UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOBIOLOGIA

Paula Victoria Sozza Silva

COMPORTAMENTO ALIMENTAR TRANSTORNADO E SUA RELAÇÃO COM
DIFERENTES COMPONENTES DA IMAGEM CORPORAL E ANSIEDADE EM
NUTRICIONISTAS

Ribeirão Preto - SP

Paula Victoria Sozza Silva

*Comportamento Alimentar Transtornado e Sua Relação com Diferentes Componentes
da Imagem Corporal e Ansiedade em Nutricionistas*

VERSÃO CORRIGIDA

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicobiologia

Orientador (a): Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa

Coorientador (a): Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida

Ribeirão Preto - SP

2020

Autorizo a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte completa.

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Paula Victoria Sozza

Comportamento Alimentar Transtornado e Sua Relação com Diferentes Componentes da Imagem Corporal e Ansiedade em Nutricionistas. Ribeirão Preto. 2020.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Psicobiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa

Coorientador: Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida

1. Nutricionistas 2. Comportamento Alimentar 3. Transtornos da Alimentação
4. Imagem Corporal 5. Ansiedade

FOLHA DE APROVAÇÃO

Paula Victoria Sozza Silva

Comportamento Alimentar Transtornado e Sua Relação com Diferentes Componentes da Imagem Corporal e Ansiedade em Nutricionistas.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicobiologia

Aprovada em: 11/09/2020

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). **Telma Maria Braga Costa** - orientadora

Professora Doutora da Universidade de Ribeirão Preto, Curso de Nutrição, Centro de Saúde.

Dra. **Marle dos Santos Alvarenga**

Doutora e Pesquisadora do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Prof(a). Dr(a). **Fernanda Rodrigues de Oliveira Penaforte**

Professora Adjunta da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Curso de Nutrição.

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, **Paulo Geraldo e Ida Marcia**, por todas as oportunidades que já me proporcionaram, pelo apoio e pelo incentivo ao estudo desde o começo da minha vida.*

*À minha irmã, **Mariana**, que sempre foi minha companheira, meu ombro amigo e também uma grande apoiadora nos caminhos que eu sonho e escolho traçar.*

*Ao meu noivo, **Aleff**, por ser a pessoa no mundo que mais me dá forças, me proporciona amor, carinho, confiança, segurança e nunca mede esforços para me ver feliz.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, eu gostaria de agradecer à **Deus**, pois eu sempre coloco nas mãos Dele os meus caminhos, escolhas e sonhos.

Ao meu pai, **Paulo**, por me apresentar desde cedo o amor às poesias e aos livros e me proporcionar as melhores oportunidades. À minha mãe, **Ida Marcia**, por ser uma inspiração e um exemplo de mulher batalhadora. E à minha irmã, **Mariana**, por todos os momentos de acolhimento, escuta, trocas e por sempre acreditar em mim.

Ao **Aleff**, meu noivo, que está sempre ao meu lado me apoiando, me incentivando e sendo a pessoa amorosa que eu posso contar todos os dias da minha vida.

À minha orientadora, **Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa**, por ter me cedido a oportunidade de trabalhar ao seu lado. Sou eternamente grata pela confiança e por todas as trocas vividas. E ao meu coorientador, **Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida**, que sempre esteve disposto a me auxiliar, além de me proporcionar muitos ensinamentos.

Aos meus colegas de laboratório e de pós-graduação **Tatiane, Giovana, Pedro, Maria Carolina, Maria Fernanda Laus, Alessandra Junqueira, Rodrigo Mazzei e Camila Secaf**, por todo o apoio, auxílios e por todos os momentos juntos. Sem vocês nada disso teria sido tão especial. E também aos meus amigos da vida, que me proporcionam muitas alegrias, me apoiaram e vivenciaram momentos comigo durante esta jornada. Em especial à **Isabela, Mariane, Nathalia, Amanda, Milena, Karina, Luana, Mariana e Wesley**.

À toda minha família, minhas avós, meus tios, meus primos e meus sogros, que sempre estiveram ao meu lado e são meus grandes pilares.

Agradeço à **Dra. Marle Alvarenga** por toda colaboração. E a **Dra. Thanise Santos**, por colaborar de forma tão gentil com minhas análises.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia** por todas as oportunidades de aprendizado e por todo auxílio, especialmente à **Denise**, e a **Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia**, em especial para a **Renata**, que sempre me auxiliou de forma gentil e acolhedora.

EPÍGRAFE

“Preciso lutar com todas as minhas forças para que as pequenas coisas positivas que minha saúde me permite fazer sejam direcionadas para ajudar a revolução. A única razão real para viver”.

Frida Kahlo

RESUMO

Introdução: O ato de pensar diariamente nas escolhas alimentares está muito presente entre os profissionais nutricionistas, bem como em pessoas com transtornos alimentares. Todavia, para o nutricionista o ato de pensar sobre escolhas alimentares está presente em sua rotina de trabalho. É descrito que existe um aumento na prevalência de desordens alimentares nesta classe de profissionais, além de uma pressão para apresentar um peso e imagem corporal dentro dos padrões estabelecidos de beleza e saúde, que por sua vez pode guardar relação com sintomas de ansiedade. **Objetivo:** Caracterizar e relacionar as variáveis encontradas na população de nutricionistas, quanto as atitudes alimentares transtornadas, componentes da imagem corporal e a ansiedade. **Métodos:** Participaram 250 nutricionistas clínicos de ambos os sexos. A pesquisa foi *online*, no qual foram utilizados o *Disordered Eating Attitudes Scale* (DEAS-short), o *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire – Appearance Scales* (MBSRQ – AS), o *Appearance Schemas Inventory - Revised* (ASI - R) e a versão curta do *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI). A correlação de *spearman* foi utilizada para avaliar a relação entre as variáveis. **Resultados:** Não foram encontradas médias de pontuações elevadas compatíveis com comer transtornado, insatisfação corporal, investimento excessivo na aparência, preocupação com sobrepeso, autoclassificação elevada do peso e ansiedade, observados através da DEAS-s, do MBSRQ-AS e do STAI. A correlação entre as atitudes alimentares transtornadas e as outras variáveis apresentou um resultado significativo, de modo que foi positiva com IMC, com investimento na aparência, com preocupação com sobrepeso, com autoclassificação do peso e com a ansiedade. E foi negativa com a satisfação com a aparência. **Conclusão:** Em média, os nutricionistas não apresentaram pontuações compatíveis com atitudes alimentares transtornadas, com aspectos negativos dos componentes da imagem corporal e com a ansiedade. Correlações positivas significativas foram observadas entre as atitudes alimentares transtornadas e o Índice de Massa Corporal (IMC), investimento na aparência, preocupação com sobrepeso, autoclassificação do peso, influência das crenças e dos aspectos socioculturais na imagem corporal e ansiedade. E correlações significativas negativas foram observadas entre o comer transtornado e a satisfação com a imagem corporal.

Palavras-chave: Nutricionistas, Comportamento alimentar, Transtornos da Alimentação, Imagem Corporal, Ansiedade.

ABSTRACT

Introduction: The act of thinking daily about food choices is very present among nutritionists, as well as in people with eating disorders. However, for the nutritionist, the act of thinking about food choices is present in his work routine. It is described that there is an increase in the prevalence of eating disorders in this class of professionals, in addition to pressure to present a weight and body image within the established standards of beauty and health, which in turn may be related to symptoms of anxiety. **Objective:** To characterize and relate the variables found in the population of nutritionists, regarding disturbed eating attitudes, body image components and anxiety. **Methods:** 250 clinical nutritionists of both sexes participated. The survey was online, using the Disordered Eating Attitudes Scale (DEAS-short), the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire - Appearance Scales (MBSRQ-AS), the Appearance Schemas Inventory - Revised (ASI-R) and the version short from the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Spearman's correlation was used to assess the relationship between variables. **Results:** We did not find means of high scores compatible with disordered eating, body dissatisfaction, excessive investment in appearance, concern with overweight, high self-classification of weight and anxiety, observed through DEAS-s, MBSRQ-AS and STAI. The correlation between disordered eating attitudes and the other variables showed a significant result, so it was positive with BMI, with investment in appearance, with concern for overweight, with self-classification of weight and with anxiety. And it was negative with satisfaction with appearance. **Conclusion:** On average, nutritionists did not present scores compatible with disordered eating attitudes, with negative aspects of body image components and with anxiety. Significant positive correlations were observed between disturbed eating attitudes and the Body Mass Index (BMI), investment in appearance, concern with overweight, self-classification of weight, influence of beliefs and socio-cultural aspects on body image and anxiety. And significant negative correlations were observed between disturbed eating and satisfaction with body image.

Key Words: Nutritionists, Eating Behavior, Eating Disorder, Body Image, Anxiety.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA.....	21
3. OBJETIVO	22
3.1 OBJETIVO GERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4. HIPÓTESES	22
5. CASUÍSTICA E METODOLOGIA	23
5.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	23
5.2 PARTICIPANTES E AMOSTRAGEM.....	23
5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	23
5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	24
5.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
5.6 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	24
5.7 INSTRUMENTOS	25
5.7.1 <i>Questionário de Caracterização da Amostra</i>	25
5.7.2 <i>Disordered Eating Attitude Scale (DEAS-s)</i>	25
5.7.3 <i>Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire – Appearance Scales</i> <i>(MBSRQ – AS)</i>	26
5.7.4 <i>Appearance Schemas Inventory - Revised (ASI - R)</i>	28
5.7.5 <i>State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Versão Curta</i>	28
5.8 PROCEDIMENTOS	29
5.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA	30
6. RESULTADOS.....	31
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	31
6.2 ATITUDES ALIMENTARES TRANSTORNADAS.....	33
6.3 COMPONENTES DA IMAGEM CORPORAL.....	36
6.4 ANSIEDADE.....	36
6.5 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS	36

7. DISCUSSÃO	37
7. CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	53
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	55
ANEXO A – DISORDERED EATING ATTITUDE SCALE (DEAS-S)	58
ANEXO B - <i>MULTIDIMENSIONAL BODY-SELF RELATIONSQUESTIONNAIRE – APPEARANCESCALES</i> (MBSRQ / AS)	60
ANEXO C – <i>APPEARANCE SCHEMAS INVENTORY - REVISED</i> (ASI - R):.....	63
ANEXO D - <i>STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY</i> (STAI)– VERSÃO CURTA.....	64

1. INTRODUÇÃO

As escolhas alimentares e a preocupação com a qualidade alimentar tornaram-se uma preocupação nas últimas décadas, o que pode ser atribuído a alguns fatores, como o destaque dado ao aumento de sobrepeso e obesidade mundial. Com isso, em aspectos sociais e de saúde, as orientações sobre alimentação passaram a ser frequentes. Alguns hábitos e alimentos passaram a ser considerados práticas “ruins” para nossa qualidade de vida e, partindo deste pressuposto, o estilo de vida sofreu influência, que acarretou em mudanças nas escolhas, sendo estas carregadas de aspectos morais. Torna-se notável o julgamento relacionado à comida, de modo que o valor moral das pessoas é atrelado ao fato delas comerem alimentos “saudáveis” ou “não saudáveis” (DELANEY & MCCARTHY, 2013), de modo que o termo saudável, mencionado aqui, faz referência aos conceitos teóricos e práticos da alimentação, da prevenção de doenças, através de um paradigma mecanicista do consumo alimentar, no qual se acredita que o comer saudável se centraliza em práticas alimentares pautadas em quantidades e horários em que os alimentos devem ser consumidos (KRAEMER et al., 2014).

O nutricionista é visto como o profissional da saúde especializado no manejo de peso e nos tratamentos necessários para esta demanda. No seu trabalho, são realizadas estratégias individualizadas, avaliação nutricional, diagnóstico nutricional, intervenção nutricional e monitoramento (WILLIAMS et al., 2019). A abordagem da nutrição pautada apenas nos conceitos dietoterápicos torna-se reducionista, na tentativa de “prevenir ou curar” as pessoas através da alimentação, apenas com o uso de estratégias formuladas. Entretanto, nesta terapêutica o cliente não é visto em sua totalidade e individualidade, como ser humano inserido em uma sociedade com suas crenças, culturas, biotipos e afins. Tudo isso se deve ao fato da área das Ciências Humanas se afastarem da nutrição. Os profissionais, ao seguirem apenas esta visão pautada na prescrição, tornam-se restritos à uma atuação dietética e com foco no peso, afastando-se da subjetividade, do contexto, dos componentes afetivos e culturais e de todo o histórico de vida das pessoas. Este caminho está indo contra ao que se considera saúde (KRAEMER et al., 2014).

Por este motivo, pelo fato de o nutricionista poder estar envolvido em um formato de trabalho que lida constantemente com orientações sobre comida e dieta, este poderá, portanto, apresentar o hábito de pensar diariamente nas escolhas e cálculos alimentares. Entretanto, a rotina de pensar todos os dias em cálculos e escolhas nutricionais também é algo que está

presente em pessoas com transtornos alimentares. Contudo, para o nutricionista, o ato de orientar escolhas alimentares faz parte de sua rotina de trabalho, e não se sabe sobre a manutenção de tais pensamentos fora o ambiente profissional. Mas, sabe-se que já é descrito que existe um aumento na prevalência de desordens alimentares nesta classe de profissionais (TREMELLING et al., 2017).

O nutricionista, por ser caracterizado pela sociedade e também por outros profissionais de saúde como um profissional responsável pelo emagrecimento (WILLIAMS et al., 2019), vivencia um sofrimento ao se obrigar a apresentar um corpo dentro de padrões vigentes, adquirindo a imagem que lhe é esperada. A obrigação por padrões corporais e a sustentação do ideal magro, fortalecido pela imagem do nutricionista emagrecedor, faz com que a obesidade torne-se um estigma da profissão, prejudicando a saúde física e mental destes profissionais que se sentem excluídos ao estarem acima do peso ou por não estarem dentro do padrão de corpo ideal (ARAÚJO et al., 2015).

Tal padrão de corpo ideal se mostra atualmente atrelado ao sucesso, de modo a imaginar que pessoas dentro deste biotipo apresentam mais determinação, força, disciplina e recebem maior destaque em seus meios sociais e de trabalho. Logo, aqueles que não atendem à imagem escultural vendida pela mídia são vistos como indisciplinados e preguiçosos. Desse modo, a aparência vincula-se à personalidade de cada indivíduo, gerando maior julgamento moral da sociedade. E, além disso, dá ainda mais força para o aumento do desejo de adquirir um corpo ideal para ser aceito socialmente (SANTOS & SALLES, 2009), principalmente em mulheres nutricionistas, pois são a grande maioria na profissão (MAHN & LORDLY, 2015).

