N	M	P	Z
	A	O	A	N	A	O	S	O	E	S	E	N	O	N	A	A	P	O	E	E	E	G	A	C	A	P	T	I	C	S	A

	1	1	1		1	1	2			1	1	1	2	2	1	1	2		2	2	2	3	2	2	3							
Level	1	1	0	3	4	8	9	9	4	0	6	3	2	2	7	5	1	2	6	8	3	5	6	7	7	9	5	0	4	8	1	
-----	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
0.8611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
0.7222	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	.	.	.	.	.
0.6667	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	.	.	.	.	.
0.6389	.	XXX	.	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXX	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	.	.	.	.	.
0.6111	.	XXX	.	.	XXX	.	.	.	.	.	XXX	XXXXX	.	XXX	XXXXX	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	.	.	.	.	.	.
0.5685	.	XXX	.	.	XXX	.	.	.	.	.	XXX	XXXXXXXX	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	.	.	.	.	.	.
0.5648	.	XXX	.	.	XXX	.	.	.	.	.	XXXXX	XXXXXXXX	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	.	.	.	.	.	.
0.5556	.	XXXXX	.	XXX	.	.	.	.	.	.	XXXXX	XXXXXXXX	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	XXX	.	.	.	.	.
0.5463	.	XXXXX	.	XXX	.	.	.	.	.	.	XXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	XXX	.	.	.	.	.
0.5278	.	XXXXX	.	XXX	.	XXX	.	XXX	.	XXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	XXX	XXX	.	.	.	.
0.5000	.	XXXXX	XXXXX	.	XXX	.	XXXXX	XXXXX	.	XXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	XXX	XXX	.	.	.	.
0.4815	.	XXXXX	XXXXX	.	XXX	.	XXXXX	XXXXX	.	XXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	.	.	XXXXX	XXX	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	XXX	XXX	.	.	.	.
0.4630	.	XXXXX	XXXXX	.	XXX	.	XXXXX	XXXXX	.	XXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	.	.	XXXXX	XXX	XXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	XXXXX	XXXXX	.	.	.	.
0.4426	XXXXXXXX	XXXXX	.	XXX	.	XXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	.	.	XXXXX	XXXXX	.	.	XXXXX	XXX	XXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	XXXXX	XXXXX	.	.	.	.
0.4407	XXXXXXXX	XXXXX	.	XXX	.	XXXXX	XXXXXXXX	XXXXX	.	.	XXXXX	XXXXX	.	.	XXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.
0.4265	XXXXXXXX	XXXXX	.	XXX	.	XXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXX	.	.	XXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	XXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.
0.4167	XXXXXXXX	XXXXX	.	XXX	.	XXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXX	.	.	XXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX	XXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.
0.3935	XXXXXXXX	XXXXX	.	XXX	.	XXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXX	.	.	XXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.
0.3898	XXXXXXXX	XXXXX	.	XXX	.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.
0.3889	XXXXXXXX	XXXXX	XXXXX	.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.
0.3368	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.
0.3183	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.
0.3064	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.
0.2603	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.
0.2326	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.
0.1796	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.

Partition-by-actor indicator matrix saved as dataset PART
Elapsed time: 1 second. 5/7/2014 4:08 PM.
ANTHROPAC 4.98.1/X Copyright 1985-2001 by Analytic Technologies.

11. Apêndices

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ANTROPOMÉTRICO

DATA: _____

Nome: _____ idade: _____

Estado civil: SOLTEIRA ( ) CASADA ( ) DIVORCIADA ( ) VIUVA ( )

Tempo de Tratamento (Para o GP) _____ Diagnóstico: AN ( ) BN ( )

Local da coleta de dados: GRATA ( ) AMBULIM ( ) PROATA ( )

Peso: _____ Estatura : _____

Profissão:

