UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**Alimentação saudável na perspectiva dos estudantes de Nutrição do estado
de São Paulo**

Priscila Koritar

São Paulo
2018

Prof. Dr. Vahan Agopyan
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Victor Wunsch Filho
Diretor da Faculdade de Saúde Pública

Prof^a. Dr^a. Patricia Constante Jaime
Chefe do Departamento de Nutrição

Prof^a. Dr^a. Dirce Maria Lobo Marchioni
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Nutrição em Saúde Pública

Alimentação saudável na perspectiva dos estudantes de Nutrição do estado de São Paulo

Priscila Koritar

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública

Orientadora: Prof^a. Dra. Marle dos Santos Alvarenga

Versão corrigida

São Paulo

2018

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

AGRADECIMENTOS

A Deus por seu amor e sua graça constante em minha vida.

À Profa. Dra. Marle dos Santos Alvarenga, que tem estado ao meu lado desde o segundo ano da graduação me incentivando, me orientando, acreditando em mim e com quem tenho aprendido um jeito diferente de olhar para a Nutrição.

Ao Guilherme, meu amor, por dividir comigo sonhos, a paixão pelos estudos, as dificuldades inerentes à pesquisa e a vontade de ser melhor, todos os dias.

Aos meus pais, Norbert e Marisa, pois sem saberem, foram naturalmente meus primeiros professores de Nutrição, fazendo com que ter uma alimentação saudável fosse algo simples e natural para mim.

Ao meu irmão, Felipe, que sempre foi meu grande exemplo de dedicação nos estudos e sempre me incentivou na vida acadêmica.

À equipe do GENTA e do PROTAD, que tiveram um papel fundamental para percepção a que tenho hoje de alimentação, saúde e Nutrição.

À equipe do *Observatori de l'Alimentació (ODELA) – Universitat de Barcelona*, em especial aos Profs. Drs. Jesús Contreras, Cristina Larrea Killinger, Joan Ribas e à amiga e companheira de pesquisa Maria Clara de Moraes Prata Gaspar, por compartilharem seus conhecimentos em Antropologia da Alimentação e pesquisa qualitativa. Realizar o estágio de doutorado com esses grandes especialistas ampliou minha percepção de alimentação saudável.

À Profa. Dra. Bettina Gerken Brasil e à Profa. Maria Cristina Gaspar, que têm acreditado em mim e possibilitado a transformação de um sonho em realidade, por meio da docência.

Às minhas amigas Fernanda Agapito, Kelly Giudici, Andréia Cardoso, Andréa Toledo, Natália Castro, Clarissa Fujiwara e Ariana Fernandes, que por mais de uma década, compartilham comigo a paixão pela Nutrição, o desejo de desvendar os mistérios dessa ciência e de torná-la um bem para a nossa sociedade, e à amiga Susan Amorim, que sempre acreditou no meu potencial.

À toda equipe do NutriHS, em especial à Profa. Dra. Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivolo, por juntos nos propormos a “conhecer Nutrição e gerar saúde”.

Às instituições de ensino que aceitaram a parceria e acreditaram na importância desse estudo.

Aos meus alunos que me inspiram a pesquisar e atuar na formação do nutricionista.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento da pesquisa.

RESUMO

Koritar P. Alimentação saudável na perspectiva dos estudantes de Nutrição do estado de São Paulo. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2018.

Introdução: A alimentação é um dos fatores determinantes da saúde. Estudantes de Nutrição, quando formados, atuarão com base em sua percepção de alimentação saudável para promover, manter e recuperar a saúde por meio da alimentação. Por isso, sua percepção de alimentação saudável, que é variável e influenciada por múltiplos fatores, pode impactar a saúde e o atual cenário epidemiológico. **Objetivo:** explorar a percepção de alimentação saudável de estudantes de Nutrição do estado de São Paulo. **Materiais e métodos:** uma amostra de 625 estudantes de graduação em Nutrição de 42 instituições públicas e privadas localizadas em 25 municípios do estado de São Paulo, participantes do Estudo de Saúde dos Nutricionistas respondeu, de forma *online*, um questionário com abordagem quantitativa e qualitativa desenvolvido para avaliar a percepção de alimentação saudável, a Escala de Silhuetas Brasileiras, a subescala Relação com a comida da Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas, um questionário para avaliar comportamento de risco para transtornos alimentares (TA), além de questões de caracterização da amostra. Foram investigadas a associação entre a percepção de alimentação saudável e tipo de instituição, fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamento de risco para TA, satisfação corporal por meio do teste qui-quadrado; a relação entre a percepção de alimentação saudável e relacionamento com a comida por meio do teste de Mann Whitney; e a predição da percepção de alimentação saudável a partir das variáveis do estudo por meio de um modelo de Árvore de Classificação e Regressão. **Resultados:** Dos estudantes, 82,4% eram provenientes de instituições privadas, tinham em média 23,42 anos (DP=2,96), 93,4% eram do sexo feminino, 70,2% era eutrófica, 23,2% relataram algum comportamento de risco para TA, 85,0% estavam insatisfeitos com sua imagem corporal, 71,5% entendiam alimentação saudável exclusivamente do ponto de vista biológico e 28,5% consideravam alimentação saudável como um fenômeno biopsicossociocultural. A percepção de alimentação saudável esteve associada ao tipo de instituição de ensino e fase da graduação, sendo que estudantes de instituições públicas e no final da graduação, entendiam, em maior frequência, alimentação saudável como aquela que considera aspectos biopsicossocioculturais ($p<0,001$, para ambos). Não foram encontradas associações entre percepção de alimentação saudável e sexo ($p=0,910$), estado

nutricional ($p=0,552$), comportamento de risco para TA (0,382) e satisfação corporal ($p=0,352$), nem relação entre percepção de alimentação saudável e relacionamento com a comida ($p=0,159$). A percepção de alimentação saudável pôde ser predita, com precisão de 66,4%, principalmente a partir do tipo de instituição, da percepção da função do nutricionista, do semestre da graduação, do nível de atividade física, do uso de artigos científicos como fonte de informação, da percepção corporal e da atitude com relação à manteiga, sendo o tipo de instituição de ensino o fator mais importante para classificar os estudantes segundo a percepção biológica e biopsicossociocultural da alimentação. **Conclusão:** A maior parte dos estudantes entende que a percepção de alimentação saudável está relacionada, principalmente, aos aspectos biológicos. Enquanto que uma parcela menor entende a alimentação saudável como um fenômeno biopsicossociocultural. A percepção de alimentação saudável esteve associada ao tipo de instituição de ensino e fase da graduação e não esteve associada a sexo, estado nutricional, comportamento de risco para TA, satisfação corporal e relacionamento com a comida. O estudo oferece como contribuição uma ferramenta para predição da percepção de alimentação saudável dos estudantes e uma reflexão sobre a formação do nutricionista, servindo de base para a proposição de estratégias de ensino que promovam a visão biopsicossociocultural da alimentação, saúde e Nutrição.

Descritores: saúde, alimentação, ciências da nutrição, ensino superior, estudantes, nutricionistas

ABSTRACT

Koritar P. [Healthy eating in the perspective of Nutrition students of the state of São Paulo] [thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2018.