Como diz Naomi Wolf (Ed.10, p.29, 2020) em “O Mito da Beleza”: “A “beleza” é um sistema monetário semelhante ao padrão-ouro”. Neste sentido, o estabelecimento de regras sobre aparência feminina vinculadas ao mercado de trabalho apresenta grande relação com a política do patriarcado, sustentando um conjunto de crenças ligadas ao domínio masculino e a não valorização de capacidades da mulher, inserida neste mesmo mercado de trabalho. Sendo assim, as mulheres precisam competir entre si de forma “antinatural”, ou seja, não somente por suas qualidades profissionais, mas também por sua forma corporal, cabelo, rosto, corpo e aparência. A competição que as mulheres vivenciam diariamente é desigual e injusta, lutando por recursos que os homens facilmente se apropriam sem a mesma cobrança e recebendo mais valorização pessoal e profissional. A cobrança por uma aparência para com a mulher inserida no mercado de trabalho se dá pelo confronto do sistema machista em relação à reação das mulheres em busca dos seus direitos pessoais e profissionais. Sendo assim, a mulher precisa

então atender as expectativas no seu trabalho, também cuidar da sua família e da sua casa e ainda responder aos padrões de beleza impostos pela mídia para não fracassar (WOLF, 2020).

Além disso, ainda apresentando as ideias expostas no livro “O Mito da Beleza” de Naomi Wolf (Ed.10, p.31-51, 2020), ao falar em beleza, as crenças que estão estampadas na sociedade apresentam o envelhecimento como algo feio para a mulher, criando também uma competitividade entre mulheres mais velhas e mais jovens. Vende-se uma imagem meritocrática de que a mulher deve ter o corpo que merece, em consequência aos devidos esforços que se faz para manter-se bela. Ademais, estampados em capas de revistas estão corpos magros e modelados que vendem a ideia da força de vontade, da maternidade perfeita e do sucesso no trabalho, junto com estratégias para “modelar o corpo” e/ou “reduzir as rugas”. A mídia sustenta um mercado no qual a mulher consome produtos e procedimentos buscando transformação pessoal e seu *status* perante a sociedade.

O aumento pela busca de procedimentos e técnicas que visam mudança corporal podem, portanto, ser um dos fatores responsáveis para o aumento da busca por dietas e padrões alimentares específicos. Neste sentido, poderíamos pensar que apenas pessoas fora dos padrões de peso estariam sofrendo estas interferências e pressões estéticas, mas sabe-se hoje que comportamentos alimentares transtornados e disfuncionais estão presentes não só em pessoas com sobrepeso ou com obesidade, mas também em pessoas com peso normal ou mesmo abaixo do peso. E também, dando força para o entendimento da influência dos padrões de beleza, nota-se que o comportamento alimentar está associado à percepção da autoimagem e à insatisfação corporal (OHARA et al., 2019) e ao estado emocional de ansiedade (SILVA & GOMES, 2012).

Comportamento Alimentar

O Comportamento Alimentar pode ser entendido, como a união das percepções cognitivas e afetivas que estão relacionadas ao ato de comer (TARAGANO & ALVARENGA, 2019), e analisa fatores quantitativos e qualitativos relacionados ao consumo de alimentos (FREITAS et al., 2017), além de ser um estudo complexo que reflete características da escolha associada a fatores energéticos, hedônicos e simbólicos, que atuam conjuntamente nas escolhas alimentares (MOREIRA & BRAGA COSTA, 2013). Todavia, o termo vem sendo utilizado teoricamente para expressar diversas questões da alimentação, como o consumo, o modo de comer e outras percepções associadas. Sendo assim, na literatura o termo pode referir-se a diversos constructos,

desde a compra e o consumo de alimentos, até a representação e os significados que a alimentação possui (ALVARENGA et al., 2019).

Interpretando o tema, temos que o comportamento alimentar se dá desde a escolha alimentar até o tempo inicial e final de consumo e a quantidade de alimento consumida. Sendo, portanto, um conjunto de ações, as quais apresentam características filogenéticas, associadas ao processo evolutivo relacionado à alimentação, e ontogenéticas, que são resultado das interações entre os indivíduos com o meio ambiente (ALMEIDA et al., 2013).

No ato de comer, diversas regras podem ser estabelecidas desde a fase inicial da nossa vida, com explicações diversas. Dentre as crenças observadas na alimentação, existe a mentalidade da dieta, que se expressa como uma prática internalizada e propagada pela sociedade, na qual as pessoas sempre buscam olhar para a alimentação de forma dicotômica, discriminando alimentos entre proibidos e permitidos. E com a união de todos os fatores que determinam as escolhas alimentares, se dá a construção dos comportamentos e dos hábitos. Com isso, torna-se fundamental entender e avaliar a forma como as pessoas se relacionam com a comida, levando em conta questões como o sabor, o prazer e as consequências da ingestão alimentar (TARAGANO & ALVARENGA, 2019).

Podemos olhar para o comportamento alimentar por muitas perspectivas diferentes, como por exemplo a análise da alimentação ou dos transtornos alimentares, sendo que os transtornos da alimentação estão associados a mudanças disfuncionais nas atitudes alimentares, associados a preocupações exageradas com o corpo e com o próprio peso, podendo manifestar-se por questões multifatoriais, como genéticas, socioculturais, biológicas e psicológicas (FREITAS, 2017).

Atitudes Alimentares Transtornadas

A atitude alimentar é o termo que expressa a relação do indivíduo com a comida, porém este ainda não é muito claro na ciência, podendo referir-se às questões afetivas, como sentimentos, humor e emoções, cognitivas, como crenças e conhecimentos, e volitivas, que diz respeito à vontade, intenção comportamental e predisposição a agir (ALVARENGA, p.28-31, 2019).

Já as atitudes alimentares transtornadas caracterizam-se por pensamentos excessivos sobre comida e dieta, crenças disfuncionais, pensamentos, sentimentos e relacionamento com a

comida. Tais fatores tem forte relação com o desenvolvimento de transtornos alimentares (MICHOU & COSTARELLI, 2011, ALVARENGA et al., 2020).

Ao longo das últimas décadas se observa que os problemas de saúde mental estão aumentando na população jovem, sendo que entre os mais comuns estão os de ordem comportamental e emocional. Do mesmo modo, as atitudes alimentares transtornadas aumentaram rápida e significativamente neste mesmo período, de modo que são observadas características como disfunções nos pensamentos e emoções, com excessiva preocupação sobre comida e peso e com atitudes não saudáveis perante a alimentação, como as restrições alimentares, crenças, pensamentos, sentimentos e relacionamento com a comida de modo disfuncionais (APARICIO-MARTINEZ, 2019; ALVARENGA et al., 2020) e estes apresentam ligações entre o estado emocional e a ansiedade (MICHOU & COSTARELLI, 2011). Tais atitudes podem ser a porta de entrada para o surgimento de transtornos alimentares e/ou progressão do aumento de peso, sendo que são muito observadas em mulheres. Os transtornos alimentares têm forte relação com distúrbios psicológicos e comportamentais, como estresse, baixa autoestima, transtornos de humor e de personalidade e uso abusivo de álcool e drogas. (ALVARENGA et al, 2020).

Em relação ao que é observado dentro das atitudes alimentares transtornadas, podemos notar a prevalência de alimentação excessiva, métodos purgativos e restrição alimentar, sendo que esta última é a mais frequente em mulheres mais velhas. Observa-se que o comer transtornado está aumentando à medida que os jovens envelhecem. E é importante ressaltar que diversos fatores estão associados ao surgimento de tais atitudes alimentares, como por exemplo os fatores psicobiológicos, culturais e sociais. Podemos citar a influência das mídias, como um meio de propagação ou normalização de padrões de beleza irrealistas, a influência dos familiares, de fatores biológicos como hormônios e neurotransmissores e da autoestima (APARICIO-MARTINEZ et al., 2019).

Atitudes Alimentares Transtornadas em Nutricionistas

O ensino da nutrição atribuiu ao longo dos anos uma característica biológica do comer, enfatizando quantidades e determinados nutrientes para fornecer ao corpo o que ele precisa. De tal modo, dentro das ciências da saúde, a nutrição ganhou um caráter prescritivo, com a intenção de prevenir ou solucionar doenças. Ao mesmo tempo, essa visão contribuiu para o surgimento do “nutricionismo”, que é entendido como uma visão reducionista do alimento, atribuindo

apenas características nutritivas à comida e excluindo componentes biopsicossocioculturais. Além disso, a propagação de informações sobre alimentação e nutrição ganhou força, contribuindo para uma visão simplista e, muitas vezes, carregada de informações errôneas, tornando as pessoas cada vez mais confusas para com o alimento (KRAEMER et al., 2009; KORITAR & ALVARENGA, 2017).

Os estudantes e profissionais da área da nutrição e da saúde são aqueles considerados os de maior poder de conhecimento sobre alimentação saudável, em especial a nutrição, que, muitas vezes, é escolhida como graduação com o intuito de se aprender mais sobre alimentos. Todavia, estudantes e profissionais da área da nutrição fazem parte dos mesmos ambientes que outras pessoas, portanto, também apresentam seus contextos e estão sujeitos à diversas influências na alimentação. Já se sabe que a prática de restrições alimentares para reduzir peso é algo mais prevalente entre os estudantes na graduação em nutrição (KORITAR & ALVARENGA, 2017), além disso, observamos a prevalência de transtornos alimentares ou risco do desenvolvimento destes em estudantes de nutrição (FIATES & SALLES, 2001; KIRSTEN et al., 2009; KORINTH et al., 2009; MAHN & LORDLY, 2015).

Além disso, as atitudes alimentares transtornadas são muito prevalentes em mulheres nutricionistas, sendo observada a presença de características como compulsão alimentar, restrição e perda de peso disfuncional, porém muitos casos não atendem aos critérios necessários para o diagnóstico de um transtorno alimentar (MAHN & LORDLY, 2015).

Não se sabe se a maior prevalência se dá devido ao crescimento dos cursos de nutrição com alunos com histórico de controle de peso e restrição alimentar, ou se é pelo constante contato com questões alimentares e corporais que são estabelecidas as crenças de que a aparência é importante para o sucesso no mercado profissional (FREITAS et al., 2017). Ademais, a literatura aponta sobre a maior incidência de transtornos alimentares em determinados grupos, como modelos, atrizes, atletas e nutricionistas. Relaciona-se a isto o fato de que estas pessoas, ao escolherem estas ocupações, já apresentam histórico de preocupação com o peso e imagem corporal (FIATES & SALLES, 2001).

Além disso, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), de 2014, encontram-se em risco para o desenvolvimento de anorexia e bulimia aquelas pessoas que apresentam ocupações e trabalhos que incentivam a magreza, além daqueles que internalizam um ideal corporal magro, aumentando o risco de apresentarem preocupações com o próprio peso.

Componentes da Imagem Corporal

O estudo da imagem corporal é o resultado de um longo processo histórico e de descobertas sobre tal constructo, sendo antes apresentado apenas no campo da Neurologia e depois estendendo-se para outras compreensões e percepções a respeito do tema. Foi Paul Schilder um dos pesquisadores que buscava interpretar a imagem corporal além dos aspectos neurológicos. Em 1935, Paul Schilder publicou o livro *The Image and Appearance of the Human Body: Studies in the Constructive Energies of the Psyche*, sendo este um marco para os estudos sobre Imagem Corporal, com a obra apresentando visões multifacetadas do corpo e as relações entre as pessoas e seus próprios corpos.

De acordo com Campana e Tavares (2009), Schilder define em 1980 a imagem corporal, segundo o trecho apresentado:

Entende-se por imagem do corpo humano a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós. Há sensações que nos são dadas. Vemos partes da superfície do corpo. Temos impressões táteis, térmicas e de dor. Há sensações que vêm dos músculos e seus invólucros, indicando sua deformação; sensações provenientes da inervação dos músculos ... e sensações provenientes das vísceras. Além disso existe a experiência imediata de uma unidade do corpo. Esta unidade é percebida, porém é mais do que uma percepção. Nós a chamamos de esquema do nosso corpo, esquema corporal, ou conforme Head ... de um modelo postural de nosso corpo. O esquema do corpo é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Podemos chama-la de imagem corporal (SCHILDER, 1980. p.11).

Com isso, a imagem corporal foi entendida por uma visão sistêmica, sendo conjunto de experiências corporais e sensoriais, estruturas libidinais e de bases sociológicas, que juntas caracterizam o constructo da imagem corporal (CAMPANA & TAVARES, 2009).

Tomas F. Cash foi outro nome importante no campo da pesquisa sobre Imagem Corporal, sendo ele o grande responsável por estudos que abrangem análises que se diferenciam dos transtornos alimentares. Com as reformulações e investimentos nos estudos, foi possível compreender que a imagem é universal e dotada de características individuais, seja em indivíduos com desordens alimentares que possuem distorções da autoimagem ou em indivíduos saudáveis, pois todos possuem uma imagem corporal. Sendo assim, iniciou-se uma linha de estudos voltadas a analisar a diferenças individuais neste constructo para as pessoas, que sejam possíveis de mensurar. E assim foi possível conceituar a imagem corporal como um

conceito multidimensional. Tal constructo compõe um componente atitudinal e um componente comportamental, sendo o primeiro relacionado à avaliação e ao investimento, e o segundo consiste na satisfação com a aparência. Na visão de Cash, isso incluía não apenas a satisfação com o peso e a forma, como anteriormente conceituado, mas também a satisfação com a aparência geral, além de partes e recursos específicos do corpo (JARRY et al., 2019).

Estudar as facetas do constructo multidimensional é importante devido a sua relação com componentes do funcionamento psicossocial, distúrbios alimentares, autoestima, comportamento alimentar e de exercícios, sexualidade, e componentes emocionais como depressão e ansiedade (CASH, 2001; ARGYRIDES & KKELI, 2013). Neste aspecto, é interessante entender a satisfação com o corpo, o que se explica por preocupações com o próprio peso, com a própria imagem e com a aparência física, pois a insatisfação corporal apresenta associação a um desejo de magreza (FORTES et al., 2019), podendo levar a modificações na alimentação.

A visão de Cash sobre a imagem corporal trouxe reflexões sobre o fato de a aparência não ser apenas o objeto de vários níveis de satisfação, mas também que tal fato pode ter uma importância individual diferente. Sendo assim, o investimento na aparência ganhou importância pois vai além do nível de satisfação com a aparência, mas no modo como há um investimento no corpo, que cada pessoa realiza para si própria. Com isso, foi proposta a definição do investimento na aparência como uma extensão da aparência esquemática, que consiste em componentes comportamentais e cognitivos. O termo Saliência Motivacional foi proposto para analisar as questões de investimento baseadas em comportamentos gerais relacionados ao que é considerado esteticamente agradável, que vão interferir na autoavaliação e no humor. Já a Saliência Autoavaliativa é caracterizada por uma percepção direcionada ao que significa a aparência esquemática, e na sua influência sobre a percepção e o processamento de informações (JARRY et al., 2019; LAUS et al. 2019).