Estudante ( )
Afastada ( )
Desempregada ( )
Aposentada ( )
Auxiliar administrativa ( )
Do lar ( )
Escriturária ( )
Vendedora ( )
Recepcionista ( )
Professora ( )
Advogada ( )
Enfermeira ( )
Psicóloga ( )
Cabeleireira ( )
Bailarina ( )
Diarista ( )
Publicitária ( )
Massoterapeuta ( )
Edu. Física ( )
Massoterapeuta ( )
Outras ( )

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Marina Garcia Manochio Pina, sou nutricionista e aluna do Programa de Pós-Graduação (nível doutorado) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP e estou desenvolvendo uma pesquisa sobre aspectos culturais da alimentação. Este estudo visa compreender como as pessoas pensam sobre os alimentos, quais os critérios de escolhas, buscando identificar se existe um modelo comum de alimentação. Os resultados obtidos poderão trazer novas formas de assistência nutricional para pessoas que tem diagnóstico de transtornos alimentares.

Dessa forma, estou lhe convidando a fazer parte deste estudo, e caso você aceite, você não terá benefícios diretos ao participar desse trabalho, mas estará contribuindo para o entendimento dessa situação e, portanto, do aprimoramento do tratamento para essas graves doenças. Como toda pesquisa com seres humanos envolve risco, garantimos que esses serão baixos e caso você se sinta desconfortável com alguma pergunta ou procedimento, faremos o possível para minimizar tal situação. A entrevista poderá ser interrompida, remarcada ou poderemos conversar sobre esses sentimentos. Você participará de duas entrevistas que serão realizadas por mim em data, local e horário a ser combinado em ambiente adequado, para que possa garantir o sigilo e privacidade. Ela será composta pela aplicação de alguns questionários e instrumentos que abordarão assuntos sobre alimentação. Também serão coletados dados sobre a sua idade, formação e atuação profissional e faremos medidas de peso e altura. O tempo total previsto para cada entrevista será de 30 minutos.

Será garantido a você total liberdade de se recusar a participar desse trabalho, sem prejuízo de qualquer natureza, retirar seu consentimento após o início da pesquisa e esclarecer dúvidas a qualquer momento pelos telefones abaixo. Não há previsão de gastos, assim como remuneração. Os resultados obtidos só serão divulgados com finalidade de divulgação científica, sendo que sua identidade será preservada no anonimato.

Esse documento está impresso em duas vias originais, sendo que uma delas, assinada por mim, ficará com você.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Marina Garcia Manochio Pina, sou nutricionista e aluna do Programa de Pós-Graduação (nível doutorado) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP e estou desenvolvendo uma pesquisa sobre aspectos culturais da alimentação. Este estudo visa compreender como as pessoas pensam sobre os alimentos, quais os critérios de escolhas, buscando identificar se existe um modelo comum de alimentação. Os resultados obtidos poderão trazer novas formas de assistência nutricional para pessoas que tem diagnóstico de transtornos alimentares.

Dessa forma, estou pedindo a sua autorização, para que sua filha/dependente possa fazer parte deste estudo, e caso você concorde, ela não terá benefícios diretos ao participar desse trabalho, mas estará contribuindo para o entendimento dessa situação e portanto, do aprimoramento do tratamento para essas graves doenças. Como toda pesquisa com seres humanos envolve risco, garantimos que esses serão baixos e caso ela se sinta desconfortável com alguma pergunta ou procedimento, faremos o possível para minimizar tal situação. A entrevista poderá ser interrompida, remarçada ou poderemos conversar sobre esses sentimentos. Ela participará de duas entrevistas que serão realizadas por mim em data, local e horário a ser combinado em ambiente adequado, para que possa garantir o sigilo e privacidade. A entrevista será composta pela aplicação de alguns questionários e instrumentos que abordarão assuntos sobre alimentação. Também serão coletados dados sobre a sua idade, formação e atuação profissional e faremos medidas de peso e altura. O tempo total previsto para cada entrevista será de 30 minutos.