Introduction: Food is one of the determinants of health. Students of Nutrition, when graduated, will act based on their perception of healthy eating to promote, maintain and restore health through foods. Therefore, their perception of healthy eating, which is variable and influenced by multiple factors, can impact health and the current epidemiological scenario. **Objective:** to explore the perception of healthy eating among students of Nutrition in the state of São Paulo - Brazil. **Materials and methods:** a sample of 625 undergraduate students of Nutrition from 42 public and private institutions located in 25 municipalities of the state of São Paulo, participants of the Health Study of Nutritionists, answered online, a questionnaire with quantitative and qualitative approach developed to evaluate the perception of healthy eating, the Figure Rating Scales for Brazilian Adults, the subscale Relation with food of the Disordered Eating Attitude Scale, a questionnaire to evaluate risk for eating disorders (ED), and questions of characterization of the sample. We investigated the association between the perception of healthy eating and type of institution, graduation phase, sex, nutritional status, risk for ED, body satisfaction through the chi-square test; the relation between the perception of healthy eating and relationship with food through the Mann Whitney test; and the prediction of healthy eating perception from the study variables through a Classification and Regression Tree model. **Results:** Of the students, 82.4% came from private institutions, had a mean of 23.42 years (SD = 2.96), 93.4% were female, 70.2% had normal weight, 23, 2% reported some risk behavior for ED, 85% were dissatisfied with their body image, 71.5% considered healthy eating exclusively from a biological point of view and 28.5% considered healthy eating as a biopsychosociocultural phenomenon. The perception of healthy eating was associated with the type of institution and undergraduate phase, and students from public institutions and at the end of the undergraduate course understood, more frequently, healthy eating as the one that considers biopsychosociocultural aspects ($p < 0.001$, for both). There were no associations between healthy eating perception and sex ($p = 0.910$), nutritional status ($p = 0.552$), risk behavior for ED ($p = 0.382$) and body satisfaction ($p = 0.352$), nor relation between healthy eating perception and relationship with food ($p = 0.159$). The perception of healthy eating could

be predicted with an accuracy of 66.4%, mainly from the type of institution, the perception of the function of the dietitian, the graduation semester, the level of physical activity, the use of scientific articles as a source of information, body perception and attitude towards butter, and the type of institution is the most important factor to classify students according to the biological and biopsychosociocultural perception of healthy eating. **Conclusion:** Most students understand that the perception of healthy eating is mainly related to biological aspects. While a smaller portion understands healthy eating as a biopsychosociocultural phenomenon. The perception of healthy eating was associated with the type of institution and graduation phase and was not associated with gender, nutritional status, risk for ED, body satisfaction and relationship with food. The study offers as a contribution a tool to predict the perception of healthy eating of students and a reflection on the formation of the dietitian, serving as the basis for proposing teaching strategies that promote the biopsychosociocultural view of food, health and Nutrition.

Keywords: health, food, nutrition sciences, education higher, students, nutritionists

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa conceitual da fundamentação teórica.....	41
Figura 2 – Grau de satisfação corporal.....	50
Figura 3 – Percepção corporal.....	51
Figura 4 – Apresentação e integração dos resultados	63
Figura 5 – Seleção da amostra.....	64
Figura 6 – Mesorregiões do estado de São Paulo com o número de instituições de ensino participantes na pesquisa.....	66
Figura 7 – Classificação dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo em função da avaliação da satisfação corporal (n=427)	77
Figura 8 – Classificação dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo em função da avaliação da percepção corporal (n=427)	80
Figura 9 – Importância Relativa das variáveis para predição da função da alimentação de acordo com os estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=607).....	128
Figura 10 – Árvore de Regressão e Classificação da Percepção de Alimentação Saudável de acordo com os estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=607).....	129

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descritores utilizados nas buscas bibliográficas	36
Quadro 2 – Variáveis de estudo e instrumentos de coleta de dados	46
Quadro 3 – Características sociodemográficas e seus critérios.....	47
Quadro 4 – Características comportamentais, de saúde e seus critérios	48
Quadro 5 – Classificação do estado nutricional a partir do Índice de Massa Corporal	48
Quadro 6 – Escolhas e práticas alimentares	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Respostas aos instrumentos de acordo com o total de estudantes e por instituição pública e privada.	65
Tabela 2 – Características sociodemográficas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=625).....	69
Tabela 3 – Características dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo com relação ao Índice de Massa Corpórea (IMC) e classificação do estado nutricional (N=625).	70
Tabela 4 - Características dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo com relação ao consumo de álcool, hábito de fumar e prática de atividade física (N=625).	70
Tabela 5 – Comportamento de risco para transtornos alimentares de acordo com o sexo e o estado nutricional de estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=419) 72	
Tabela 6 – Comportamento de risco para transtornos alimentares de acordo com o tipo de instituição de ensino e o período da graduação de estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=419).....	73
Tabela 7 – Distribuição dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=427) segundo figuras da imagem atual, da imagem desejada e do escore da satisfação corporal (imagem atual – desejada) de acordo com tipo de instituição, fase da graduação, sexo, classificação do estado nutricional e comportamento de risco para transtornos alimentares (TA)	77
Tabela 8 – Satisfação corporal, desejo por formas corporais maiores ou menores, e pequena ou grande diferença entre a figura atual e a desejada de acordo com tipo de instituição, fase da graduação, sexo, classificação do estado nutricional e comportamento de risco para transtornos alimentares dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=427).	79
Tabela 9 – Distribuição dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=427) segundo valores médios da percepção corporal, associação entre percepção corporal e tamanho da distorção da percepção corporal por grupo.....	81
Tabela 10 – Escore na subescala “Relação com a comida” de acordo com tipo de instituição, fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamento de risco para transtorno alimentar (TA), satisfação corporal e percepção corporal dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (N=417).	84

Tabela 11 – Categoria de agrupamento, classificação e frequência por alimento para a análise de associação livre das respostas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (N= 625).....	89
Tabela 12 – Média do escore atribuído aos alimentos na análise de associação livre dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (N=625)	92
Tabela 13 – Ordem e frequência de escolha do alimento para ilha deserta pelos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=625).....	97
Tabela 14 – Escolha do alimento para ilha deserta de acordo com tipo de instituição, fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamento de risco para transtornos alimentares e satisfação corporal dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (N= 625).....	98
Tabela 15 – Avaliação do caso clínico pelos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo segundo estudo de caso sorteado 1(n=153), 2 (n=169), 3 (n=150) e 4 (n=153).	103
Tabela 16 – Avaliação das escolhas e práticas alimentares pelos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo segundo estudo de caso sorteado 1(n=153), 2 (n=169), 3 (n=150) e 4 (n=153).	105
Tabela 17 – Distribuição das respostas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo na questão “O quanto você concorda com as dicas dadas no recorte ‘Consumo pré e pós ceia de Natal’?” de acordo com o total de estudantes, tipo de instituição, fase da graduação, sexo, estado nutricional, satisfação corporal e comportamento de risco para TA (n=501).	110
Tabela 18 – Distribuição das respostas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo na questão “O quanto você concorda com as dicas dadas no recorte ‘Consumo durante a ceia de Natal’?” de acordo com o total de estudantes, tipo de instituição, fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamento de risco para TA e satisfação corporal (n=501).	111
Tabela 19 – Distribuição das respostas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo na questão “O quanto você concorda com as dicas dadas em ‘Consumo de chocolate na Páscoa’?” de acordo com o total de estudantes, tipo de instituição, fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamento de risco para TA e satisfação corporal.	112
Tabela 20 – Distribuição das respostas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo na questão “Você se sentiria confortável associando seu nome ao recorte ‘Consumo pré e pós ceia de Natal’?” de acordo com o total de estudantes, tipo de instituição,	

fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamento de risco para TA e satisfação corporal (n=501)..... 113

Tabela 21 – Distribuição das respostas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo na questão “Você se sentiria confortável associando seu nome ao recorte ‘Consumo durante a ceia de Natal?’” de acordo com o total de estudantes, tipo de instituição, fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamento de risco para TA e satisfação corporal (n=501). 114

Tabela 22 – Distribuição das respostas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo na questão “Você se sentiria confortável associando seu nome ao recorte ‘Consumo de chocolate na Páscoa?’” de acordo com o total de universitários, tipo de instituição, fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamento de risco para TA e satisfação corporal (n=501). 115

Tabela 23 – Pontos considerados úteis e não úteis no recorte “Consumo pré e pós ceia de Natal” para a promoção a promoção, manutenção e recuperação da saúde por meio da alimentação pelos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=487). . 117

Tabela 24 – Pontos considerados úteis e não úteis no recorte “Consumo durante a ceia de Natal” para a promoção a promoção, manutenção e recuperação da saúde por meio da alimentação pelos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=470). . 118

Tabela 25 – Pontos considerados úteis e não úteis no recorte “Consumo de chocolate na Páscoa” para a promoção a promoção, manutenção e recuperação da saúde por meio da alimentação pelos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=476). . 120

Tabela 26 – Associação entre percepção de alimentação saudável e fatores relacionados à formação de acordo com os estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=607)..... 126

Tabela 27 – Associação entre percepção de alimentação saudável e fatores relacionados ao estudante de acordo com os estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=607)..... 127