Imagem Corporal de Nutricionistas

A classe de nutricionistas, muitas vezes, pautada em discursos da nutrição e dietética, atribui associações entre o corpo gordo como algo inadequado e doente, e o corpo magro como a imagem ideal a se alcançar. Com isso, almeja-se atingir o “padrão normal”, ou seja, aquele que se apresenta como parte pertencente da humanidade, através de modelos sociais e biológicos que são atribuídos por medidas e fórmulas pré-determinadas, como por exemplo a relação entre o peso e a estatura, ou a medida da cintura. Tal abordagem é vista como uma

característica marcante entre os nutricionistas e os estudantes de nutrição, através de uma ideologia relacionada à herança médica dos cursos da área da saúde, de modo a apresentarem um foco na doença, no corpo e na comida, ou seja, apenas em componentes biomédicos, afastando-se da abordagem pautada nas ciências humanas (FREITAS et al., 2008).

Ao analisar os nutricionistas, é possível observar que estes apresentam preocupações com seu padrão corporal, pois é visto que o nutricionista gordo, ao “violiar a norma social vigente” que é imposta pelos padrões de beleza e saúde, experimenta dificuldades em seu meio social, além das atividades profissionais ficarem prejudicadas por causa do preconceito (ARAÚJO et al., 2015).

Algumas profissões promovem uma relação com uma figura corporal específica, como por exemplo no *ballet*, modelos de passarela e de fotografia, patinação artística, atletismo, entre outras. Além disso, algumas profissões e também alguns esportes e exercícios físicos promovem ideias de padrões corporais diferentes para cada gênero, como um corpo magro, ou musculoso, ou definido. Por exemplo a patinação artística é um esporte praticado em maioria por mulheres, no qual é exigido um corpo magro, pequeno e flexível, adicionando à imagem da mulher um olhar de delicadeza, em contrapartida no futebol, que é predominantemente masculino e valoriza-se um corpo mais atlético, com ar de poder e competitividade. Na profissão de nutricionistas, observa-se uma predominância de mulheres, as quais estão em maioria dentro do “peso ideal”, e propaga-se a pressão para manter um corpo magro, com pouca gordura corporal e maior quantidade de massa muscular, relacionando este padrão ao “sucesso profissional”. Observa-se que muitos estudantes de nutrição apresentam baixa satisfação corporal, mesmo estando com o peso adequado. Além disso, é relatado que estes apresentam práticas alimentares inadequadas, como restrições e vômitos, relacionadas com a insatisfação corporal e estes comportamentos são citados como fatores relevante para a escolha da profissão (GUTIERRÉZ et al., 2019).

Ansiedade e sua relação com a alimentação transtornada

O transtorno de ansiedade é caracterizado por sentimentos de medo e excesso de preocupação que são desproporcionais à real situação vivida, favorecendo o surgimento de surtos repentinos que geram reações fisiológicas e cognitivas (APA, 2014).

A ansiedade ocorre por um processo de adaptação psicobiológico diante de uma situação de risco ou perigo, seja atual ou futuro. Ela torna-se patológica quando se há disfuncionalidade na frequência, força e duração, podendo se tornar uma resposta exacerbada. A associação com a alimentação se dá através do conhecimento de que as emoções controlam diretamente o comportamento alimentar, a seletividade, quantidade e a frequência dos alimentos consumidos (JANJETIC et al., 2019) e é significativamente maior em pessoas com transtornos alimentares. Comportamentos restritivos foram associados a maiores níveis de sintomatologia e ansiedade e depressão, ao se comparar com outros comportamentos compensatórios (MARTÍN et al. 2019).

Em mulheres, já foram encontrados resultados clínicos detectáveis de estado e traço emocional de ansiedade, relacionados a pontuações elevadas para atitudes de restrição alimentar, comer emocional e descontrole alimentar, de modo que estes foram maiores em mulheres que sofriam do estado de ansiedade clinicamente detectável. E as pontuações foram elevadas para comer descontrolado e comer emocional em mulheres com traço de ansiedade clinicamente detectável (JANJETIC et al. 2019).

Nos transtornos alimentares, a como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, nota-se que a maioria das mulheres com estes transtornos, apresentam também elevadas taxas de ansiedade. Em muitos casos, a presença da ansiedade precede o surgimento dos transtornos alimentares. Além disso, é demonstrado que a ansiedade precoce pode ser um fator de risco para o surgimento de tais transtornos (SILBERG & BULIK, 2005).

A ansiedade pode ser avaliada em duas vertentes, o estado e o traço. A ansiedade-estado diz respeito ao estado momentâneo que apresenta sentimentos que podem variar ao longo do tempo. Já a ansiedade-traço refere-se ao estado estável de resposta às situações estressoras e uma tendência de perceber situações como ameaçadoras (FORTES et al., 2013).

2. JUSTIFICATIVA

Sendo a profissão de nutricionista aquela vinculada erroneamente ao emagrecimento, pode-se refletir sobre os hábitos de vida destes profissionais e se eles apresentam disfunções no seu comportamento alimentar, imagem corporal e ansiedade, pois, a pressão externa exercida pela sociedade e pelas mídias cria o estereótipo de que o nutricionista necessita ser a pessoa com o corpo e a alimentação dentro do padrão.

Já encontramos estudos que avaliam os estudantes de nutrição em relação a atitudes alimentares transtornadas e insatisfação corporal, entretanto, não encontramos no Brasil estudos que avaliaram a classe profissional de nutricionistas clínicos. Também não existem estudos publicados que apresentassem dados sobre a ansiedade nestes profissionais.

Portanto, o conhecimento de tais fatores entre os nutricionistas do Brasil se apresentam como uma nova descoberta em relação ao do perfil de saúde física e psicológica destes profissionais. Com isso, poderemos refletir sobre a necessidade de se obter novas estratégias de abordar os assuntos sobre alimentação, orientação nutricional, corpo, peso e saúde mental e trabalhar estas temáticas desde a graduação, mantendo-se em continuidade após a formação, em eventos e materiais públicos que os profissionais nutricionistas possam ter acesso.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

O objetivo deste estudo é investigar as atitudes alimentares transtornadas, aspectos da imagem corporal e ansiedade em nutricionistas.

3.2 Objetivos Específicos

Investigar as atitudes alimentares transtornadas, a satisfação com a aparência, o investimento na aparência, a preocupação com sobrepeso, a autoclassificação do peso, a influência das crenças e dos aspectos socioculturais na imagem corporal e o traço e o estado de ansiedade;

Avaliar a correlação das atitudes alimentares transtornadas e da ansiedade com as variáveis estudadas e o Índice de Massa Corporal (IMC).

4. HIPÓTESES

A primeira hipótese é de que a população estudada apresente altas pontuações para as atitudes alimentares transtornadas;

A segunda hipótese é que os nutricionistas apresentem pontuações baixas para a satisfação com a aparência e pontuações elevadas para o investimento na aparência, preocupação com o sobrepeso, autoclassificação do peso e influência das crenças e dos aspectos socioculturais na imagem corporal;

A terceira hipótese está em encontrar que os participantes do estudo possuem pontos elevados para a presença do estado e/ou do traço de ansiedade;

A quarta hipótese do estudo é que as atitudes alimentares transtornadas tenham correlação positiva com o IMC, com o investimento na aparência, com a preocupação com o sobrepeso, com a autoclassificação do peso e com o estado e traço de ansiedade. E apresentem correlação negativa com a satisfação com a aparência;

A quinta e última hipótese é que o estado e o traço de ansiedade possuam correlação positiva com o IMC, com o investimento na aparência e com a preocupação com o sobrepeso. E apresentem correlação negativa com a satisfação com a aparência.

5. CASUÍSTICA E METODOLOGIA

5.1 Delineamento metodológico

Estudo de abordagem transversal, realizado com 250 nutricionistas brasileiros, com atuação profissional em área clínica.

5.2 Participantes e amostragem

A pesquisa foi composta por homens e mulheres, brasileiros, graduados em nutrição e que atualmente exercem atendimento clínico, ou seja, atuam como nutricionistas em consultórios particulares, hospitais públicos e privados e ambulatórios de saúde pública ou privada.

O tamanho amostral foi definido de acordo com as últimas pesquisas realizadas no laboratório, ao qual o pesquisador está vinculado, e também na área de interesse, levando em consideração, também, se tratar de uma pesquisa de mestrado com duração de 24 meses para início e conclusão. Portanto, a amostra foi calculada por conveniência, ou seja, não probabilística.

O recrutamento dos participantes e a amostra final estão apresentados na figura 1.

5.3 Critérios de inclusão

Possuir graduação completa em nutrição e estar atuando em área clínica, referida por relato do participante no preenchimento do questionário.

5.4 Critérios de exclusão

Não fornecer número de registro do Conselho Regional de Nutrição correto ou ativo.

Figura 1 – Fluxograma do recrutamento dos participantes e da amostragem final (n=250)

5.5 Aspectos Éticos

Este projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e foi direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), o qual foi aprovado pelo parecer nº 3.261.048. Os participantes desta pesquisa somente participaram após leitura e consentimento do TCLE virtual que foi disponibilizado no início da pesquisa. Nele estavam apresentadas todas as informações a respeito do que se tratou o estudo e sua finalidade.

5.6 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Todos os participantes foram apresentados no início da pesquisa ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A), com a finalidade de fornecer informações sobre a pesquisa, objetivo, benefícios, possíveis desconfortos, dados para contatos dos pesquisadores e do Comitê de Ética. Ao final da leitura, o participante pôde decidir se iria participar ou não. Ao selecionar a opção “Sim”, teve início a pesquisa. E aos que assinalaram “Não”, a pesquisa foi automaticamente encerrada sem nenhum dado registrado e sem qualquer prejuízo para o participante.

5.7 Instrumentos

5.7.1 Questionário de Caracterização da Amostra

O Questionário de Caracterização da amostra (APÊNDICE B) é de autoria do pesquisador e tem a intenção de obter informações sobre participantes. Neste constam 20 perguntas a respeito da: instituição de graduação, ano de conclusão do curso, tempo de atuação como nutricionista na área clínica, idade, sexo, cor da pele referida e dados de saúde, como peso, estatura, diagnóstico de Diabetes Mellitus, diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, diagnóstico de outra doença crônica transmissível ou não, consumo de bebida alcoólica, fumo e prática de exercício físico. A partir do peso e estatura autorrelatados foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), através da fórmula: peso (kg)/altura (m)². Os valores encontrados serão avaliados a partir do referencial da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006), sendo baixo peso menor que 18,5 kg/m², adequado ou eutrófico entre 18,5 kg/m² e 24,9 kg/m², sobrepeso entre 25 kg/m² e 29,9 kg/m², obesidade grau I entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m², obesidade grau II entre 35 kg/m² e 39,9 kg/m² e obesidade grau III a partir de 40 kg/m².

5.7.2 Disordered Eating Attitude Scale (DEAS-s)

As atitudes alimentares transtornadas foram avaliadas através da *Disordered Eating Attitude Scale* (DEAS-s), denominada em português como Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas (ANEXO A), que foi previamente desenvolvida e validada no Brasil utilizando como metodologia de análise a teoria clássica, com 25 questões no total (ALVARENGA & SCAGLIUSI, 2010). A nova versão excluiu itens que não representavam as atitudes alimentares transtornadas da melhor maneira, resultando em um total de 17 itens de autopreenchimento, proposta por Alvarenga e colaboradores em 2020, com algumas modificações na estrutura original, além de mostrar possibilidades na identificação de pensamentos, sentimentos, crenças e comportamentos alimentares disfuncionais sobre a comida, a versão curta também pode ampliar a avaliação e compreensão do fenômeno usando uma medida mais precisa de análise, que se denomina Teoria da Resposta ao Item. A escala apresenta boa consistência interna, validade convergente e de grupos conhecidos e abrange uma ampla gama de atitudes alimentares. Portanto, esta nova versão possui itens com maior validade de constructo, além de possuir qualidade de ajuste adequada e melhores propriedades psicométricas que a versão inicial.

As 17 questões foram respondidas virtualmente, sendo todo o instrumento autoaplicável, com questões de múltipla escolha, na qual o participante pôde assinalar uma resposta que melhor refletia seus pensamentos, sentimentos e comportamentos.

Cada questão apresentava um ponto diferente para sua resposta, sendo que para itens dicotômicos, 1 = Sim ou 5 = Não, ou 1 = Frequentemente e 5 = Raramente. Já para as questões do tipo Likert, as categorias de resposta foram 4 = Sempre, 3 = Frequentemente, 2 = Às vezes e 1 = Raramente/nunca. Além deste formato, na questão 7 as opções demonstram a pontuação de 1 = Volta a se alimentar de forma habitual; 3 = Considera que perdeu o controle e continua comendo ainda mais ou decide fazer algum tipo de dieta, para compensar; e 5 = Utiliza alguma forma de compensação, como atividade física, vômitos, laxantes ou diuréticos. A escala é interpretada através da análise de Teoria de Resposta ao Item, que avalia item por item do questionário. Desse modo, foram obtidos escores de acordo com o perfil de resposta do participante. Escores acima de 1,5 são indicativos de atitudes alimentares transtornadas (ALVARENGA et al, 2020). O instrumento não fornece diagnóstico. O escore é apenas um parâmetro de referência para a presença de tais atitudes.

Como forma de complementar e ampliar a compreensão dos dados e compreender a maneira como os participantes se relacionam com a comida, os dados do instrumento também foram analisados e apresentados de forma descritiva, com a frequência relativa e absoluta de resposta. Tal recomendação não consta no instrumento original, portanto foi realizada pelo próprio autor.

5.7.3 Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire – Appearance Scales (MBSRQ – AS)

O instrumento original em sua primeira versão, que foi inicialmente proposto por Cash (2000), o qual se denominava *Body Self-Relations Questionnaire (BSRQ)*, era composto de 294 itens, sendo que posteriormente foram eliminados alguns itens. O instrumento possuía sete fatores que incluíam duas dimensões atitudinais, as quais são a Avaliação e a Orientação. Além de seus sete fatores, três escalas relacionadas à aparência foram adicionadas para criar o Questionário Multidimensional de Relações com o Próprio Corpo (*Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire – MBSRQ*), o qual era composto por 69 itens. E sua versão posterior ganhou uma versão reduzida, o *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales (MBSRQ-AS)*, composto por 34 itens, avaliando as duas mesmas dimensões atitudinais, porém com ênfase na avaliação da imagem corporal com foco na aparência.