Será garantido a ela total liberdade de se recusar a participar desse trabalho, sem prejuízo de qualquer natureza, retirar seu consentimento após o início da pesquisa e esclarecer dúvidas a qualquer momento, sem penalização alguma. Não há previsão de gastos, assim como remuneração. Também, nos colocamos à disposição nos telefones abaixo.

Os resultados obtidos só serão divulgados com finalidade de divulgação científica, sendo que sua identidade será preservada no anonimato.

Esse documento está impresso em duas vias originais, sendo que uma delas, assinada pelo pesquisador, ficará com você. Qualquer dúvida que você tiver a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa deverá ser esclarecida por mim.

AUTORIZAÇÃO

Diante do exposto acima, eu abaixo assinado declaro estar ciente das informações recebidas e autorizo a participação da minha filha/dependente neste estudo.

Nome do participante: _____ RG: _____
Nome dos pais ou responsáveis: _____ RG: _____

_____
Assinatura dos pais ou responsáveis:

Ribeirão Preto,.....de.....de 2013.

_____
Assinatura da Pesquisadora

*Marina Garcia Manochio Pina: Endereço: Rua Coronel Tamarindo, 3665;
bairro: Pq. São Jorge – Franca-SP; fone (16) 3723-7813
Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro: fone (16) 3602-3403*

*Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –
Av. dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário – Monte Alegre. Ribeirão
Preto – SP, fone: (16) 3602-3386 (segunda a sexta-feira das 08:00 às 17:00
horas)*

AUTORIZAÇÃO

Diante do exposto acima, eu, abaixo assinado declaro estar ciente das informações recebidas e concordo em participar voluntariamente deste estudo.

Nome do participante: _____ RG: _____

Assinatura da participante: _____

Ribeirão Preto,.....de.....de 2013.

_____
Assinatura da Pesquisadora

*Marina Garcia Manochio Pina: Endereço: Rua Coronel Tamarindo, 3665;
Bairro: Pq. São Jorge – Franca-SP; fone (16) 3723-7813
Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro: fone (16) 3602-3403*

*Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –
Av. dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário – Monte Alegre. Ribeirão
Preto – SP, fone: (16) 3602-3386 (segunda a sexta-feira das 08:00 às 17:00
horas)*

APÊNDICE D

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Marina Garcia Manochio Pina, sou nutricionista e aluna do Programa de Pós-Graduação (nível doutorado) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP e estou desenvolvendo uma pesquisa sobre aspectos culturais da alimentação. Este estudo visa compreender como as pessoas pensam sobre os alimentos, quais os critérios de escolhas, buscando identificar se existe um modelo comum de alimentação. Os resultados obtidos poderão trazer novas formas de assistência nutricional para pessoas que tem diagnóstico de transtornos alimentares.

Dessa forma, estou lhe convidando a fazer parte deste estudo, e caso você aceite, você não terá benefícios diretos ao participar desse trabalho, mas estará contribuindo para o entendimento dessa situação e portanto, do aprimoramento do tratamento para essas graves doenças. Como toda pesquisa com seres humanos envolve risco, garantimos que esses serão baixos e caso você se sinta desconfortável com alguma pergunta ou procedimento, faremos o possível para minimizar tal situação. A entrevista poderá ser interrompida, remarcada ou poderemos conversar sobre esses sentimentos. Você participará de duas entrevistas que serão realizadas por mim em data, local e horário a ser combinado em ambiente adequado, para que possa garantir o sigilo e privacidade. Ela será composta pela aplicação de alguns questionários e instrumentos. Também serão coletados dados sobre a sua idade, formação e atuação profissional e faremos medidas de peso e altura. O tempo total previsto para cada entrevista será de 30 minutos.

Será garantido a você total liberdade de se recusar a participar desse trabalho, sem prejuízo de qualquer natureza, retirar seu consentimento após o início da pesquisa e esclarecer dúvidas a qualquer momento, sem penalização alguma. Não há previsão de gastos, assim como remuneração. Também, nos colocamos à disposição nos telefones abaixo.