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Frequência de estudantes de graduação em Nutrição no estado de São Paulo por mesorregião (população total de estudantes e na amostra).	67
Gráfico 2 – Comportamento de risco para transtornos alimentares entre os estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=419).....	72
Gráfico 3 – Frequência das associações livres dos alimentos de acordo com categorias de agrupamento para estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (N=625) ...	87
Gráfico 4 – Frequência de classificação positiva, negativa e neutra a partir da análise de associação livre das respostas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (N= 625).....	90
Gráfico 5 – Frequência de classificação por alimento a partir da análise de associação livre dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (N=625).....	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMBULIM -IPq – HCFMUSP - Programa de Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo

CART - Árvore de Classificação e Regressão

CFN- Conselho Federal de Nutrição

CLINUT – Clinica de atendimento nutricional

CRN - Conselho Regional de Nutrição

EAAT - Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas

EARSS - Escala de Atitudes em relação à Saúde e ao Sabor

EAT - Eating Attitude Test

EDE - Eating Disorder Examination

FAO - Organização para Agricultura e Alimentação

FSP – Faculdade de Saúde Pública

IMC - Índice de Massa Corporal

IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física

MEC - Ministério da Educação

NutriHS - Estudo de Saúde de Nutricionistas

OMS – Organização Mundial da Saúde

ORTO-15 - Instrumento para avaliar comportamento de ortorexia nervosa

PAT - Programa de Alimentação do Trabalhador

Pronan - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

PROTAD-IPq-HCFMUSP - Programa de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo

SAPS - Serviço de Alimentação da Previdência Social

SP – estado de São Paulo

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

TA - Transtornos Alimentares

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. MOTIVAÇÃO	21
2. INTRODUÇÃO	24
2.1. SAÚDE.....	24
2.2. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	26
2.3. A NUTRIÇÃO E O NUTRICIONISTA	31
2.3.1. A PROFISSÃO DE NUTRICIONISTA.....	32
2.3.2. ESTUDOS COM NUTRICIONISTAS E ESTUDANTES DE NUTRIÇÃO.....	36
2.4. AVALIAÇÃO DE PERCEPÇÕES	38
2.5. JUSTIFICATIVA.....	40
3. OBJETIVOS	42
3.1. OBJETIVO GERAL	42
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
4. MATERIAIS E MÉTODOS	43
4.1. SUJEITOS E AMOSTRAGEM	43
4.2. INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES, COLETA DE DADOS E ASPECTOS ÉTICOS 44	
4.3. VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	45
4.3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	46
4.3.2. COMPORTAMENTO DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	49
4.3.3. IMAGEM CORPORAL	49
4.3.4. RELACIONAMENTO COM A COMIDA.....	51
4.3.5. PERCEPÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.....	52
4.4. ANÁLISE DOS DADOS	58
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
5.1. CARACTERÍSTICAS GERAIS	66
5.2. ATITUDES COM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO E AO CORPO.....	71
5.3. ASSOCIAÇÃO LIVRE.....	86
5.4. FUNÇÃO DA ALIMENTAÇÃO E DO NUTRICIONISTA	96
5.5. ILHA DESERTA	97

5.6.	ESTUDOS DE CASO	101
5.7.	FONTES DE INFORMAÇÃO.....	109
5.8.	RECORTES DA MÍDIA.....	109
5.9.	FATORES RELEVANTES PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E PARA ESTAR SAUDÁVEL.....	123
5.10.	PERCEPÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.....	123
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
6.1.	CONCLUSÃO	132
6.2.	LIMITAÇÕES, IMPLICAÇÕES PRÁTICAS E RECOMENDAÇÕES.....	133
7.	REFERÊNCIAS.....	135
8.	ANEXOS	157
	ANEXO 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	157
	ANEXO 2. PARECER COMITÊ DE ÉTICA.....	159
	ANEXO 3. AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES	162
	ANEXO 4. AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL.....	163
	ANEXO 5. CLASSIFICAÇÃO DAS SILHUETAS DE ACORDO COM O IMC	165
	ANEXO 6. AVALIAÇÃO DO RELACIONAMENTO COM A COMIDA	166
	ANEXO 7. AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.....	167
	ANEXO 8. CURRÍCULO LATTES.....	180
	ANEXO 9. CURRÍCULO LATTES	181
	APÊNDICE 1. INSTITUIÇÕES DE ENSINO POR MESORREGIÃO E MUNICÍPIO.	182
	APÊNDICE 2. DISTRIBUIÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO DE ACORDO COM MESORREGIÃO E MUNICÍPIO.	183
	APÊNDICE 3. DISTRIBUIÇÃO DOS UNIVERSITÁRIOS DE ACORDO COM MESORREGIÃO E MUNICÍPIO.	184
	APÊNDICE 4. PALAVRAS RELATADAS POR ALIMENTO DE ACORDO COM AS CATEGORIAS CRIADAS	185

1. MOTIVAÇÃO

Considero-me uma pessoa de sorte, pois cresci cercada de atitudes alimentares positivas e muito cedo descobri meu amor pela Nutrição.

Meus estudos na área começaram com um curso técnico em Nutrição e Dietética durante o ensino médio, confirmando meu interesse pela profissão e me ajudando a desvendar os diferentes tipos de relação que as pessoas têm com a alimentação. Ao ingressar na graduação em Nutrição, esse mundo se ampliou e comecei a me interessar no porquê algumas pessoas têm (ao contrário do que me cercava) uma relação tão complicada com a comida.

Para mim era difícil entender e aceitar que algumas pessoas pudessem sentir culpa ao comer, sentir raiva e repulsa da comida, sentir medo da comida e, por isso, decidi que era “isso que eu queria mudar no mundo”, era essa possibilidade de uma relação melhor com a comida que eu queria deixar para as pessoas.

Ao final do primeiro ano de graduação na Universidade de São Paulo (USP), eu bati à porta de uma sala, “a sala rosa”, manifestando meu interesse por estudar essa temática, e foi lá que minha paixão pela vida acadêmica começou. Conheci a Profa. Dra. Sonia Tucunduva Phillipi e a Profa. Dra. Marle dos Santos Alvarenga, que me iniciaram nessa trajetória.

Durante a graduação participei de inúmeras atividades que me expuseram à prática profissional: CLINUT, Empresa Júnior, Jornada Universitária da Saúde, Bandeira Científica, Liga de Obesidade Infantil e Doença Renal Crônica, iniciação científica, diversos congressos e cursos. Um desses cursos, transformou minha visão do que é ser nutricionista, o curso júnior de transtornos alimentares para estudantes de Nutrição do Programa de Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (AMBULIM-IPq-HCFMUSP).

Após o término do curso do AMBULIM, me tornei estagiária no Programa de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e na Adolescência (PROTAD-IPq-HCFMUSP), ambulatório especializado em tratar crianças e adolescentes com transtornos alimentares. Ao concluir a graduação, permaneci como nutricionista e passei a integrar a equipe de pesquisa desse grupo.

Ao final de cinco anos de graduação, eu já sabia qual seria a temática do meu mestrado, não teria como ser diferente. Queria entender os motivos das escolhas alimentares, pois acreditava que a prescrição da “mais perfeita das dietas” não garantiria a mudança de hábitos alimentares e o desenvolvimento de atitudes alimentares mais positivas.

Entrei no Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública com o intuito de avaliar como as atitudes com relação ao sabor e a saúde na alimentação diferem entre mulheres jovens de população não clínica e mulheres jovens com transtornos alimentares e a relação entre satisfação corporal e percepção corporal com atitudes voltadas à saúde e ao sabor nestas populações.

Com o mestrado, ficou claro que, como seres humanos, nascemos com a capacidade de diferenciar os sabores, as texturas e a temperatura dos alimentos, bem como sentir prazer com isso. O que é ótimo! Porque comer é algo que precisamos fazer desde o dia em que nascemos até o nosso último dia de vida. É necessário para nossa sobrevivência como espécie. Mas nascemos também com uma carga genética, dentro de uma família, inseridos numa sociedade, e cercados por uma cultura, que se tornam fundamentais na formação das nossas preferências e dos nossos hábitos e, tudo isso deve, então, ser levado em consideração quando falamos em desenvolvimento e manutenção de uma atitude alimentar saudável.