Esta versão validada para população brasileira e utilizada neste estudo é um instrumento autoaplicável com 28 questões (ANEXO B) e consta de 5 subescalas que visam obter dados sobre os aspectos cognitivos, comportamentais e afetivos da imagem corporal, obtendo assim uma avaliação mais ampla deste conceito. Cada subescala foi analisada individualmente, de acordo com as recomendações do autor, pois se trata de medidas multidimensionais (LAUS et al., 2019).

Cada participante realizou a leitura das instruções e em seguida foi orientado através de informação escrita a escolher somente uma resposta dentre as opções que são apresentadas em escala Likert de 5 pontos variando de “Discordo fortemente” (1 ponto) a “Concordo fortemente” (5 pontos).

Para avaliar as subescalas do MBSRQ – AS, cada resposta teve sua pontuação atribuída (Discordo Totalmente = 1 ponto; Concordo Totalmente = 5 pontos) e foi obtido o resultado através do cálculo da média das respostas de cada subescala, pois existem algumas questões que tem a pontuação invertida. As subescalas e suas respectivas questões (CASH, 2000) são:

1. Avaliação da Aparência (AA), que avalia sentimentos sobre atratividade/inatratividade física e satisfação/insatisfação com a aparência, apresentada pelas questões 3, 5, 9, 12 e 15. A avaliação indica que pontuação alta (próximo de 5) revela boa satisfação e positividade e pontuação baixa (próximo de 1) indica insatisfação com a aparência física.
2. Orientação para Aparência (OA), que acessa a extensão de investimento na aparência, através das questões 1, 2, 6, 7, 10, 13, 20 e 21. Um resultado elevado (próximo de 5) indica que o indivíduo dá grande importância e presta muita atenção na aparência e engaja-se em comportamentos excessivos de beleza e resultados baixos (próximo de 1) indicam que o indivíduo é apático em relação à aparência, que dá pouca importância a ela.
3. Escala de Satisfação com Áreas do Corpo (ESAC), que acessa a satisfação com aspectos discretos relacionados à aparência, representada pelas questões 26 a 34. Pontuações altas (próximo de 5) indicam boa satisfação na maior parte das áreas corporais e baixa pontuação (próximo de 1) indica insatisfação com o tamanho e/ou a aparência de várias áreas do corpo.
4. Preocupação com Sobrepeso (PS), que acessa um constructo que reflete ansiedade relacionada à gordura, vigilância do peso, prática de dietas e restrição alimentar, através das questões 4, 8, 22 e 23. Escores altos (próximo de 5) significam grande preocupação.
5. Autoclassificação do Peso (ACP), que reflete como um indivíduo percebe e classifica o próprio peso, através das questões 24 e 25. Pontuações altas (próximo de 5) indicam a

autoclassificação referente a um maior peso, ou seja, o indivíduo é classificado, segundo sua própria percepção, em categorias desde “muito abaixo do peso” até “muito acima do peso”.

5.7.4 Appearance Schemas Inventory - Revised (ASI - R)

Cash e colaboradores desenvolveram o instrumento *Appearance Schemas Inventory* (ASI) e a versão revisada (ASI-R) em 2004, com as subescalas Saliência Motivacional e Saliência Autoavaliativa (JARRY, 2019). O instrumento está validado e adaptado para a população brasileira (LAUS, 2017).

O instrumento ASI – R (ANEXO B) é composto por duas subescalas, com um total de 13 questões e tem o objetivo de avaliar o nível de investimento que um indivíduo dedica a sua aparência física. Para o presente estudo, foi utilizada apenas a subescala de Saliência Autoavaliativa da Aparência, com 6 itens, que refletem a intensidade da influência das crenças sobre a aparência na vida social e pessoal do indivíduo (LAUS, 2017).

Cada participante fez uma leitura das instruções e em seguida escolheu somente uma resposta dentre as opções que são apresentadas em escala Likert de 5 pontos variando de “Discordo completamente” (1 ponto) a “Concordo completamente” (5 pontos).

A sua avaliação foi feita por meio da média do somatório dos pontos das respostas da subescala. Quanto maior o valor total (próximo de 5), maior a influência dos aspectos socioculturais na imagem corporal, portanto para o instrumento não há ponto de corte, mas sim a avaliação por meio da média dos pontos.

5.7.5 State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Versão Curta

O *State-Trait Anxiety Inventory* – Inventário de Ansiedade Traço-Estado - (STAI) é uma das medidas de autopreenchimento para ansiedade mais usadas em pesquisas e contextos clínicos em diferentes culturas. Este instrumento foi desenvolvido por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970) para fornecer uma medida operacional de dois componentes diferentes da ansiedade, o traço e o estado. O instrumento original apresentava 20 questões para o estado e 20 questões para o traço. Marteau & Bekker (1992) desenvolveram a primeira versão reduzida, que foi traduzida e validada para a população brasileira por Fivoranti-Bastos e colaboradores

em 2010 e apresenta-se como uma boa e simples opção para detectar os dois componentes da ansiedade.

A STAI – Versão Curta (ANEXO D) apresenta 12 itens, dos quais 6 questões são direcionadas para avaliação da ansiedade estado, que se refere ao estado emocional transitório, e 6 itens direcionados para avaliação da ansiedade traço, que se refere a uma disposição relativamente estável para responder ao estresse com ansiedade e uma tendência a perceber uma gama mais ampla de situações como ameaçadoras (FIVORANTI-BASTOS, 2011).

O participante escolheu uma dentre as opções de resposta para cada item do questionário e a avaliação ocorreu, portanto, através da análise da escala do tipo Likert de 4 pontos (Absolutamente não = 1; Um pouco = 2; Bastante = 3 e; MUITÍSSIMO = 4), divididos em nas subescalas, a ansiedade-estado (STAI-S) e a ansiedade-traço (STAI-T), de modo que cada subescala apresenta entre 6 e 24 pontos, sendo que quanto maiores as pontuações, maiores os indicativos de ansiedade, portanto não há ponto de corte.

5.8 Procedimentos

O estudo foi realizado em meio digital, utilizando-se a plataforma *on-line* do *Google Forms* para realizar a coleta de dados, com tempo médio de resposta de 10 minutos. Toda a divulgação da pesquisa foi de responsabilidade da autora principal, de modo que foi enviado um *link* através de *e-mail* para um banco de dados de nutricionistas de todo território brasileiro. Os e-mails foram adquiridos através de pesquisa em *sites* de profissionais particulares, clínicas e órgãos de nutrição, e do Conselho Regional de Nutricionistas de algumas regiões que disponibilizam o contato. Além disso, foram feitas parcerias com instituições, a fim de ampliar a divulgação para uma maior quantidade de profissionais. Tais parcerias constavam da aquisição dos *e-mails* de estudantes de pós-graduação e de profissionais atuantes no Brasil.

A execução da pesquisa se deu na seguinte ordem: Primeiramente o participante realizou a leitura TCLE e em caso de consentimento, preencheu um e-mail válido e o número de registro do Conselho Regional de Nutricionistas. Após isso, iniciou o preenchimento dos questionários, iniciando pelo Questionário de Caracterização da Amostra, seguido da DEAS-s, do MBSRQ-AS, do ASI – R e do STAI – Versão Curta. Nos casos em que os participantes não aceitaram participar da pesquisa, esta foi automaticamente finalizada sem qualquer dado registrado e nenhum prejuízo para os participantes.

Os participantes puderam responder a pesquisa em qualquer dispositivo com acesso à internet, como: *Smartphones*, *laptops*, computadores e *tablets*. Foi recomendado buscar um ambiente seguro e tranquilo no intuito de evitar intercorrências ao responder à pesquisa. Foi alertado aos participantes, por meio do TCLE, da liberdade para desistência do preenchimento da pesquisa, caso se sintam desconfortáveis.

Foram enviados convites direcionados através da própria rede de divulgação dos autores. No convite constava uma breve apresentação dos pesquisadores, um breve resumo do que se trata a pesquisa e um *link* para acesso.

5.9 Análise Estatística

Para obtenção dos escores das respostas da DEAS-s interpretando-se item por item foi realizada uma análise fatorial de informações completas usando o pacote mirt do software R (<http://www.r-project.org>). Tal análise estatística foi realizada em uma parceria com uma das autoras do instrumento DEAS-s, Thanise Sabrina Souza Santos, a qual utilizou a metodologia da Teoria de Resposta ao Item, que está apresentada artigo desenvolvido por Alvarenga, Santos e Andrade (2020) e está descrito a seguir.

O modelo de resposta graduada foi utilizado para calcular a probabilidade de uma pessoa escolher a categoria k de cada item, com um determinado nível de característica latente (atitudes desordenadas). A equação 1 representa esse modelo:

$$P_{i,k}(\theta_j) = \frac{1}{1 + \exp^{-a_i(\theta_j - b_{i,k})}} - \frac{1}{1 + \exp^{-a_i(\theta_j - b_{i,k+1})}}$$

onde: θ_j é o score na TRI de uma pessoa j ; $P_{i,k}(\theta_j)$ é a probabilidade de uma pessoa j , ao responder ao item i , escolhendo a categoria k ; a_i é o parâmetro de discriminação do item i ; $b_{i,k}$ é o parâmetro de localização da categoria k do item i , com $b_{i,2} \leq b_{i,3} \leq b_{i,4} \leq \dots$

O parâmetro de discriminação (a_i) indica a qualidade do item para discriminar pessoas com diferentes níveis de atitudes desordenadas. O parâmetro b_i deve variar principalmente de -3 a +3. Ambos os parâmetros (a_i e b_i) foram estimados pelo método marginal de máxima verossimilhança considerando o critério de convergência igual a 0,001. A probabilidade de escolha da categoria k foi calculada entre as pontuações, considerando os parâmetros de localização para cada item. Para descrever as atitudes alimentares de cada nível da DEAS-s, cada item foi localizado no nível em que a probabilidade era maior ou igual a 0,5. Além disso,

para melhorar a interpretação dos resultados da DEAS-s avaliada pela TRI, os escores estimados em uma escala com média igual a 0 e desvio padrão igual a 1 foram transformados em uma escala com média igual a 50 e desvio padrão igual a 10.

Após obtidos os escores da DEAS-s, iniciou-se os procedimentos de análise realizados pela própria autora do presente estudo. Portanto, as variáveis foram analisadas através da utilização do programa de software SPSS (versão 23.0). Após coletadas as informações, elas foram processadas e analisadas por meio de testes estatísticos apropriados à distribuição da amostra e por meio da estatística descritiva (frequência, média e desvio-padrão). O nível de significância fixado foi de $p < 0,05$.

A confiabilidade dos resultados encontrados através dos instrumentos foi obtida com o resultado do *alfa de cronbach*, o qual apresentou boa consistência interna em todos os questionários, sendo 0,83 para a DEAS-s, 0,85 para a Subescala de Avaliação da Aparência, 0,83 para a Subescala de Orientação para a Aparência, 0,80 para a Subescala de Satisfação com as Áreas do Corpo, 0,72 para a Subescala de Preocupação com o Sobrepeso, 0,85 para a Subescala de Autoclassificação do Peso, 0,87 para a Subescala de Saliência Autoavaliativa, 0,85 para a Escala de Estado de Ansiedade e 0,80 para a Escala de Traço de Ansiedade.

Para determinar a distribuição da amostra, foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk* e para correlacionar os dados, os quais apresentaram distribuição não paramétrica ($p < 0,05$), foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*.

6. RESULTADOS

6.1 Caracterização da amostra

Todos os dados descritivos da população estudada estão apresentados na tabela 1. Obtivemos a participação de 250 nutricionistas brasileiros que relataram atuação clínica. Sendo que 234 (93,6%) são do sexo feminino, 76% se auto classificaram como brancos, a faixa etária mais prevalente (57,6%) apresenta-se entre 30 a 50 anos, 53,2% são solteiros e 46,3% dos nutricionistas residem com parceiros.

Em relação à profissão, 127 (50,8%) concluíram sua graduação em universidade pública e 84 (33,6%) atuam como nutricionistas há mais de 10 anos.

Sobre o estado nutricional, é possível identificar que a população estudada apresenta o IMC médio dentro da faixa de normalidade, sendo que 58,4% dos participantes estão eutróficos (tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos nutricionistas participantes do estudo (n = 250).

	Frequência	Porcentagem (%)
Sexo		
Feminino	234	96,6
Masculino	16	6,4
Etnia		
Branco	190	76,0
Pardo	46	18,4
Amarelo	5	2,0
Negro	9	3,6
Idade		
Até 30 anos	96	38,4
30 a 50 anos	144	57,6
Mais que 50 anos	10	4,0
Estado Civil		
Solteiro	133	53,3
Casado	88	35,2
União Estável	18	7,2
Divorciados	11	4,4
Com quem reside		
Sozinho	31	12,4
Com parceiro	109	43,6
Com família	99	39,6
Com amigos, repúblicas	11	4,4
Instituição de Graduação		
Privada	123	49,2
Pública	127	50,8
Tempo de Atuação Profissional		
Até 1 ano	31	12,4
De 1 a 5 anos	74	29,6
De 5 a 10 anos	61	24,4
Mais que 10 anos	84	33,6
Diagnóstico de Diabetes Mellitus		
Sim	3	1,2
Não	247	98,8
Diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica		
Sim	7	2,8
Não	243	97,2
Diagnóstico de outra Doença Crônica Não Transmissível		
Sim	21	8,4
Não	229	91,6
Hábito de fumar		
Não fuma	240	96

1 a 3 vezes na semana	4	1,6
4 a 7 vezes na semana	6	2,4
Consumo de álcool		
Não consome	116	46,4
1 a 3 vezes na semana	132	52,8
4 a 7 vezes na semana	2	0,8
Prática de exercícios físicos		
Não pratica	62	24,8
1 a 3 vezes na semana	130	52,0
4 a 7 vezes na semana	58	23,2
Estado Nutricional		
Baixo peso	11	4,4
Eutrofia	146	58,4
Sobrepeso	72	28,8
Obesidade grau I	17	6,8
Obesidade grau II	3	1,2
Obesidade grau III	1	0,4

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Tabela 2 – Média das pontuações referentes aos instrumentos aplicados e ao IMC dos nutricionistas participantes do estudo (n = 250).