Os resultados obtidos só serão divulgados com finalidade de divulgação científica, sendo que sua identidade será preservada no anonimato.

Esse documento está impresso em duas vias originais, sendo que uma delas, assinada pelo pesquisador, ficará com você. Qualquer dúvida que você tiver a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa deverá ser esclarecida por mim.

AUTORIZAÇÃO

Diante do exposto acima, eu abaixo assinado declaro estar ciente das informações recebidas e concordo em participar voluntariamente deste estudo.

Nome do participante: _____ RG: _____

Assinatura da participante: _____

Ribeirão Preto,.....de.....de 2013.

_____
Assinatura da Pesquisadora

Marina Garcia Manochio Pina: Endereço: Rua Coronel Tamarindo, 3665; bairro: Pq. São Jorge - Franca-SP; fone (16) 3723-7813

Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro: fone (16) 3602-3403

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Av. dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário – Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP, fone: (16) 3602-3386 (segunda a sexta-feira das 08:00 às 17:00 horas)

APÊNDICE E

RANKING

Seleção da entrevista de consenso: Calorias

Vamos conversar sobre as calorias dos alimentos, que significa a energia que eles fornecem para o nosso organismo ao serem ingeridos. Vou ler a você alguns alimentos, e gostaria de saber o que você pensa sobre as calorias deles. Outra vez, é muito importante lembrar que eu não estou perguntando sobre os alimentos que você tem ou não tem, e se você come ou não esses alimentos, mas estou perguntando sobre o que você pensa sobre o valor/conteúdo calórico dos alimentos. Vou ler a você um item e depois vou perguntar: “Você pensa que este alimento é calórico ou não”?

	Nada calórico	Pouco Calórico	Calórico	Muito calórico
Molho de tomate				
Presunto				
Margarina				
Ervilha				
Comida congelada				
Adoçante				
Churrasco				
Palmito				
Camarão				
Molho branco				
Salada de maionese				
Pão francês				
Macarronada				
Peixe				
Uva				
Queijo fresco				
Laranja				
Iogurte				
Brócolis				
Frango assado				
Mamão papaia				
Suco				
Pão integral				
Sanduíche McDonalds				
Chocolate				
Feijoadada				
Coca – cola				
Salgadinhos				
Chips				
Chopp				
Doces de aniversário				
Pizza				

Seleção da entrevista de consenso: Saudável

Agora quero perguntar sobre a questão do alimento ser saudável. Se você pensa que determinado alimento é saudável ou não:

	Nada saudável	Pouco saudável	Saudável	Muito saudável
Molho de tomate				
Presunto				
Margarina				
Ervilha				
Comida congelada				
Adoçante				
Churrasco				
Palmito				
Camarão				
Molho branco				
Salada de maionese				
Pão francês				
Macarronada				
Peixe				
Uva				
Queijo fresco				
Laranja				
Iogurte				
Brócolis				
Frango assado				
Mamão papaia				
Suco				
Pão integral				
Sanduíche				
Mcdonalds				
Chocolate				
Feijoada				
Coca – cola				
Salgadinhos				
Chips				
Chopp				
Doces de aniversário				
Pizza				

Seleção da entrevista de consenso: Gostoso

E por último, gostaríamos de saber sobre o que acha dos alimentos, em relação ao gosto. Se você considera um alimento gostoso ou não:

	Nada gostoso	Pouco Gostoso	Gostoso	Muito gostoso
Molho de tomate				
Presunto				
Margarina				
Ervilha				
Comida congelada				
Adoçante				
Churrasco				
Palmito				
Camarão				
Molho branco				
Salada de maionese				
Pão francês				
Macarronada				
Peixe				
Uva				
Queijo fresco				
Laranja				
Iogurte				
Brócolis				
Frango assado				
Mamão papaia				
Suco				
Pão integral				
Sanduíche				
Mcdonalds				
Chocolate				
Feijoada				
Coca – cola				
Salgadinhos				
Chips				
Chopp				
Doces de aniversário				
Pizza				