Mas minha experiência no PROTAD me mostrava que essa percepção era muito distante da realidade dos pacientes. Eles vinham dilacerados, com diversas crenças e mitos sobre a alimentação, corpo e saúde, que eram formados com base em discursos da mídia, da família, dos amigos e na conduta de profissionais da saúde, incluindo nutricionistas.

Me impactou perceber que nutricionistas, meus colegas de profissão, mesmo que sem querer, contribuíam com esse cenário. Me fez questionar qual é a percepção dos nutricionistas sobre alimentação saudável? E me fez refletir que a graduação em Nutrição é uma janela de oportunidade, pois nesse momento é possível trabalhar essa percepção, contribuindo para uma formação profissional holística.

Então, eu entendi que, para que um número maior de pessoas pudesse ter atitudes alimentares saudáveis, era necessário trabalhar a percepção de estudantes de Nutrição e ser uma multiplicadora dessa visão entre estudantes de Nutrição. Eu entendi que a mudança que eu queria no mundo começava aqui: trabalhando com estudantes de Nutrição, entendendo suas

percepções de alimentação saudável e auxiliando no desenvolvimento de uma visão biopsicossociocultural de alimentação, saúde e Nutrição.

2. INTRODUÇÃO

A relação entre a saúde e a alimentação é atualmente bem estabelecida (WHO, 2004). Nunca falamos tanto de saúde e alimentação e nunca nos preocupamos tanto com estes aspectos. As informações sobre alimentação, saúde e Nutrição são amplamente difundidas por diversos meios, incluindo a mídia - sendo que a internet, por meio dos sites de buscas e das mídias sociais, contribui para esse fenômeno, no qual nutricionistas, estudantes de Nutrição e leigos fazem parte (ADA, 2006, AND, 2016). Apesar da abundância dessas informações, o aumento da prevalência da obesidade, das doenças crônicas e dos transtornos alimentares em todo o mundo (LOZANO et al., 2012; LEAL et al., 2013; NG et al., 2014) nos faz questionar o que as pessoas entendem por alimentação saudável.

Tal questionamento pode ser feito não apenas com relação à população em geral, mas também para profissionais e estudantes da área da saúde. Uma vez que os estudantes de Nutrição serão futuros agentes de saúde, e conforme a regulamentação da profissão, os responsáveis pela atuação em diversas áreas que envolvem a promoção, manutenção e recuperação da saúde por meio da alimentação, compreender qual é a percepção de “alimentação saudável” deste grupo é de importância para o cenário atual e para eventualmente repensar os conteúdos e foco da formação do nutricionista.

2.1. SAÚDE

O conceito de saúde é bastante complexo e pode variar de acordo com a época e o lugar, uma vez que reflete a conjuntura política, social, econômica e cultural de uma região, bem como as concepções científicas ao longo da história (SCLIAR, 2007).

A palavra saúde foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em sua criação em 1946 como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Esse conceito, apesar de aceito mundialmente, é tido por muitos pesquisadores como utópico devido à sua amplitude ou simplista devido à sua pouca profundidade (WHO, 1946; CASTIEL e DIAZ, 2007; ALMEIDA FILHO, 2011).

A saúde foi reconhecida como um direito na conferência de Alma Ata, em 1978. Na Conferência Internacional em Promoção de Saúde em Ottawa, em 1986, foram estabelecidos os requisitos fundamentais para a saúde: a paz, a habitação, a educação, a alimentação, o poder aquisitivo, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (WHO, 1986). A Carta de Ottawa ampliou a concepção de saúde; ela passou a ser entendida não como um fim em si, mas como um recurso para a vida; permitindo que as pessoas levem uma vida individual, social e economicamente produtiva e significativa (WHO, 1986; KOELEN, 2011).

Essas discussões influenciaram a Constituição Brasileira de 1988, na qual a saúde passou a ser considerada como direito do indivíduo e dever do Estado, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

A definição de saúde não é estática e apesar de geralmente ser definida em termos de bem-estar físico, social e mental (KOELEN, 2011), ela é tida como um problema simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático (ALMEIDA FILHO, 2013).

Isso porque as causas da saúde e da doença são, muitas vezes, multidimensionais. A palavra saúde deriva da raiz etimológica *salus* proveniente do termo grego *holos*, que tem o sentido de todo, totalidade (ALMEIDA FILHO, 2013). A origem da palavra indica que não existe outro modo de promover, manter e recuperar a saúde sem que o indivíduo seja visto em sua totalidade. Essa percepção é reforçada pelo termo “cuidado holístico da saúde”, que defende que o indivíduo seja visto em sua totalidade, considerando aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais (McCORMACK, 2003; McEVOY e DUFFY, 2008; FARDET e ROCK, 2016).

A lei 8.080 de 1990, estabelece que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990). Esse reconhecimento no contexto nacional defende claramente o cuidado holístico da saúde.

A alimentação, reconhecida como determinante de saúde, tem por sua vez os seus fatores determinantes; e tal conceito está entrelaçado ao de alimentação saudável.

2.2. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

A relação entre alimentação e saúde é bem estabelecida, sendo que ter uma alimentação saudável é um dos fatores determinantes da saúde (BRASIL, 1990; WHO, 2004) e tem sido um dos principais objetivos das atividades de promoção da saúde (WHO, 2004; MADDEN e CHAMBERLAIN, 2010) - uma vez que a percepção do que é alimentação saudável pode influenciar os hábitos alimentares (PAQUETTE, 2005; LAKE et al., 2007). Apesar disso, o significado, o conceito e a percepção de alimentação saudável pode ser diverso, e mudar de acordo com os contextos históricos, a partir das diferentes formas de construção social, sendo difícil estabelecer um consenso científico (PAQUETTE, 2005; AZEVEDO, 2008).

Em 1937, Pedro Escudero propôs quatro leis que seriam requisitos básicos para garantir uma alimentação saudável: lei da quantidade, da qualidade, da harmonia e da adequação. Esta é a base da definição clássica “a alimentação normal deve ser quantitativamente suficiente, qualitativamente completa, além de harmoniosa em seus componentes e adequada à sua finalidade e ao organismo a que se destina” (MAHAN e ESCOTT-STUMP, 2002). Outra definição clássica da OMS (INAN, 1984) é que a dieta equilibrada deve ser suficiente para cobrir as necessidades energéticas; completa, para cobrir os requerimentos dos nutrientes; harmônica de modo que os diferentes nutrientes guardem uma correta relação entre si; e adequada à situação biológica do indivíduo.

Ainda, um dos livros clássicos na formação em Nutrição no Brasil (“Krause”) define dieta adequada como aquela que é composta de alimentos variados, sem restrições alimentares, e que supre todas as necessidades nutricionais do indivíduo. Deve ter aporte calórico adequado e a inclusão de todos os nutrientes em quantidades e proporções adequadas. Um dia alimentar adequado deve ser constituído de, no mínimo, três refeições (café da manhã, almoço e jantar) com ou sem lanches intermediários sendo necessário, ainda, levar em conta o horário das refeições, que deve ser minimamente padronizado, bem como as calorias que devem ser proporcionalmente distribuídas entre as refeições (MAHAN e ESCOTT-STUMP, 2002).

Observa-se que estes conceitos são fundamentalmente biológicos, focados nas necessidades de nutrientes e de energia, falando, no máximo, de proporcionalidade e adequação à situação do indivíduo. Embora obviamente, a alimentação tenha o objetivo de nos manter do ponto de vista fisiológico, suas funções em muito extrapolam esta conjuntura para os seres humanos.

As escolhas do que comer não são baseadas apenas em formulações científicas racionais de energia e nutrientes, mas em termos do que a comida simboliza social e culturalmente. Socialmente, a comida está carregada de significados como sociabilidade, hospitalidade, amizade, afeto e virtude. Comida também indica *status* social e forma nossa identidade como indivíduos (FISCHLER, 2001; CANESQUI e DIEZ GARCIA, 2005). Entendimentos de tamanho corporal, de práticas relacionadas à comida, e de alimentação saudável variam entre as culturas e *status* socioeconômico e também são influenciadas pelo gênero (MADDEN e CHAMBERLAIN, 2010).