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
IMC (kg/m ²)	24,07	3,72	17,44	36,08
Atitudes Alimentares transtornadas	-0,36	0,72	-1,38	2,09
Avaliação da Aparência	3,44	0,85	1,00	5,00
Orientação Para Aparência	3,55	0,76	1,38	5,00
Satisfação com as Áreas do Corpo	3,45	0,67	1,56	4,89
Preocupação com o Sobrepeso	2,52	0,93	1,00	4,75
Autoclassificação do Peso	3,35	0,74	1,00	5,00
Saliência Autoavaliativa da Aparência	2,64	1,04	1,00	5,00
Estado de Ansiedade	11,91	3,62	6,00	22,00
Traço de Ansiedade	13,81	3,53	6,00	24,00

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

6.2 Atitudes Alimentares Transtornadas

Os resultados encontrados para a avaliação das atitudes alimentares transtornadas, estão apresentados na tabela 2. Observamos que a média dos escores da DEAS-s inferior ao escore de 1,5 e, portanto, não é indicativo de atitudes alimentares transtornadas.

Dos 250 nutricionistas, 1,6% (4) participantes apresentaram escore superior à 1,5. Em relação as respostas dos participantes, podemos notar, de acordo com a tabela 3, que apenas 32,8% (82) nutricionistas referem nunca ou raramente sentir culpa quando comem um alimento que eu havia decidido não comer por algum motivo, ou seja, a maioria dos participantes sente algum tipo de frequência de culpa. Também notamos que apenas 56% (140) dos participantes nunca deixam de comer algum alimento ao saberem que possui mais calorias do que era esperado, de modo que 44% apresentam alguma frequência de momentos em que deixa de comer alimentos calóricos. E apenas 36% (90) nunca se preocupam com o quanto um alimento pode engordar, de modo que 64% sentem alguma frequência de preocupação em engordar consumindo um único alimento. Os resultados detalhados nos proporcionam investigar respostas de diversas atitudes alimentares transtornadas em diferentes frequências, as quais, mesmo que não sejam suficientes para apresentar um score de 1,5, são importantes de serem analisadas nesta classe de profissionais.

Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa de respostas escolhidas pelos participantes em relação ao instrumento DEAS-s (n = 250).

Questões	% (n)
1. Comer é algo natural para você?	
Sim	99,2 (248)
Não	0,8 (2)
2. Você fica sem comer ou à base de líquidos, por um dia ou mais, achando que isto pode emagrecer?	
Sim	0,8 (2)
Não	99,2 (248)
3. Você conta calorias de tudo que come?	
Sim	3,2 (8)
Não	96,8 (242)
4. Você costuma “pular” refeições para evitar o ganho de peso?	
Sim	4,4 (11)
Não	95,6 (239)
5. Comer faz você se sentir “sujo”?	
Sim	3,6 (9)
Não	96,4 (241)
6. Você gostaria de não precisar se alimentar?	
Sim	5,6 (14)
Não	94,4 (236)
7. Quando você come uma quantidade de alimentos maior do que a de costume, qual é o seu comportamento depois	
Volta a se alimentar de forma habitual	84,8 (212)
Considera que perdeu o controle e continua comendo ainda mais	3,6 (9)

Decide fazer algum tipo de dieta, para compensar	9,2 (26)
Utiliza alguma forma de compensação, como atividade física, vômitos, laxantes e diuréticos	2,4 (6)
8. Eu sinto culpa quando como um alimento que eu havia decidido não comer por algum motivo.	
Sempre	5,2 (13)
Frequentemente	7,2 (18)
Às vezes	54,8 (137)
Raramente/nunca	32,8 (82)
9. Eu deixo de comer algum alimento se souber que ele tem mais calorias do que eu imaginava.	
Sempre	2 (5)
Frequentemente	4 (10)
Às vezes	38 (95)
Raramente/nunca	56 (140)
10. Preocupo-me com o quanto um alimento ou refeição pode me engordar.	
Sempre	6,4 (16)
Frequentemente	13,2 (33)
Às vezes	44,4 (111)
Raramente/nunca	36 (90)
11. Tenho raiva de sentir fome.	
Frequentemente	6 (15)
Raramente	94 (235)
12. Tenho dificuldade em escolher o que comer, porque sempre acho que deveria comer menos e/ou a opção com menos calorias.	
Sempre	3,2 (8)
Frequentemente	3,6 (9)
Às vezes	24,4 (61)
Raramente/nunca	68,8 (172)
13. Eu procuro comer pouco na frente dos outros para depois exagerar quando estou sozinha.	
Frequentemente	5,6 (13)
Raramente	94,4 (236)
14. Eu tenho medo de começar a comer e não parar mais.	
Sempre	2 (5)
Frequentemente	2 (5)
Às vezes	10,4 (26)
Raramente/nunca	85,6 (214)
15. Sonho com uma “pílula” que substitua a refeição.	
Frequentemente	3,2 (8)
Raramente	95,8 (242)
16. Em festas e buffets, fico nervosa e/ou descontrolada, em função da grande oferta de comida.	
Frequentemente	8 (20)
Raramente	92 (230)
17. Minha relação com a comida atrapalha minha vida como um todo.	
Frequentemente	4,8 (12)
Raramente	95,2 (238)

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

6.3 Componentes da Imagem Corporal

Em relação a imagem corporal, os dados estão apresentados na tabela 2. Como os resultados apresentam-se em uma escala de 1 a 5, encontramos que a satisfação com a aparência (avaliação da aparência), o investimento saudável na aparência (orientação para aparência), a satisfação com as áreas do corpo e a autoclassificação do peso apresentaram pontuação média acima de 3, indicando que os indivíduos sentem-se bem com sua aparência e corpo e que cuidam da sua aparência.

Em relação a preocupação com o sobrepeso e a influência das crenças e dos aspectos socioculturais na imagem corporal (saliência autoavaliativa), os indivíduos apresentam pontuação média de 2,52 ($DP \pm 0,93$) e 2,64 ($DP \pm 1,04$), respectivamente, indicando que, em média, os indivíduos não se preocupam excessivamente em ganhar gordura corporal e não investem excessivamente na sua aparência de forma não saudável, mas também não são totalmente despreocupados com gordura corporal e não são totalmente livre de comportamentos não saudáveis para com a aparência.

6.4 Ansiedade

Os dados das pontuações estão apresentados na tabela 2. O estado de ansiedade apresentou-se com valor médio de 11,91 ($DP \pm 3,62$) e o traço de ansiedade apresentou a pontuação média de 13,81 ($DP \pm 3,53$), ambos não se mostrando um indicativo de ansiedade.

6.5 Relação entre as variáveis

A análise de correlação apresentou resultados significativos para a relação de algumas variáveis e os dados estão apresentados na tabela 4.

Correlações positivas significativas foram observadas entre as atitudes alimentares transtornadas e o IMC, investimento na aparência (orientação para aparência), preocupação com sobrepeso, autoclassificação do peso, a influência das crenças e dos aspectos socioculturais na imagem corporal (saliência autoavaliativa) e a ansiedade. E correlações significativas negativas foram observadas entre o comer transtornado e a satisfação com a imagem corporal (avaliação da aparência e escala de satisfação com as áreas do corpo).

Também foram encontradas correlações significativas positivas entre a ansiedade (estado e traço) com o comer transtornado, investimento na aparência, preocupação com sobrepeso,

autoclassificação do peso e com a influência das crenças e dos aspectos socioculturais na imagem corporal. E correlação negativa com a satisfação com a aparência.

Tabela 4 – Correlação entre as médias dos instrumentos aplicados e do IMC dos nutricionistas participantes do estudo (n = 250).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. IMC	1,000									
2. DEAS-s	0,314**	1,000								
3. Avaliação da Aparência	-0,389**	-0,435**	1,000							
4. Orientação para Aparência	-0,010	0,430**	-0,133*	1,000						
5. Satisfação com as Áreas do Corpo	-0,357**	-0,484**	0,746**	-0,259**	1,000					
6. Preocupação com Sobrepeso	0,354**	0,692**	-0,370**	0,561**	-0,454**	1,000				
7. Autoclassificação do Peso	0,823**	0,456**	-0,451**	0,089	-0,495**	0,498**	1,000			
8. Saliência Autoavaliativa	0,115	0,585**	-0,480**	0,508**	-0,571**	0,530**	0,313**	1,000		
9. STAI-S	0,076	0,270*	-0,271**	0,176**	-0,383**	0,172**	0,163**	0,394**	1,000	
10. STAI-T	0,025	0,366*	-0,367**	0,171**	-0,405**	0,221**	0,201*	0,474**	0,500**	1,000

*p < 0,05; **p < 0,001

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

7. DISCUSSÃO

Notamos que a média do resultado do IMC apresentou-se abaixo de 24,9 kg/m², compatível com eutrofia, além disso, a maior parte dos participantes se encontravam nesta classificação quando ao estado nutricional. A grande maioria dos participantes era do sexo feminino, assim como se apresenta em estudos com estudantes de nutrição, como o estudo feito por Gutierrez et al. (2019) no México em que apresentou 93,5% de mulheres em uma amostra com 370 estudantes de nutrição e no estudo produzido por Freitas et al. (2013) no Brasil, no qual de 149 participantes 132 eram do sexo feminino. Em ambos os estudos também foi encontrado que a maior parte da amostra apresentava um peso normal, ou seja, entre o IMC de 18,5 kg/m² e 24,9 kg/m².

Em resposta a primeira hipótese do estudo, que esperava encontrar escores elevados de atitudes alimentares transtornadas nos nutricionistas, neste estudo obtivemos uma média de escore negativa, ou seja, abaixo do valor de escore de 1,5 mencionado no instrumento como indicativo de comer transtornado. Dos 250 nutricionistas participantes, 1,6% (4) apresentaram resultado indicativo de atitudes alimentares transtornadas, sendo que tal resultado levanta possibilidade de algumas reflexões. Este é um novo instrumento para avaliação do comer transtornado, ou seja, sua avaliação indica atitudes disfuncionais em relação à alimentação e não há outros estudos que já tenham utilizado o mesmo instrumento em outras avaliações. Além disso, este tipo de avaliação no público de nutricionistas é escasso, sendo que no Brasil ainda não existem achados semelhantes nesta classe de profissionais. Ao observarmos as questões do instrumento isoladamente, podemos notar que diversas atitudes alimentares transtornadas são encontradas nos nutricionistas, mesmo que a pontuação final não tenha apresentado um score indicativo para as mesmas. Os nutricionistas são profissionais da saúde, que durante sua graduação são ensinados sobre o bem-estar geral e não são ensinados à realizarem atitudes restritivas, compensatórias ou inadequadas para redução ou manutenção de peso, mesmo assim, observamos a prevalência de culpa, de dificuldade de escolha de alimentos e até mesmo do uso de métodos inadequados para compensar a alimentação. As questões do questionário são de grande importância e relevância, entretanto, podem ocasionar uma dificuldade de obtenção de respostas sinceras, devido a desejabilidade de resposta, pelo fato de os participantes serem profissionais da área. Todavia, sabemos que possuir o conhecimento na área não anula o envolvimento com atitudes disfuncionais sobre o corpo e alimentação, ademais estes profissionais podem estar sempre preocupados em manter um certo peso, para serem “exemplos” da profissão para seus clientes e para o sucesso profissional (MAHN & LORDLY, 2015), já que erroneamente o nutricionista é atrelado ao estereótipo magro e ao “cargo de emagrecedor de pessoas”.

O único estudo que já utilizou a DEAS-s para avaliação do comer transtornado foi o elaborado por Alvarenga et al. (2020), na validação do instrumento, no qual estudaram as atitudes alimentares transtornadas em uma amostra composta por 2.490 estudantes universitárias, 228 estudantes do sexo masculino, 147 pacientes do sexo feminino diagnosticadas com transtornos alimentares e 37 mulheres com obesidade. Foi observado que a partir da pontuação 1.5, os indivíduos desejam não precisar comer e sempre se preocupam com sua dieta e peso. Mulheres, pessoas com idade entre 20 e 30 anos e com maior IMC apresentaram maior desordem alimentar de acordo com este escore definido. A culpa após

comer foi observada nos escores mais baixos de DEAS-s, sugerindo que pensamentos sobre alguns alimentos que não devem ser ingeridos às vezes são apresentados por indivíduos com os menores escores de DEAS-s, além disso, a exclusão de alguns alimentos por causa das calorias foi mais frequente nos escores mais altos de desordem alimentar. Com a ressalva de que a este estudo apresentado não foi feito em nutricionistas, mas a avaliação ainda é importante de ser discutida, a fim de observar como que tais atitudes alimentares se apresentam em outros públicos.

Ao avaliar os achados deste presente estudo, notamos a presença de culpa após comer, de dificuldades para escolher alimentos em virtude das calorias, de medo de engordar ao consumir determinado alimento e também observamos uma certa frequência de atitudes compensatórias em relação a alimentação nos nutricionistas. Estes dados chamam bastante a atenção, pois mesmo que os participantes não tenham apresentado resultados elevados para atitudes alimentares transtornadas, notamos que estes podem apresentar algum nível de uma certa relação ruim com a alimentação e com a comida.

Um estudo feito por Tremelling et al. (2017) com dados sobre 636 nutricionistas dos Estados Unidos em relação à comportamentos de risco para transtornos alimentares e alto risco para ortorexia nervosa, avaliados pelos instrumentos *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) e *Orthorexia Nervosa Questionnaire* (ORTO-15), sendo que este último não se classifica como um transtorno alimentar de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico para os Transtornos Mentais - DSM-5 mas caracteriza-se na literatura como uma fixação em comer de forma saudável., foi encontrado que, sendo a maioria dos participantes do sexo feminino, 12,9% dos participantes apresentaram comportamento de risco para transtorno alimentar e 49,5% apresentaram alto risco para Ortorexia Nervosa. Também foi apresentado neste estudo que 8,2% dos participantes referiram terem recebido tratamento para transtornos alimentares no passado. Apesar das divergências entre os instrumentos utilizados e as diferenças socioculturais entre os países, nota-se a importância de se estudar atitudes alimentares transtornadas ou condutas alimentares de risco, pois os profissionais da nutrição são aqueles que diretamente fornecem e aconselham as pessoas sobre práticas alimentares.