Portanto, a alimentação saudável deve ser baseada em práticas alimentares, assumindo a significação social e cultural dos alimentos como fundamento básico conceitual (BOTELHO, 2006), uma vez que o comer não satisfaz apenas as necessidades biológicas, mas preenche também funções simbólicas e sociais (FISCHLER, 2001; POULAIN, 2004; CANESQUI e DIEZ GARCIA, 2005).

Consequentemente é esperado que a visão e a percepção de alimentação saudável sejam baseadas em normas dietéticas e sociais. De acordo com POULAIN (2004), as normas sociais são provenientes das convenções culturais enquanto que as normas dietéticas são decorrentes do conhecimento científico, e elas se influenciam mutuamente. Mas além das normas, há aspectos culturais, psicológicos, ambientais, econômicos, dentre outros.

Apesar destas considerações, alimentação saudável é tipicamente referida pela população em termos de alimentos considerados saudáveis (ex: frutas, verduras e legumes); níveis de ingredientes ou nutrientes, (ex: gordura, sal e açúcar); qualidade (ex: alimentos frescos, não processados, feitos em casa); e conceitos de balanceamento, variedade e moderação (PAQUETTE, 2005).

Mesmo entre profissionais da saúde, alimentação saudável é entendida de maneira dicotômica, a partir da classificação dos alimentos em “bons e maus” (PAQUETTE, 2005; SCARBOROUGH et al., 2006); como uma soma de nutrientes e reduzida à busca de cura ou prevenção de doenças (SILVA et al., 2002; KRAEMER et al., 2014). A racionalização do pensamento científico na Medicina, e consequentemente na Nutrição, tem valorizado o organismo e não o ser humano, crendo que o corpo se alimenta de nutrientes e não de alimentos (SILVA et al., 2002).

A ênfase dada na necessidade de nutrientes transformou a comida numa espécie de medicalização recorrente à promoção da saúde (SILVA et al., 2002); tal foco esteve relacionado diretamente ao desenvolvimento da ciência da Nutrição a partir da descoberta dos nutrientes no início do século XIX, e influenciou decisivamente o que é percebido como uma alimentação saudável (AZEVEDO, 2008). Esta visão biológica da alimentação saudável, de alguma forma foi intensificada com os estudos após a II Guerra Mundial sobre perfil epidemiológico das doenças que passaram a sustentar uma associação causal entre alimentação e doenças crônicas (GARCIA, 1997), dando origem a diversos guias e documentos que servem como base para políticas públicas e orientação profissional (WHO, 2004; BRASIL, 2005) - e à medicalização da comida (AZEVEDO, 2008; VILLAGELIM et al., 2012).

O rótulo dos alimentos indicando sua composição nutricional, o uso de informações nutricionais em campanhas publicitárias centradas na prevenção de doenças, os *health claims* e os selos de aprovação das sociedades científicas que reforçam a função medicamentosa dos alimentos, corroboram para redução da comida aos seus nutrientes e demais componentes químicos (VILLAGELIM et al., 2012) e colocam o indivíduo como totalmente responsável por suas escolhas e por sua saúde (CASTIEL e DIAZ, 2007).

Nesta visão biológica e até moralista, na qual o julgamento moral difere de acordo com o alimento que é comido (STEIN e NEMEROFF, 1995), o prazer tornou-se desassociado da alimentação saudável. O conceito de comida boa passou a ser relacionado à dieta e alimentação saudável (MADDEN e CHAMBERLAIN, 2010; BRASIL, 2014).

Culturalmente, as escolhas alimentares podem envolver um aspecto moral do que é uma alimentação saudável ou adequada, baseadas numa ética puritana, na qual é necessário negar os prazeres e a gratificação imediata. Ou conforme o princípio “você é o que você come” - derivado da “lei do contágio”, onde o indivíduo adquire características daquilo que come (ROZIN, 1990; STEIN e NEMEROFF, 1995). E, novamente, o que para muitos é uma experiência prazerosa, para outros, se torna foco de conflito, com o moralismo incidindo sobre as práticas alimentares (DELANEY e MCCARTHY, 2014).

Os alimentos têm cor, sabor, aroma e textura e todos esses componentes precisam ser considerados, já que apoiados na cultura são responsáveis pelo prazer em comer (JALLINOJA et al., 2010) – e estas características são tidas como um determinante primário e fundamental

da escolha do que comer (GRONOW, 1997; EERTMANS et al., 2001; SATTER, 2007; JACQUIER et al., 2012). Assim, o alimento como fonte de prazer também é uma abordagem necessária para a promoção da saúde na discussão do que é uma alimentação saudável (JALLINOJA et al., 2010; JACQUIER et al., 2012; KORITAR et al., 2017).

De qualquer forma, independente do julgamento moral, há uma dicotomia entre aquilo que as pessoas acreditam ser saudável e o que acham gostoso, sendo que um estilo de vida saudável, frequentemente, é tido como algo que não pode ser prazeroso (JALLINOJA et al., 2010).

A relação das pessoas com a comida tem sido impactada também pelas mudanças do estilo de vida das últimas décadas (como o deslocamento da população para grandes centros urbanos, a competitividade do mercado de trabalho, o enfrentamento do trânsito e o estresse cotidiano.). Desta forma, o tempo para preparar e comer tornou-se escasso, as refeições fora de casa tornaram-se mais frequentes, o consumo de alimentos industrializados passou a ser cada vez mais comum e acessível (IBGE, 2011). A conjugação das necessidades de comida, *versus* os desejos, e a adequação à rotina tornam-se então um desafio.

Complementa este cenário o fato de que comida, alimentação e dieta são consistentemente relacionadas com saúde também na mídia contemporânea. A indústria de alimentos enfatiza essa ideia ao utilizar *health claims* em anúncios e embalagens de alimentos (MADDEN e CHAMBERLAIN, 2010). Um grupo explorado pela indústria é o de produtos *light* – com redução de pelo menos 25% de determinado nutriente ou calorias; e *diet* – isentos de determinada substância ou nutriente (como, por exemplo, glúten ou lactose). Estes alimentos são frequentemente associados - mesmo que de forma errônea em muitos casos - à saúde, à prevenção de doenças e ao controle de peso (VIAENE, 1997), e passaram a ser valorizados pela população em geral.

Por outro lado, alimentos orgânicos - cultivados sem agrotóxicos e com uso responsável dos recursos naturais - têm sido também considerados mais saudáveis que os alimentos convencionais, sendo que a preocupação com a saúde tem sido apontada como um importante determinante do consumo destes alimentos, seguidos de motivos ambientais e éticos (HONKANEN et al., 2006; CHEN, 2009).

Colabora para a confusão do que é alimentação saudável o fato de que a busca pelos alimentos considerados adequados pode ser guiada, na verdade, não somente por questões de saúde, mas

também por questões com o peso corporal. Atualmente, a magreza é muitas vezes confundida com saúde (SUDO e LUZ, 2007) fazendo com que a percepção do que é alimentação saudável seja enviesada, podendo assumir um padrão rígido, perfeccionista e restritivo (STEPTOE et al., 1995). As consequências atuais e negativas deste cenário conduzem as pessoas à obsessão pela apropriação de conhecimentos científicos sobre as dietas consideradas mais saudáveis (BOTELHO, 2006) - que estão cada vez mais disseminados, mas também, cada vez mais contraditórios (AZEVEDO, 2008). Tal situação faz com que as pessoas fiquem inseguras e ansiosas sobre sua relação com a comida (GOLDENBERG, 2011) e muitas vezes passem a sentir raiva, medo e falta de controle em função das informações divulgadas sobre saúde e Nutrição (IFIC, 2002).

Espera-se que as informações sobre alimentação e Nutrição sejam baseadas em consensos científicos. Entretanto, sabe-se que frequentemente as informações são veiculadas (seja pela mídia ou mesmo por profissionais da área de Alimentação e Nutrição) sem qualquer fundamento. Muitos dados são compartilhados de forma incompleta ou até enganosa, ou baseados em resultados recentes de um único estudo com delineamento muitas vezes duvidoso, fazendo com que a ciência seja vista como uma força adversária e criadora de riscos (ROZIN et al., 1996; ADA, 2006; AZEVEDO, 2008). Desta forma, os consumidores perdem a confiança em fontes tradicionais de informação, o que pode interferir negativamente na percepção de sua habilidade para administrar suas escolhas alimentares, e é prejudicial para a saúde e o bem-estar geral do consumidor (ROZIN et al., 1996; DUYFF, 2002; ADA, 2006).

De acordo com Rozin e colaboradores (ROZIN et al., 1996), como consequência dessas informações sobre alimento e risco à saúde, muitas pessoas adotam estratégias de simplificação, a fim de facilitar as decisões nutricionais. Uma das formas de simplificar a informação, intitulada de “mentes monotônicas”, considera que uma variedade de substâncias, incluindo algumas substâncias ou nutrientes essenciais (por exemplo sal e gordura), são perigosos mesmo em níveis traço - havendo relutância em aceitar que ingestões altas e baixas têm efeitos diferentes. Outra simplificação é denominada “insensibilidade à dose”, na qual se acredita que alimentos ricos em calorias em pequenas quantidades contêm mais calorias do que alimentos pouco calóricos em grandes quantidades. Há ainda o “pensamento categórico”, no qual os alimentos são classificados de modo dicotômico, como bons ou maus para saúde (ROZIN et al., 1996). Desta forma, é comum a demonização de alguns alimentos (como, por exemplo, o

pão atualmente), e a promoção de outros alimentos ou grupos de alimentos como escolhas mais adequadas para a promoção da saúde.

A alimentação saudável, no entanto, é aquela que é boa para a saúde – entendida como a totalidade de um indivíduo, e deve visar o bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. É necessário pensar a alimentação na sua dimensão bio-psico-sócio-cultural (MORIN, 1973; POULAIN, 2002), levando em consideração que, apesar da alimentação ter uma função biológica vital indiscutível, nela “o homem biológico e o homem cultural e social estão estritamente ligados” (CONTRERAS, 1993). E, devido à amplitude da dimensão da alimentação, ela tem se tornado um tema de estudo em diversas áreas de conhecimento, envolvendo não somente as ciências biológicas, mas também as ciências sociais e humanas (SANTOS, 2005; CANESQUI e GARCIA, 2005).

Nestes parâmetros, a alimentação saudável pode ser concebida, nestes parâmetros conforme a definição do Guia Alimentar para População Brasileira, como aquela “planejada com alimentos de todos os tipos, de preferência naturais e preparados de forma a preservar o valor nutritivo e os aspectos sensoriais, garantindo que os alimentos sejam seguros e harmoniosos, qualitativa e quantitativamente adequados, respeitando e valorizando as práticas alimentares culturalmente identificadas, visando à satisfação das necessidades nutricionais, emocionais e sociais” (BRASIL, 2014).

Embora se possa considerar que nutricionistas sejam por excelência os especialistas em alimentação saudável e que o local onde melhor se possa aprender tais conceitos – em sua amplitude – seja a formação em Nutrição, eles não estão isentos de vieses e disfunções quanto às suas crenças, comportamentos e atitudes.

2.3. A NUTRIÇÃO E O NUTRICIONISTA

Nesse tópico serão abordados brevemente a história da Nutrição e da profissão de nutricionista, bem como os estudos que vêm sendo conduzidos com esses profissionais e com estudantes de nutrição.

2.3.1. A profissão de nutricionista

É possível observar na história da Nutrição e da profissão de nutricionista as marcas da História e, mais recentemente, das políticas de alimentação e Nutrição

Embora o reconhecimento da importância da alimentação na saúde exista há muito tempo, a Nutrição passou a ser reconhecida como ciência e o nutricionista como profissão ao longo dos últimos séculos. Hipócrates, considerado pai da Medicina, defendia em 300 A.C. “seja o teu alimento o teu medicamento e seja o teu medicamento o teu alimento”. Durante toda a história da humanidade, várias foram as crenças que nortearam e norteiam a alimentação, acompanhando o desenvolvimento da História, da ciência, com participação da geografia e da cultura (ALVARENGA et al., 2015).

Os registros históricos descrevem o início da Nutrição como profissão século XVII, por meio da ação de religiosas da Ordem de Ursulinas em 1670 no Canadá. Nos séculos seguintes, se deu o início do que reconhecemos hoje como Nutrição Clínica, nos hospitais, conduzidos sob orientação de médicos e enfermeiras. Em 1742 eram preparadas dietas para casos especiais, no Hospital de Edimburgo na Escócia; em 1890, no John Hopkins Hospital, e em 1893 no Hospital Presbiteriano da Filadélfia, ambos nos Estados Unidos – quando a titulação dietista foi utilizada para descrever esse tipo de atividade. Foi sob a influência dessas experiências que começam a surgir cursos voltados para cuidados com a alimentação. Em Ontário, no Canadá, no ano de 1867, foi criado o curso de ensino de Economia Doméstica, e, em 1902, foi criado o primeiro curso universitário de formação de Dietistas (TOLOZA, 2003).

As guerras serviram de estímulo para o desenvolvimento da Nutrição como ciência e como profissão. Em 1854, durante a guerra da Crimeia, aparece o primeiro registro da alimentação sendo utilizada no cuidado de feridos, a partir da instalação de cozinhas como forma de melhorar a recuperação dos soldados (TOLOZA, 2003). Posteriormente, a Primeira Guerra Mundial marcou a necessidade do tratamento racional dos alimentos, devido à dificuldade de suprir alimentos aos exércitos e às coletividades. Esse fato incentivou o desenvolvimento de estudos relativos à alimentação e Nutrição e à formação de profissionais dietistas - a partir do incentivo a criação dos cursos de Economia Doméstica e Ciências Sociais com enfoque em conhecimentos de Nutrição tanto na América do Norte como na Europa (VASCONCELOS, 2002; TOLOZA, 2003).

No Brasil, final da década de 1930, a subnutrição já era identificada como problema social e de saúde pública. Dessa forma, como parte do projeto de modernização da economia brasileira, conduzido pelo Estado Nacional Populista durante o governo Vargas, começam a surgir as primeiras políticas voltadas à alimentação (VASCONCELOS e BATISTA FILHO, 2011). O salário mínimo foi instituído em 1940 e o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) foi criado no intuito de favorecer a alimentação do trabalhador, além de formar pessoal técnico especializado e apoiar pesquisas sobre alimentos e situação alimentar da população (SILVA, 1995; VASCONCELOS e BATISTA FILHO, 2011).

De acordo com Vasconcelos (VASCONCELOS, 2002), nos primeiros anos da década de 1930 havia duas correntes distintas do saber médico que confluíram para a constituição do campo da Nutrição: a “perspectiva biológica” e a “perspectiva social”. A primeira, mais preocupada com os aspectos clínico-fisiológicos relacionados ao consumo e à utilização biológica dos nutrientes, recebeu influência das escolas norte-americanas e europeias, tinha como foco o indivíduo e o alimento como agente de tratamento. A segunda, influenciada por Pedro Escudero - médico argentino que criou a Escola Nacional de Dietistas em Buenos Aires onde diversos brasileiros estudaram (BENGOA, 2005) - mais preocupada com aspectos relacionados à produção, distribuição e consumo de alimentos pela população brasileira, cuja atuação estava voltada para o coletivo. Ao longo da década de 1930, essas vertentes se uniram no processo de consolidação do campo da Nutrição (VASCONCELOS, 2002).

É nesse cenário, acompanhando o movimento internacional de criação de cursos de Nutrição e a identificação da subnutrição como um problema social e de saúde pública no Brasil, que foi criado, em 1939, o primeiro curso no país voltado para a formação de nutricionistas, no Instituto de Higiene de São Paulo, atual curso de Graduação em Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Inicialmente, a formação era de curso técnico, e o profissional era denominado dietista, a exemplo de Europa, Estados Unidos e Canadá.

Novamente, a guerra serviu de estímulo para a história da alimentação, saúde e Nutrição. A preocupação com a questão da saúde, alimentação e Nutrição da população mundial se ampliou com a Segunda Guerra Mundial. Dessa forma, em 1946, foram criadas tanto a Organização para Agricultura e Alimentação (FAO) como a Organização Mundial da Saúde (OMS) (VASCONCELOS, 2002; VASCONCELOS e BATISTA FILHO, 2011).