Existem estudos com estudantes de nutrição, como a pesquisa realizada por Gutierrez e colaboradores (2019), que avaliou uma amostra de estudantes de nutrição do México, no qual foi encontrado que 36,7% dos participantes apresentavam condutas alimentares de risco, avaliados através do Questionário Breve de Condutas Alimentares de Risco, dos quais 25,1% eram de moderado risco e 11,6% de alto risco. Tais condutas alimentares avaliavam o medo de

engordar, a compulsão alimentar, a perda de controle e condutas restritivas e purgativas. Com isso, notamos que em estudantes foi demonstrada uma grande porcentagem de comportamentos inadequados através da avaliação feita por este instrumento. Novamente, apesar das divergências dos instrumentos, das questões socioculturais e de serem estudantes ainda na graduação, tal avaliação é de extrema importância, pois há um número crescente de universidades com curso de nutrição, na qual diversos estudantes podem escolher a profissão do nutricionista com diversas crenças e um histórico pessoal de alimentação e atitudes alimentares. Ao fazer um paralelo entre as condutas alimentares de risco dos estudantes de nutrição e as atitudes alimentares transtornadas dos nutricionistas do presente estudo, percebemos através das questões isoladas do instrumento DEAS-s que os profissionais também apresentam medo de ganhar gordura corporal quando comem determinado alimento. Além disso, nota-se que em relação às atitudes restritivas ou purgativas, assim como os estudantes de nutrição apresentaram tais condutas de risco, no presente estudo encontramos que os nutricionistas mencionaram compensar com dieta quando comem uma quantidade de alimento maior do que o pretendido, ou que utilizam alguma forma purgativa, como atividade física, vômito, laxante e diuréticos ou ainda assinalaram perda de controle e continuarem comendo ainda mais, sendo que tais atitudes são alarmantes e presentes em pessoas com transtornos alimentares.

Em um outro estudo proposto por Oliveira (2019) que avaliou estudantes de nutrição do sexo feminino no Brasil, em uma amostra de 140 participantes de Cuiabá-MT, foi encontrado 22,9% das participantes apresentavam risco para transtorno alimentar, avaliados pelo *Eating Attitude Test* (EAT-26), e 47,9% apresentavam gravidade clinicamente significativa para compulsão alimentar, seguido de 7,9% com indícios de alta gravidade, avaliados através do instrumento *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE). Já em um estudo apresentado por Alvarenga, Scagliusi e Philippi (2011), o qual estudou uma amostra com 2.483 estudantes de outras áreas da saúde, como Fonoaudiologia, Fisioterapia, Farmácia e/ou Biomedicina, com exclusão do curso de nutrição e de educação física, foi encontrado que 26,1% (648) apresentavam comportamento de risco para transtorno alimentar, avaliados através do EAT-26. Os dados encontrados em estudantes da área da saúde foram semelhantes ao encontrado em estudantes de nutrição, o que nos permite refletir se os jovens da população em geral estão apresentando tais condutas de risco para com a alimentação. Seria possível refletir que os estudantes de nutrição, diferentemente das outras profissões, são aqueles que recebem informações sobre o que se é adequado ou não na alimentação, entretanto, estratégias restritivas,

compensatórias e a mentalidade de dieta são questões altamente divulgadas e valorizadas na sociedade e podem estar presentes também nas pessoas da área da nutrição (KORITAR & ALVARENGA, 2017).

Apesar dos dados escassos sobre nutricionistas, os achados nos permitem refletir se os estudos da nutrição e o contato com a profissão poderiam ser fatores de piora nas atitudes alimentares. Neste presente estudo nós tentamos fornecer privacidade aos profissionais, de modo que estes não informaram seus nomes, entretanto, o fornecimento do e-mail de contato e do número do CRN para verificar se eram mesmo nutricionistas, podem ter sido fatores que contribuíram para a não total sinceridade nas respostas do questionário, o qual possui perguntas que claramente apontam para atitudes não corretas quanto a alimentação e, desse modo, o profissional participante pode não ter se sentido totalmente à vontade para responder.

Em relação a satisfação com a aparência, o MBRSQ-AS nos indica que quanto maiores são as pontuações, maiores são as variáveis observadas. Ao observar dados referentes à população feminina, temos descrito na literatura as médias de pontuação e desvio padrão para cada subescalas citada acima, em mulheres com peso normal, os quais foram $3,36 \pm 0,87$ para a avaliação da aparência, $3,91 \pm 0,60$ para a orientação para a aparência, $3,23 \pm 0,74$ para a satisfação com as áreas do corpo, $3,03 \pm 0,96$ para preocupação com o sobrepeso e $3,57 \pm 0,73$ para a autoclassificação do próprio peso. Os valores correspondentes para homens com peso normal foram $3,49 \pm 0,83$, $3,60 \pm 0,68$, $3,50 \pm 0,63$, $3,47 \pm 0,92$ e $3,96 \pm 0,62$, respectivamente (CASH, 2000; OSMAN, 2017). Os dados foram semelhantes entre a amostra do presente estudo e o citado na literatura, exceto para a preocupação com o sobrepeso, que se mostrou com valores médios mais baixos nos nutricionistas. Apesar dos dados não serem referentes à mesma população, torna-se importante observar como encontram-se os resultados dos componentes da imagem corporal na população em geral, que foram avaliados com o mesmo instrumento do presente estudo. Tal instrumento é novo e possibilita uma visão multifacetada da imagem corporal, o que explica sua escolha para esta avaliação dos nutricionistas. Ainda não existem dados sobre nutricionistas utilizando este mesmo instrumento.

Contudo, em uma amostra com estudantes de nutrição, que é um público mais próximo dos nutricionistas, avaliada por Pontim (2019) foi observada uma semelhança com o encontrado no presente estudo, sendo que foi apresentada a avaliação da imagem corporal de estudantes de quatro períodos do curso de nutrição da cidade de Ribeirão Preto - SP, com médias semelhantes para avaliação da aparência, variando de 3,09 à 3,52, orientação para aparência, variando de 3,44 à 4,01, satisfação com as áreas do corpo, variando de 3,13 à 3,55 e preocupação com

sobrepeso, variando de 2,33 à 2,68. Inclusive esta última também se mostrou mais baixa em estudantes, indicando que assim como os profissionais estudados neste estudo, não foram observadas pontuações elevadas que indicam grandes preocupações com o ganho de peso.

Neste presente estudo, de acordo com as médias das pontuações apresentadas pelos participantes em relação aos componentes da imagem corporal, podemos entender que a grande parte dos nutricionistas sentem-se satisfeitos com a sua aparência geral e com as áreas específicas do corpo, as quais incluem rosto, cabelo, parte inferior do corpo, como quadris, nádegas e coxas, parte mediana do corpo, como cintura e barriga e parte superior do corpo, como peito ou seios, ombros e braços. Este dado nos proporciona a reflexão de que talvez estes profissionais estejam satisfeitos, não apresentem grande investimento na aparência, preocupações com o peso e com a classificação do peso pelo fato de, em maioria, estarem dentro do que é considerado um padrão corporal ideal. Ou, além do mais, tais atitudes, crenças, pressões e pensamentos corporais são tão normalizadas na profissão que o profissional nem as identifique como alarmantes, contribuindo com que suas práticas para se sentirem satisfeitos adquiriram uma certa “normalidade”.

Um outro estudo feito por Oliveira (2019) que avaliou satisfação corporal em estudantes de nutrição do Brasil apresentou resultados de forma diferente, utilizando outro instrumento, no qual verificou-se que a insatisfação corporal, avaliada por meio da Escala de Silhuetas, foi encontrada na maioria das estudantes avaliadas, sendo 62,1% por excesso de peso e 20,7% por magreza. Do mesmo modo, o estudo apresentado por Gutierrez (2019), que avaliou a insatisfação corporal em 370 estudantes de nutrição do México através de imagens de silhuetas, demonstrou que 72,3% dos participantes apresentavam algum grau de insatisfação com o corpo, sendo que 65% desejava ter uma silhueta mais magra e 7,6% uma silhueta mais robusta. Foi observado que mulheres e homens apresentaram insatisfação, entretanto nos homens foram significativamente maior a proporção dos que desejam uma silhueta mais larga. Tal instrumento utilizado nos estudos com estudantes de nutrição, por serem visuais com imagens de corpos, apresentam-se de forma diferente do que o utilizado neste presente estudo, que proporciona uma avaliação relacionada às questões comportamentais, cognitivas e afetivas da aparência.

Em relação aos componentes emocionais, neste estudo podemos notar que as pontuações para o traço ou o estado emocional de ansiedade não se apresentaram elevados nos nutricionistas estudados. Além disso, não foram encontrados dados prévios em estudos científicos sobre a presença do estado ou traço de ansiedade em nutricionistas ou estudantes de nutrição.

Ao observar a avaliação da ansiedade em outros públicos, em um estudo produzido por Janjetic et al. (2019), foram analisados os níveis do traço e do estado de ansiedade em 148 mulheres com idade média de 54 anos, residentes de Buenos Aires – Argentina, e foi encontrado que em relação aos níveis de ansiedade, analisados pela versão completa do instrumento STAI, o escore médio total da amostra foi de 40 (35-46) para ansiedade traço e 36 (32-40) para ansiedade de estado, considerando 80 como a pontuação mais alta. Do mesmo modo, o estudo conduzido por Michou & Costarelli (2011), realizado com 154 mulheres divididas entre 74 jogadoras de basquete e 80 mulheres não jogadoras na Grécia, também utilizou a versão completa do STAI, analisando a subescala de ansiedade traço, a qual não demonstrou diferença significativa entre as jogadoras e não jogadoras, de modo que as mulheres apresentaram pontuação média de 40 pontos para o traço de ansiedade, considerando 80 como a pontuação mais alta. Apesar de serem os mesmos instrumentos, mas com diferenças nas versões utilizadas, e de o público ser diferente, estes achados se assemelham ao encontrado entre os nutricionistas do presente estudo, que apresentaram pontos médios das subescalas abaixo de 14, considerando 24 como o escore mais alto. Sendo assim, a avaliação da ansiedade em populações distintas e em nutricionistas não nos apresentou médias compatíveis com traço ou estado de ansiedade.

Em um outro estudo, o qual utilizou também a versão reduzida do STAI, realizado por Fortes et al. (2013), foi avaliado o nível de ansiedade traço (STAI-T) e ansiedade estado (STAI-S), foi apresentado que em uma amostra com 71 ginastas do sexo feminino com e sem risco para transtorno alimentar de acordo com o EAT-26, com idade entre 12 e 17 anos, os níveis de STAI-T apresentaram a média de 11,06 ($\pm 1,08$) nas jovens sem risco de transtorno alimentar e 15,70 ($\pm 0,83$) nas atletas com risco de transtorno alimentar, com diferença significativa entre os grupos. Já em relação a STAI-S, o valor encontrado nas adolescentes sem risco de transtorno alimentar foi de 13,65 ($\pm 1,12$) e nas participantes com risco foi de 13,14 ($\pm 1,47$), sem diferença significativa. Apesar das participantes do estudo de Fortes et al. (2013) serem adolescentes e possuírem outra profissão, diferentemente das nutricionistas do presente estudo, a apresentação dos dados torna-se válida, pois as ginastas também estão em constante envolvimento com questões sobre corpo e dieta, devido à profissão, assim como os profissionais da nutrição. Sendo assim, os resultados das ginastas também não apresentaram médias notáveis em relação à ansiedade estado ou traço, assim como o presente estudo.

A correlação entre os dados nos apresentou resultados importantes dentro da amostra de nutricionistas clínicos. Podemos notar uma correlação positiva significativa entre o IMC e o

comer transtornado, de modo que quanto maior o IMC dos participantes, maiores são os escores de atitudes alimentares transtornadas, confirmando parte da quarta hipótese do estudo.

Apesar os instrumentos serem diferentes e do público ser de estudantes de nutrição, ressaltos os resultados encontrados por Gutierrez et al. (2019), em estudantes de nutrição no México, que encontrou que à medida que se aumenta o IMC, os comportamentos de risco para transtornos alimentares também aumentaram.

Do mesmo modo, o estudo de Alvarenga e colaboradores (2020), que avaliou um público de jovens universitários utilizando também o instrumento DEAS-s, apresentou que as atitudes alimentares transtornadas foram maiores, de acordo com o escore superior à 1,5, em pessoas com o IMC mais elevado. Além disso, o estudo apontou a importante reflexão sobre as pessoas acima do peso sentirem constante culpa e preocupação ao comerem, sendo, portanto, evidenciado que estas pessoas podem apresentar-se em risco de desenvolver prejuízos no comportamento alimentar.

Já em um estudo apresentado por Ohara et al. (2018), que comparou medidas de comportamento alimentar em diferentes categorias de peso, como baixo peso, peso normal e acima do peso, em uma população de japoneses do sexo masculino e feminino. Na amostra com 964 homens, a restrição alimentar foi significativamente maior nos participantes acima do peso. E na amostra com 582 mulheres, a restrição alimentar se mostrou maior em mulheres com peso normal comparadas às de baixo peso. Para ambos os sexos, o IMC foi significativamente correlacionado de forma positiva com a restrição alimentar, ou seja, quanto mais restrição, maior o IMC dos participantes.

Os estudos citados apresentam uma semelhança ao presente estudo, pois demonstram que comportamentos de risco para transtorno alimentar e as restrições alimentares, sendo que estas são questões alimentares inadequadas para a saúde, apresentam correlação significativa positiva com o IMC, assim como o encontrado na amostra de nutricionistas. Ou seja, quanto maior o IMC, mais as pessoas apresentam questões inadequadas em relação a alimentação. Além disso, além da visão para o IMC, também notamos associações com facetas da imagem corporal que foram analisadas neste estudo, de modo que os resultados da preocupação com o sobrepeso e da autoclassificação do peso se correlacionaram positivamente com as atitudes alimentares transtornadas, ou seja quanto mais medo em adquirir gordura corporal e quanto mais os participantes se consideravam com um peso mais elevado, maiores foram os escores para o comer transtornado.

Com a escassez de estudos em nutricionistas, ressalto o estudo proposto por Izydorczyk et al. (2020), que avaliou 514 homens e mulheres poloneses, foi apresentado que as mulheres mantêm seu comportamento restritivo apesar de seu IMC adequado e da falta de indicações médicas para esses comportamentos. Além disso, a preocupação com o ganho de peso mostrou um impacto significativo no comportamento restritivo em relação à alimentação no grupo de mulheres examinadas, de modo que quanto maior o medo da obesidade e a preocupação com o peso corporal, menor a tendência ao comportamento restritivo nas mulheres. Pode-se supor que um forte medo de ganhar peso pode desorganizar o padrão restritivo de reação em mulheres jovens e saudáveis, interferindo, deste modo, a manutenção de dietas restritivas e a dificuldade de manutenção de peso.

Em relação à satisfação com a aparência geral e com as áreas do corpo, encontramos em ambas uma correlação significativa negativa com o comer transtornado. Também relatado por Gutierrez e colaboradores. (2019), em uma amostra com estudantes de nutrição, foi referido que 86% dos participantes com risco moderado para comportamentos alimentares inadequados possuíam insatisfação corporal, e 74,4% dos que possuíam alto risco para comportamentos alimentares inadequados apresentavam insatisfação. Ambos os resultados foram significativamente diferentes dos estudantes que não apresentavam risco para transtornos alimentares. Além disso, os participantes que escolheram silhuetas mais finas tiveram quase três vezes mais chances de apresentar comportamentos alimentares de risco em comparação a aqueles satisfeitos com a forma do corpo.

Avaliando-se os profissionais da área da nutrição, temos, portanto, que a insatisfação corporal apresenta sua associação significativa com atitudes alimentares transtornadas e com comportamentos de risco para transtorno alimentar, evidenciado pelo presente estudo com nutricionistas e também pelo estudo estudantes de nutrição. Sendo assim, sabe-se que os profissionais e os estudantes, mesmo recebendo conteúdos sobre saúde durante a sua graduação e vida profissional, apresentam alterações alimentares em função da imagem corporal.

Sobre o investimento na aparência, tanto a dedicação com a aparência quanto influência das crenças e das questões socioculturais na aparência apresentaram uma correlação significativa positiva com o comer transtornado. Este achado se assemelha ao apresentado por Michou e Costarelli (2011), que apresentou que das 154 mulheres do seu estudo, 20 apresentavam atitudes alimentares transtornadas, avaliadas pelo EAT-26, e todas elas obtiveram também altos níveis investimento na aparência, avaliados pelo MBSRQ, em comparação com as mulheres que não tiveram índices de atitudes alimentares transtornadas. Também em relação ao encontrado neste

estudo, podemos citar o achado de Freitas e colaboradores (2017), que estudou a relação da desejabilidade social, que é a tendência de mostrar uma imagem culturalmente aceitável, a fim de evitar opiniões negativas de outras pessoas, e o comportamento alimentar em 149 estudantes de nutrição de Portugal, encontrando que as estudantes do sexo feminino apresentavam maiores índices de desejabilidade social em comparação aos homens, e em mulheres foi encontrada uma correlação significativa negativa entre comer emocional (responder as emoções com comida), comer externo (comer em resposta ao cheiro e a visão da comida) e compulsão alimentar com desejabilidade social, ou seja, quando menor a tendência a mostrar uma imagem “aceitável”, maior os comportamentos alimentares inadequados. Portanto, tanto os achados na população de mulheres quando em estudantes de nutrição, apesar das divergências entre o público e as avaliações realizadas, podemos notar que o investimento na aparência para dedicar-se à apresentar uma aparência aceitável, a desejabilidade social e a influência das crenças e questões socioculturais apresentam uma associação significativa com atitudes alimentares transtornadas e também com o comer emocional, ou seja, responder às emoções com os alimentos.

Em relação a ansiedade, tanto STAI-T quanto o STAI-S se correlacionaram significativamente de forma positiva com as atitudes alimentares transtornadas, de modo que quanto mais pontuações para ambos os tipos de ansiedade, maiores foram os escores para o comer transtornado. Novamente, o Michou & Costarelli (2011), mostrou que as mulheres com índices de atitudes alimentares transtornadas também apresentaram altos níveis de ansiedade, avaliados também pelo STAI. Sendo assim, observamos a significância na correlação entre as variáveis do comer transtornado e da ansiedade tanto em nutricionistas quanto em mulheres, evidenciando a relação do estado emocional também presente ao se constatar índices de atitudes alimentares transtornadas.

O presente estudo possui algumas limitações, pois por se tratar de uma pesquisa online com profissionais da área da saúde, talvez estes possam ter apresentado respostas dentro do que se é “desejado” na classe profissional. Os profissionais não foram questionados sobre um diagnóstico prévio de transtornos alimentares. E, por fim, os participantes não foram questionados sobre as condições socioeconômicas para posterior classificação.

7. CONCLUSÃO

Como conclusão deste estudo, nós podemos notar que não foram encontrados escores elevados de atitudes alimentares transtornadas, investimento na aparência, influência das crenças e dos aspectos socioculturais na imagem corporal, preocupação com o sobrepeso, autoclassificação do peso e ansiedade. E, do mesmo modo, não foram encontrados escores baixos de satisfação com a aparência geral nem com as áreas do corpo. Sendo assim, a primeira, a segunda, e a terceira hipóteses do estudo foram refutadas.

Além disso, os achados deste estudo demonstram que nesta população estudada de nutricionistas clínicos foram encontrados resultados significativos de correlação das atitudes alimentares transtornadas de forma positiva com o IMC, o investimento na aparência, a preocupação com sobrepeso, a autoclassificação do peso, a influência das crenças e dos aspectos socioculturais na imagem corporal e com a ansiedade. E negativas foram observadas entre o comer transtornado e a satisfação com a imagem corporal. Do mesmo modo, a ansiedade apresentou correlação significativa positiva com as atitudes alimentares transtornadas, o IMC, o investimento na aparência, a preocupação com sobrepeso, a autoclassificação do peso e com a influência das crenças e dos aspectos socioculturais na imagem corporal. E negativas foram encontradas entre a ansiedade e a satisfação com a imagem corporal. Estes resultados confirmaram, portanto, a quarta e quinta hipóteses do estudo.

Estes achados representam uma importante avaliação da população de nutricionistas do Brasil, de modo a caracterizar e interpretar atitudes, comportamentos, cognições e sentimentos em relação às variáveis da alimentação, da imagem corporal e da ansiedade, que refletem o estado de saúde físico e psicológico. Além disso, é importante levantar reflexões sobre temáticas e alertas para os riscos nesta classe profissional, a qual está constantemente em contato com conteúdos sobre alimentação e padrões corporais. Além disso, é importante planejar maneiras de abordar os riscos desde a graduação, até durante a vida profissional, para que estes profissionais possam se estar atentos ao autocuidado e também estarem alertas sobre as formas de transmitir ideias de alimentação e imagem corporal para a sociedade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. S.; NASCIMENTO, P. C. B. D.; LAUS, M. F. Determinantes Ambientais do Comportamento Alimentar e da Obesidade. **Psicobiologia do Comportamento Alimentar**. Pag. 63. 2013.

ALVARENGA, M. S.; KORITAR, P.; MORAES, J. Atitude e comportamento alimentar – determinantes de escolhas e consumo. **Nutrição Comportamental**. 2ª Ed. Manole. 2019.

ALVARENGA, M. S.; SCAGLIUSI, F. B. Development and Validity of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). **Perceptual and Motor Skills**, 2010, 110, 2, 379-395.

ALVARENGA, M. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. **Rev. psiquiatr. clín.** vol.38 no.1 São Paulo. 2011.

ALVARENGA, M. S.; SANTOS, T. S. S.; ANDRADE, D. Item Response Theory-based validation of a short form of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS-s) to a Brazilian sample. **Cad. Saúde Pública**. 2020; 36(2):e00169919.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª ed.). Porto Alegre, RS. Artmed, 2014.

APARICIO-MARTINEZ P.; PEREA-MORENO, A. J.; MARTINEZ-JIMENEZ, M. P.; REDEL-MACÍAS, M. D.; PAGLIARI, C; VAQUERO-ABELLAN, M. Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. **Int. J. Environ. Res. Public Health** 2019, 16, 4177.

ARAÚJO, K. L; PENA, P. G. L; FREITAS, M. C. S; DIEZ-GARCIA, R. W. Estigma do Nutricionista com Obesidade no Mundo de Trabalho. **Rev. Nutr.**, Campinas, 28(6):569-579, nov./dez., 2015.

ARGYRIDES, M; KKELI, N. Multidimensional body-self relations questionnaire– appearance scales: psychometric properties of the greek version. **Psychological Reports**. 2013.

CAMPANA, A. N. N. B; TAVARES, M. C. G. C. F. Avaliação da Imagem Corporal. Instrumentos e diretrizes para pesquisa. São Paulo: Phorte, 2009. p21-42.

CASH, T. F; FLEMING, E. C. The Impact of Body Image Experiences: Development of the Body Image Quality of Life Inventory. **Int J Eat Desord**. 2002.

CASH, T. F. (2000) Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ) user's manual, 3rd edn. Old Dominion University Press, Norfolk.

DELANEY, M; MCCARTHY, M. B. Saints, sinners and non-believers: the moral space of food. A qualitative exploration of beliefs and perspectives on healthy eating of Irish adults aged 50–70. **Appetite**. 2014. 105–113.

FIATES, G. M. R.; SALLES, R. K. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: Um estudo em universitárias. *Rev. Nutr.*, Campinas, 14 (suplemento): 3-6, 2001.

FIORAVANTI-BASTOS, A. C. M; CHENIAUX, E; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Development and validation of a short-form version of the Brazilian State-Trait Anxiety Inventory. **Psicol: Reflexão Crítica**. 2011; 24(3): 485-494.

FORTES, L. S; ALMEIDA, S. S; FERREIRA, M. E. C. Do training regimen and competitive level affect body image dissatisfaction (leanness and muscle tone) in female athletes? **Rev Bras Med Esporte**. Vol. 25, No. 5. 2019.

FORTES, L. S; ALMEIDA, S. S; FERREIRA, M. E. C. Influência da ansiedade nos comportamentos de risco para os transtornos alimentares em ginastas. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**. p.546-553. 2013.

FREITAS, D; OLIVEIRA, B. M; CORREIRA, F; PINHÃO, S; POÍNHOS, R. Eating behaviour among nutrition students and social desirability as a confounder. **Appetite**. Vol.113. 2017. p.187-192.

FREITAS, M. C. S., FONTES, G. A. V., & OLIVEIRA, N., orgs. **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura [online]**. Salvador: EDUFBA, 2008. 422 p. ISBN 978-85-232-0543-0.

GUTIÉRREZ, M. C. D; BILBAO & MORCELLE, G. M; SANTONCINI, C. U; ESPINOSA, A. M; IZETA, E. I. E; CARRIEDO, A. P. Relationship between nutritional status, body dissatisfaction and risky eating behaviors in Nutrition students. **Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios**. 2019; 10(1): 53-65.

HERLE, M. P. et al. The association between emotional eating and depressive symptoms: a population-based twin study in Sri Lanka. **Global Health, Epidemiology and Genomics**. 2019. 4, e4, 1–7.

IZYDORCZYK, B.; SITNIK-WARCHULSKA, K.; LIZIŃCZYK, S.; LIPOWSKA, M. Socio-Cultural Standards Promoted by the Mass Media as Predictors of Restrictive and Bulimic Behavior. **Frontiers in Psychiatry**. Vol.11. 2020. p.506.

JARRY, J. L; DIGNARD, N. A. L; O'DRISCOLL, L. M. Appearance investment: The construct that changed the field of body image. **Body Image**. 2019.

JANJETIC, M. A; ROSSI, M. L; ACQUAVÍA, C; DENEVÍ, J; MARCOLINI, C; TORRESANI, M. E. Association Between Anxiety Level, Eating Behavior, and Nutritional Status in Adult Women. **Journal of the American College of Nutrition**. 2019.

KIRSTEN, V. R.; FRATTON, F.; N. B. D. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. *Rev. Nutr., Campinas*, 22(2):219-227, mar./abr., 2009.

KORINTH, A.; SCHIESS, A.; WESTENHOEFER, J. Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition*: 13(1), 32–37. 2009.

KORITAR, P; ALVARENGA, M. S. Fatores relevantes para uma alimentação saudável e para estar saudável na perspectiva de estudantes de Nutrição. *Demetra*; 2017; 12(4); 1031-1051.

KRAEMER, F. B.; PRADO, S. D.; FERREIRA, F. R.; CARVALHO, M. C. V. S. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1337-1359, 2014.

LAUS, M. F. Investimento psicológico disfuncional na aparência: seriam os relacionamentos amorosos fatores de proteção? Relatório Científico (Pós-Doutorado). Ribeirão Preto: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. 10 de dezembro de 2017. Processo No. 2013/04357-0.

LAUS, M. F; VALES, M. D. M. F; OLIVEIRA, N. G; BRAGA COSTA, T. M; ALMEIDA, S. S. Brazilian version of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales (MBSRQ-AS): translation and psychometric properties in adults. **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**. Springer Nature Switzerland AG, 2019.

MAHN, H. M; LORDLY, D. A Review of Eating Disorders and Disordered Eating amongst Nutrition Students and Dietetic Professionals. **Can J Diet Pract Res**. 2015;76:38–43.

MARTÍN, J.; AROSTEGUI, I.; LOROÑO, A.; PADIERNA, A.; NAJERA-ZULOAGA, J.; QUINTANA, J. M. Anxiety and depressive symptoms are related to core symptoms, general

health outcome, and medical comorbidities in eating disorders. *Eur Eat Disorders Rev.* 2019;1–11.

MOREIRA, R. C. M; BRAGA COSTA, T. M. A Complexidade e as Nuanças do Comportamento Alimentar. **Psicobiologia do Comportamento Alimentar.** p. 35-36. 2013.

OHARA, K;. et al. Association of Anthropometric Status, Perceived Stress, and Personality Traits With Eating Behavior in University Students. **Eat Weight Disord.** 2019.

OLIVEIRA, T. C. **A relação entre a auto imagem corporal e o risco de transtornos alimentares em estudantes do curso de nutrição em Cuiabá-MT.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Mato Grosso – Faculdade de Nutrição. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. 2008. [acesso em 14 de fev 2019]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>>.

OSMAN, O. T; EMAM, E; ZOUBEIDI, T; AL-MUGADDAM, F; SOUID, A-K. Psychological Assessment of Emirati Patients Pursuing Bariatric Surgery for Obesity. **Prim Care Companion CNS Disord.** 2017.

PONTIM, M. E. M. S. **Imagem Corporal e Atitudes Alimentares Desordenadas em Estudantes de Nutrição nos Diferentes Anos de Graduação.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Ribeirão Preto – Faculdade de Nutrição. 2019.

SANTOS, S.F; SALLES, A. D. Antropologia de uma academia de musculação: um olhar sobre o corpo e um espaço de representação social. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte.** São Paulo. Vol.23. No.2. p.87-102.2009.

SILBERG, J. L; BULIK, C. M. The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls. **Journal of Child Psychology and Psychiatry.** 46:12. 2005. p.1317–1326.

SILVA, L; GOMES, A. R. Desordens alimentares no desporto: situação atual e perspectivas futuras no estudo dos fatores psicológicos. **Psicol Clín.** 2012; 24(2): 83-100.

TAGARANO, R; ALVARENGA, M. Fundamentos teóricos sobre mudança comportamental. **Nutrição Comportamental**.p.1-4. 2ª Ed. Manole. 2019.