Retornando ao cenário nacional, alguns anos depois, em 1955, foi instituída a Merenda Escolar com o intuito de melhorar os níveis de frequência e aprovação escolar bem como minimizar o

problema da fome e da desnutrição na infância (CECCIM, 1995). Em 1962 o Conselho Federal de Educação reconheceu o curso de nutricionista como de nível superior. E, em 1967, foi sancionada a Lei n. 5.276/67 regulamentando a profissão (VASCONCELOS, 2002).

No início da década de 1970, diante do agravamento dos problemas sociais, foi criado o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan). Uma de suas linhas foi o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), com o objetivo de melhorar o estado nutricional, aumentar a produtividade, reduzir os acidentes de trabalho e o absenteísmo. Logo na sequência, em 1976, foi criado o Pronan II, que tinha como uma das diretrizes o estímulo ao processo de formação e capacitação dos recursos humanos em Nutrição (VELOSO e SANTANA, 2002).

Assim, no final da década de setenta houve uma expansão do número de cursos de graduação em Nutrição, da carga horária, bem como aumento da duração do curso para quatro anos. Dessa forma, aos poucos, os cursos nacionais se aproximaram do modelo de formação da Argentina, formando um profissional de nível universitário (ALVARENGA et al., 2015). A expansão de cursos de graduação em Nutrição resultou em mobilização da categoria em prol dos interesses da classe e na criação, em 1978 e 1980, respectivamente, do Conselho Federal de Nutricionistas e dos Conselhos Regionais dos Nutricionistas (VASCONCELOS, 2002).

A última década parece ser permeada por grandes avanços na Nutrição, por meio de políticas de alimentação e Nutrição. Em 2010, se reconhece o direito humano a alimentação adequada (BRASIL, 2010). Em 2012, foi publicada a segunda edição da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) cujo propósito é a melhoria das condições de alimentação, Nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e Nutrição (BRASIL, 2012). E, em 2014, é publicada a 2ª edição do Guia Alimentar para a população Brasileira (BRASIL, 2014), que parece ser um marco na Nutrição, não somente no Brasil, mas no mundo, por sua expansão na forma de olhar a alimentação e a Nutrição.

Ao longo da história, é notável o desenvolvimento da Nutrição como ciência, bem como do reconhecimento da importância da profissão. Atualmente, o Brasil possui 666 instituições de ensino com curso de Nutrição e 124.420 nutricionistas inscritos em todo o país, sendo que São Paulo é o estado com maior número de instituições de ensino e de nutricionistas inscritos, representando 23,4% do total de instituições e 26,14% do total de inscritos (MEC, 2017; CFN, 2017).

De acordo com a Resolução CFN 380 (2005), o nutricionista é o profissional habilitado para promoção, manutenção e recuperação da saúde por meio da alimentação, a partir da atuação diversas áreas, como nas áreas clínica, saúde pública, hotelaria, *spa*, esportiva e marketing, redes de *fast-food*, inspeção de alimentos, consultoria e cozinhas experimentais, educação nutricional, ensino e pesquisa.

Para tal, de acordo com as Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição, “os conteúdos essenciais devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Nutrição”, englobando Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Sociais, Humanas e Econômicas; Ciências da Alimentação e Nutrição; e Ciências dos Alimentos (BRASIL, 2001). Atualmente, o curso de graduação em Nutrição tem duração de quatro a cinco anos, sendo aproximadamente um destes anos dedicado ao aprendizado prático por meio de estágios curriculares em algumas das possíveis áreas de atuação.

Durante a história da profissão no Brasil, as políticas de saúde, alimentação e Nutrição e o desenvolvimento da formação superior e da área de atuação do nutricionista, parecem ter andado lado a lado, numa troca de crescimento e aprimoramento da profissão e das políticas públicas de alimentação e Nutrição. Hoje, o profissional deve atuar para garantir o direito à saúde, estabelecido pela Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) e o direito humano a alimentação adequada (BRASIL, 2010). O conteúdo e as percepções transmitidas pelos docentes ao longo da graduação em Nutrição desempenham um papel central na formação do Nutricionista, pois será baseado no conhecimento adquirido durante sua formação, incluindo a percepção do que é alimentação saudável e de saúde, que esse profissional irá atuar.

Assim, é esperado que as políticas de alimentação e Nutrição e a formação do nutricionista continuem a caminhar juntos para construirmos um futuro melhor no que diz respeito à saúde e à alimentação, sem se esquecer que comer é um processo bio-psico-sócio-cultural (MORIN, 1973; POULAIN, 2002).

2.3.2. Estudos com nutricionistas e estudantes de Nutrição

Com objetivo de conhecer o que já foi alvo de estudos entre nutricionistas e estudantes de Nutrição, foram realizadas buscas nas bases de dados Pubmed e Bireme de artigos disponíveis até dezembro de 2017, com uma série de combinações de descritores presentes nos títulos das publicações (Quadro 1), sem limite de data e idioma dos artigos.

Quadro 1 – Descritores utilizados nas buscas bibliográficas

Base de dados	PUBMED	BIREME
Descritores	Nutritionist, nutritionists, dietitian, dietitians, dietician, dieticians, Nutrition sciences, students, major, undergraduation	Nutricionista, nutricionistas, estudante de Nutrição, estudantes de Nutrição

A partir do levantamento na BIREME foram encontrados 198 artigos enquanto que na base Pubmed foram encontrados 1645 artigos, sendo que alguns artigos encontrados na BIREME estavam presentes no Pubmed também.

No cenário nacional, os artigos abordam consumo alimentar (MATIAS et al., 2010) e o estado nutricional (FISBERG et al., 2001), a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares (FIATES e SALLES, 2001; BOSI et al., 2006a; GONÇALVES et al., 2008; KRISTEN et al., 2009; SILVA et al., 2012; TORAL et al., 2016), visão ortoréxica sobre alimentação (ALVARENGA et al., 2012), o ideal corporal rígido (BOSI et al., 2006b; GONÇALVES et al., 2008; TORAL et al., 2016) e o estigma do nutricionista com relação à obesidade (ARAÚJO et al., 2015). Outros estudos avaliam conhecimento ou percepção sobre tópicos específicos como, por exemplo, a amamentação (MOURA e GORDON, 1997), a alergia ao leite de vaca (CORTEZ et al., 2007; OLIVEIRA & HAACK, 2017), o tratamento de pacientes obesos (CORI et al., 2015).

Um grupo de estudos nacionais têm focado na formação profissional avaliando aquisição de conhecimento (SANTOS e BARROS., 2002), discutindo as diretrizes curriculares (DA MOTTA et al., 2003; SOARES e AGUIAR, 2010; MEDEIROS et al., 2013; TEO et al., 2016), o ensino de disciplinas presentes nas grades curriculares, como Educação Nutricional (RECINE

et al., 2016) e Nutrição Clínica (SOUZA et al., 2016) a formação em áreas específicas de atuação (SCARPARO et al., 2013), o conflito de interesse da presença da indústria na formação e na prática profissional (PEREIRA et al., 2016) e o perfil do profissional (RODRIGUES et al., 2007; MELLO et al., 2012).

Muitos dos estudos nacionais com essa população discutem o papel e a atuação do nutricionista nas mais diversas áreas como, por exemplo, em saúde pública (PÁDUA e BOOG, 2006; RODRIGUES e BOSI, 2014), nas unidades produtoras de refeições (Castro et al., 2011; DIAS e OLIVEIRA, 2016), na alimentação escolar (CORRÊA et al., 2017; SOUZA et al., 2017) e na clínica (MOTTA, 1988; OLIVEIRA e RADICCHI, 2005).

No cenário internacional, de igual forma, os artigos mostram que estudantes de graduação em Nutrição e nutricionistas têm maiores níveis de restrição alimentar (KORINTH et al., 2010; POÍNHOS et al., 2015), maior frequência de comportamento de risco para transtornos alimentares (CROCKETT e LITTRELL, 1985; KIZILTAN e KARABUDAK, 2008; BO et al., 2014; MAHN e LORDLY, 2015; TREMELLING et al., 2017), incluindo ortorexia nervosa - caracterizada por uma obsessão por alimentação saudável (KINZL et al., 2006; BO et al., 2014; TREMELLING et al., 2017), quando comparados a outros estudantes.