TREMELLING, K; SANDON, L; VEJA, G. L; MCADAMS, C. J. Orthorexia Nervosa and Eating Disorder Symptoms in Registered Dietitian Nutritionists in the United States. **J Acad Nutr Diet**. 2017. 117:1612-1617.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global data base on Body Mass Index. Geneva: WHO; 2006. [acesso em 14 fev. 2019]. Disponível em: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>.

WILLIAMS, L. T; BARNES, K; BALL, L; ROSS, L. J; SLADDIN, I; MITCHELL, L. J. How Effective Are Dietitians in Weight Management? A Systematic Review and Meta Analysis of Randomized Controlled Trials. **Healthcare**. 2019.

WOLF, N. **O mito da beleza:** como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Tradução Waldéa Barcellos. 10ª Edição. Rio de Janeiro. Rosa dos Tempos, 2020. 490 p. Título original: The beauty myth: how images of beauty are used against women. ISBN 978-85-01-11352-8.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Você está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa: “Caracterização do Comportamento Alimentar Transtornado, Imagem Corporal e Ansiedade de Nutricionistas” e que tem como objetivo investigar comportamentos disfuncionais em relação à alimentação, à autopercepção da Imagem Corporal, preocupação com o peso, a satisfação com o próprio corpo e nível de investimento saudável e não saudável na aparência, e a presença de ansiedade.

A sua participação no referido estudo será na forma de preenchimento de uma pesquisa *on-line* através do sistema *Google Forms*. A pesquisa é constituída por um conjunto de instrumentos e perguntas (Questionário de Caracterização da Amostra, Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas, Questionário Multidimensional Sobre Relações com o Próprio Corpo / Escalas de Aparência, Inventário de Esquemas sobre Aparência, Inventário de Ansiedade Traço-Estado) as quais levarão o tempo aproximado de 15 (quinze) minutos e poderá ser respondida em qualquer lugar que tenha acesso a internet. Alertamos que pode conter um mínimo de risco de sentir-se desconfortável com alguma pergunta durante a realização e, caso ocorra, sinta-se livre para desistir da sua participação sem qualquer prejuízo.

Informamos que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar será mantido em sigilo. Nós, pesquisadores, tomamos a responsabilidade pela guarda e confidencialidade dos dados.

É assegurado o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, tudo que queira saber antes, durante e após a sua participação. Se precisar de alguma assistência, os pesquisadores poderão indicar serviços públicos de saúde na localidade em que reside. Em casos excepcionais, o coordenador da pesquisa, que atua como psicólogo, Dr. Sebastião de Sousa Almeida, poderá prestar assistência, fazendo o correto encaminhamento para o Serviço de Psicologia Aplicada da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Ressalta-se que as opções de assistências estão sujeitas a viabilidade e demanda. Caso venha a precisar de alguma assistência, deverá entrar em contato com os pesquisadores através dos dados informados no final do presente termo.

O benefício dessa pesquisa será de produzir conhecimento científico sobre a classe profissional nutricionistas. Com isso será possível promover mais conhecimento a respeito das atitudes alimentares transtornadas, da imagem corporal e da ansiedade, a fim de proporcionar reflexões que podem contribuir para a profissão, desde sua formação até sua atuação na área de

trabalho. O relatório final deste trabalho estará a disposição das partes envolvidas que solicitarem e será enviado para o e-mail registrado pelo participante.

Ao finalizar esta pesquisa, você receberá uma cópia do presente termo no formato pdf no e-mail que deixar registrado.

Se está ciente de todos os termos, aceita participar da pesquisa e deseja começar, clique em “Sim”. Se não deseja continuar e não quer participar da pesquisa, clique em “Não” e a pesquisa será automaticamente finalizada e nenhum dado será registrado sem nenhum tipo de prejuízo a você.

Esclarecimentos da pesquisa:

Paula Victoria Sozza Silva – Pesquisadora responsável

Telefone para contato: (16) 9 8837-9675 / e-mail: paula.victoria.silva@usp.br

Endereço pessoal: Rua José Jorge de Freitas, 233. Jd. Manoel Penna. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa – Orientadora da pesquisa

Telefone para contato: (16) 9 9994-0969 / e-mail: tbraga@unaerp.br

Endereço pessoal: Avenida Arnaldo Victaliano, 971. Apto 134. Jardim Iguatemi. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Laboratório de Nutrição e Comportamento – Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto - USP

APÊNDICE B – Questionário de Caracterização da Amostra

1. Instituição de Graduação	Privada () Pública ()
2. Conclusão da Graduação	Até um ano () De 1 a 5 anos () De 5 a 10 anos () Mais que 10 anos ()
3. Tempo de Atuação como Nutricionista	Até um ano () De 1 a 5 anos () De 5 a 10 anos () Mais que 10 anos ()
4. Trabalha atualmente na área clínica	Sim () Não ()
5. Idade	18 a 30 () 30 a 50 () Mais que 50 ()
6. Sexo	Feminino () Masculino () Prefiro não responder ()
7. Cor da pele referida	Branco () Negro () Pardo () Amarelo ()
8. Estado Civil	Solteiro (a) () União Estável () Casado (a) () Divorciado (a) () Viúvo (a) ()
9. Com quem reside?	Sozinho (a) ()

	Com parceiro (a) () Com família (Pais, irmãos, avós) ()
10. Peso (kg)	
11. Altura (m)	
12. IMC (kg/m ²)	Abaixo de 18,5 () 18,5 a 24,9 () 25 a 29,9 () 30 a 34,9 () Acima de 35 ()
13. Possui diagnóstico de Diabetes (DM)	Sim () Não ()
14. Possui diagnóstico de Hipertensão (HAS)	Sim () Não ()
15. Possui diagnóstico de outra doença crônica	Sim () Não ()
16. Fumo	5 a 7 vezes na semana () 1 a 3 vezes na semana () Não ()
17. Com que frequência consome bebida que contenha álcool?	5 a 7 vezes na semana () 1 a 3 vezes na semana () Não ()
18. Quantas bebidas contendo álcool consome em um dia normal?	0 a 2 () 3 a 5 () 6 a 10 () Mais que 10 ()

19. Qual tipo de bebida alcoólica?	Destilados (Vodka, whisky, pinga) () Fermentados (Cerveja, Vinhos) () Não consumo ()
20. Prática de Exercício Física	5 a 7 vezes na semana () 1 a 3 vezes na semana () Não ()

ANEXO A – Disordered Eating Attitude Scale (DEAS-s)

1 - Comer é algo natural para você?

☐ Sim ☐ Não

2 - Você fica sem comer ou à base de líquidos, por um dia ou mais, achando que isto pode emagrecer?

☐ Sim ☐ Não

3 - Você conta calorias de tudo que come?

☐ Sim ☐ Não

4 - Você costuma “pular” refeições para evitar o ganho de peso?

☐ Sim ☐ Não

5 - Comer faz você se sentir “suja”?

☐ Sim ☐ Não

6 - Você gostaria de não precisar se alimentar?

☐ Sim ☐ Não

7 - Quando você come uma quantidade de alimentos maior do que a de costume, qual é o seu comportamento depois:

☐ Volta a se alimentar de forma habitual

☐ Considera que perdeu o controle e continua comendo ainda mais

☐ Decide fazer algum tipo de dieta, para compensar

☐ Utiliza alguma forma de compensação, como atividade física, vômitos, laxantes e diuréticos

8 - Eu sinto culpa quando como um alimento que eu havia decidido não comer por algum motivo.

☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente/nunca

9 - Eu deixo de comer algum alimento se souber que ele tem mais calorias do que eu imaginava.

☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente/nunca

10 - Preocupo-me com o quanto um alimento ou refeição pode me engordar.

☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente/nunca

11 - Tenho raiva de sentir fome.

☐ Frequentemente ☐ Raramente

12 - Tenho dificuldade em escolher o que comer, porque sempre acho que deveria comer menos e/ou a opção com menos calorias.

☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente/nunca

13 - Eu procuro comer pouco na frente dos outros para depois exagerar quando estou sozinha.

☐ Frequentemente ☐ Raramente

14 - Eu tenho medo de começar a comer e não parar mais.

☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente/nunca

15 - Sonho com uma “pílula” que substitua a refeição.

☐ Frequentemente ☐ Raramente

16 - Em festas e buffets, fico nervosa e/ou descontrolada, em função da grande oferta de comida.

☐ Frequentemente ☐ Raramente

17 - Minha relação com a comida atrapalha minha vida como um todo.

☐ Frequentemente ☐ Raramente

ANEXO B - *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire – Appearance Scales*
(MBSRQ / AS)

QUESTIONÁRIO MULTIDIMENSIONAL SOBRE AS RELAÇÕES COM O PRÓPRIO CORPO – ESCALAS DE APARÊNCIA					
<p>As páginas seguintes contém uma série de afirmações sobre como as pessoas podem pensar, se sentir ou se comportar. Pede-se que você indique o quanto cada uma dessas afirmações corresponde a você.</p> <p>Suas respostas às afirmações deste questionário são anônimas; portanto, por favor, não escreva seu nome em nenhum lugar. Para completar o questionário, leia cada afirmação cuidadosamente e decida o quanto ela corresponde a você. Usando a escala apresentada abaixo, anote sua resposta.</p>					
	Discordo completamente	Discordo mais do que concordo	Não concordo nem discordo	Concordo mais do que discordo	Concordo completamente
1. Antes de sair em público, eu sempre noto como está a minha aparência.	()	()	()	()	()
2. Eu tomo o cuidado em comprar roupas que irão me deixar com a melhor aparência.	()	()	()	()	()
3. Meu corpo é sexualmente atraente.	()	()	()	()	()
4. Eu me preocupo constantemente sobre estar ou ficar gordo.	()	()	()	()	()
5. Eu gosto da minha aparência exatamente como é.	()	()	()	()	()
6. Eu confiro minha aparência em um espelho sempre que posso.	()	()	()	()	()
7. Antes de sair, eu, geralmente, gasto muito tempo me arrumando.	()	()	()	()	()

8. Eu presto atenção às mínimas mudanças no meu peso.	()	()	()	()	()
9. A maioria das pessoas me consideraria atraente.	()	()	()	()	()
10. É importante que eu sempre tenha uma boa aparência.	()	()	()	()	()
12. Eu gosto da minha aparência quando estou sem roupas.	()	()	()	()	()
13. Eu fico constrangido se não estou bem arrumado.	()	()	()	()	()
15. Eu gosto de como minhas roupas ficam em mim.	()	()	()	()	()
17. Eu tomo bastante cuidado com a arrumação do meu cabelo.	()	()	()	()	()
21. Eu estou sempre tentando melhorar minha aparência física.	()	()	()	()	()
22. Eu estou fazendo uma dieta para perder peso.	()	()	()	()	()

Para o restante das afirmações, use a escala de respostas dada abaixo.					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
23. Já tentei perder peso ficando sem comer ou fazendo dietas radicais.	()	()	()	()	()
	Muito abaixo do peso	Um pouco abaixo do peso	Com peso normal	Um pouco acima do peso	Muito acima do peso
24. Eu acho que estou:	()	()	()	()	()

25. De olhar para mim, a maioria das pessoas pensaria que estou:	()	()	()	()	()
26-34. Use a escala abaixo para indicar <u>o quão insatisfeito ou satisfeito você está</u> com cada área ou aspecto do seu corpo:					
	Muito insatisfeito	Em grande parte insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Em grande parte satisfeito	Muito satisfeito
26. Rosto (características faciais, aspecto geral)	()	()	()	()	()
27. Cabelos (cor, espessura, textura)	()	()	()	()	()
28. Parte inferior do corpo (nádegas, quadris, coxas, pernas)	()	()	()	()	()
29. Parte mediana do corpo (cintura, barriga)	()	()	()	()	()
30. Parte superior do corpo (peito ou seios, ombros, braços)	()	()	()	()	()
31. Tônus muscular	()	()	()	()	()
32. Peso	()	()	()	()	()
33. Altura	()	()	()	()	()
34. Aparência geral	()	()	()	()	()

ANEXO C – *Appearance Schemas Inventory - Revised* (ASI - R):

Inventário de Esquemas Sobre a Aparência

Caro participante,

As frases abaixo são crenças que as pessoas podem ou não vir a ter a respeito sobre sua aparência física e a influência delas na sua vida. Decida o quanto você concorda ou discorda com cada frase e escolha uma opção de resposta de 1 a 5. Não há respostas certas ou erradas. Apenas seja sincero(a) sobre suas crenças pessoais.

- 1. Discordo completamente;**
- 2. Discordo mais que concordo;**
- 3. Nem concordo nem discordo;**
- 4. Concordo mais do que discordo;**
- 5. Concordo completamente.**

	1	2	3	4	5
2- Quando vejo as pessoas de boa aparência, eu fico imaginando se a minha aparência é tão boa quanto a delas.					
7- Quando algo faz eu me sentir bem ou mal sobre minha aparência, isso não me sai da cabeça.					
13- Quando eu conheço alguém pela primeira vez, fico imaginando o que essa pessoa acha da minha aparência.					
14- No meu dia a dia, acontecem muitas coisas que me fazem pensar sobre minha aparência.					
15 – Se eu não gosto da minha aparência em um dia qualquer, fica difícil me sentir feliz sobre outras coisas.					
16 – Eu fico fantasiando sobre como seria se a minha aparência fosse melhor.					

ANEXO D - *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI)– Versão Curta

Appendix A

Portuguese version of the STAI-S-6 (top) and STAI-T-6 (bottom)

Nome _____ Data da aplicação _____
 Idade _____ Estado Civil _____ Sexo _____
 Nível de instrução _____ Profissão _____

PARTE I

Leia cada afirmativa abaixo e faça um círculo ao redor do número que melhor indique como você se sente AGORA, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente NESTE MOMENTO

AVALIAÇÃO

	1.....	2.....	3.....	4.....
	Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
1- Sinto-me calmo(a).....	1	2	3	4
2- Estou tenso(a).....	1	2	3	4
3- Sinto-me à vontade.....	1	2	3	4
4- Sinto-me nervoso(a).....	1	2	3	4
5- Estou descontraindo(a).....	1	2	3	4
6- Estou preocupado(a).....	1	2	3	4

PARTE II

Leia cada afirmativa abaixo e faça um círculo ao redor do número que melhor indique como você GERALMENTE se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente GERALMENTE

AVALIAÇÃO

	1.....	2.....	3.....	4.....
	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1- Sou calmo(a), ponderado(a) e senhor(a) de mim mesmo(a).....	1	2	3	4
2- Preocupo-me demais com coisas sem importância.....	1	2	3	4
3- Sinto-me seguro(a).....	1	2	3	4
4- Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento.....	1	2	3	4
5- Sinto-me nervoso(a) e inquieto(a).....	1	2	3	4
6- Tomo decisões facilmente.....	1	2	3	4