Estudos internacionais têm focado também no consumo alimentar e estado nutricional (IMAEDA et al., 2013), perfil do profissional (SUAREZ e SHANKLIN, 2004; BALL et al., 2014; BALL et al., 2015) e sua formação (HUYCK, 1986; CLARK, 2000; HERRIOT et al., 2004; SCHWARTZ et al., 2015), a (in)habilidade para o gerenciamento do peso (IMANAKA et al., 2016; ROGERSON e HORA, 2016), a fobia da obesidade (BACARDÍ-GASCÓN et al., 2015). Mas a grande maioria aborda, principalmente, o papel e a atuação do nutricionista nas mais diversas áreas (BURKE, 2001; OLSAD et al., 2013; BRANTLEY et al., 2014; FOK et al., 2016; COLLES et al., 2017) e a diferença de atuação do nutricionista quando comparado a outros profissionais (SUGIMOTO et al., 2016; BENOIT et al., 2016).

Mais especificamente, pensando no foco do presente estudo, alguns poucos estudos internacionais avaliaram a atitude ou a percepção do estudante de Nutrição ou nutricionista como, por exemplo, com relação à sua profissão (BIRON e MARQUIS, 2015) as atitudes com relação à pacientes obesos (BERRYMAN et al., 2006; PUHL et al., 2009; JUNG et al., 2015),

atitudes e percepções sobre o consumo de frutas e legumes frescos (STANFORD et al., 2008) e a percepção sobre adoçantes (HARRICHARAN et al., 2015).

Tanto no cenário nacional quanto no cenário internacional, não foram encontrados estudos com foco amplo e específico na investigação do que é alimentação saudável por parte de nutricionistas e estudantes de Nutrição. A exceção é o estudo de Silva e colaboradores (SILVA et al., 2002) que avaliaram o conceito de alimentação saudável de profissionais da saúde (incluindo nutricionistas, entre outros) do Distrito Federal – DF. Este estudo encontrou que a alimentação saudável era definida como “uma condição alimentar que deve ser variada, balanceada e equilibrada com nutrientes; que ofereça benefícios à saúde para a adequação as necessidades nutricionais do indivíduo para um peso saudável e que tenha alimentos frescos naturais e integrais”.

Outros dois estudos internacionais próximos à temática foram localizados. Scarborough e colaboradores (SCARBOROUGH et al., 2006) desenvolveram um instrumento *online* para avaliar a percepção de nutricionistas sobre diversos alimentos, a partir de uma classificação dicotômica dos alimentos em saudáveis e não saudáveis. House e colaboradores (HOUSE et al., 2006) realizaram grupos focais com estudantes de Nutrição e encontraram que a alimentação saudável foi frequentemente descrita como aquela onde há consumo de todos os grupos de alimentos da pirâmide alimentar, associada à moderação e balanço da dieta; necessidade de ser individualizada, agradável e que “faz sentir-se bem”.

Pode-se concluir, a partir desta busca preliminar, que a exploração da percepção de alimentação saudável entre este grupo profissional é escassa e que esta avaliação é interessante e pode trazer importantes subsídios para repensar a formação e a prática profissional, bem como a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde por meio da alimentação.

2.4. AVALIAÇÃO DE PERCEPÇÕES

Uma vez que este estudo pretende explorar a percepção de alimentação saudável é importante discutir o que tal termo engloba.

De acordo com o dicionário Oxford (OXFORD, 2018), percepção pode ser definida como: “1) a capacidade de ver, ouvir ou tomar consciência de algo através dos sentidos; 2) a maneira como algo é considerado, compreendido ou interpretado”. E, de acordo com Paquette (PAQUETTE, 2005), as percepções de alimentação saudável podem ser definidas como “os significados, compreensões, pontos de vista, atitudes e crenças que a população e os profissionais da saúde têm sobre alimentação saudável, alimentação para a saúde e alimentos saudáveis”.

Explorar a percepção de alimentação saudável é um desafio. Perguntar de maneira direta, “o que significa alimentação saudável para você?” frequentemente resulta em uma resposta apreendida a partir de uma fonte considerada adequada (HAMMER et al., 2015). O desejo de aceitação social pode fazer com que alguns indivíduos forneçam respostas que consideram como as mais desejadas ou aceitas pela sociedade, independente do fato de serem verdadeiras (SCAGLIUSI et al., 2004).

Dessa forma, a escolha do método é um passo importante, pois, cada um deles pode apresentar vantagens e desvantagens que podem resultar em limitações para a pesquisa.

A percepção que os indivíduos têm sobre algo pode ser avaliada por meio de medidas diretas ou indiretas. Questionários e associação livre são métodos diretos uma vez que tentam medir o conhecimento armazenado na memória, ao passo que estudos de caso são medidas indiretas porque não medem diretamente o conhecimento presente na memória. As entrevistas, dependendo de como são estruturadas, podem ser medidas diretas ou indiretas (KANWAR et al., 1990).

Independente da metodologia ser quantitativa ou qualitativa e por mais cuidados que se tenha - como a realização de um pré-teste - um questionário pode favorecer a formulação de respostas superficiais ou inadequadas ou a padronização das informações, limitando o aprofundamento do tema (CASOTTI et al., 1998). A utilização de um instrumento quantitativo tende a limitar as respostas dos participantes às opções dadas, possibilitando explorar as percepções, mas não permite uma avaliação mais direta das mesmas. Um instrumento qualitativo – perguntas abertas – permite uma avaliação mais direta (HULLEY et al., 2008), mas é importante ressaltar que independente da percepção que os indivíduos apresentam, a prática pode ser diferente da norma, ou do comportamento real (POULAIN, 2004; POULIN e PROENÇA, 2003).

Por sua vez, a utilização de estudos de caso, medidas de associação livre e recortes da mídia podem ser úteis para uma avaliação de uma percepção de forma mais indireta e menos orientada pelo esperado (HARVEY et al., 2002; ROZIN et al., 2002; PUHL et al., 2009). Desta forma, uma vez que a percepção que se tem de algo é uma medida um tanto abstrata, não numérica, a utilização de técnicas mistas pode ser útil para minimizar as limitações inerentes às pesquisas de avaliação com seres humanos.

2.5. JUSTIFICATIVA

A alimentação é um fenômeno biopsicossociocultural e um dos fatores determinantes da saúde. Estudantes de Nutrição atuarão de acordo com sua percepção de alimentação saudável - independente da sua área de atuação – repercutindo na saúde dos indivíduos. Uma melhor compreensão da percepção de alimentação saudável deste público, cuja avaliação é escassa na literatura, pode contribuir para uma formação mais focada e holística dos futuros nutricionistas, possibilitando modificação do cenário epidemiológico, econômico e social.

A figura abaixo apresenta o mapa conceitual (AGUIAR e CORREIA, 2013) da fundamentação teórica adotada no presente estudo.

Figura 1 – Mapa conceitual da fundamentação teórica

A saúde tem como um de seus determinantes a alimentação, sendo que a alimentação é considerada um fenômeno biopsicossociocultural. Sabe-se que estudantes de Nutrição, quando formados, atuarão com base na sua percepção de alimentação para promover, manter e recuperar a saúde. A percepção de alimentação saudável dos estudantes pode ser predominantemente biológica ou biopsicossociocultural. A percepção biológica influencia parcialmente a saúde enquanto que a percepção biopsicossociocultural influencia na totalidade da saúde.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Explorar a percepção de alimentação saudável de estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar associação ou relação entre percepção de alimentação saudável e tipo de instituição, fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamentos de risco para transtornos alimentares, satisfação corporal e relacionamento com a comida entre os estudantes;
- Propor a predição da percepção de alimentação saudável a partir do conjunto de variáveis do estudo.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo teve delineamento transversal, com coleta prospectiva, análises com abordagem quantitativa e qualitativa, e esteve inserido no “Estudo de Saúde de Nutricionistas - NutriHS”, da FSP-USP, conduzido com estudantes de graduação em Nutrição no estado de São Paulo – cujo detalhamento dos objetivos e métodos foram previamente publicados (FOLCHETTI et al., 2015).

4.1. SUJEITOS E AMOSTRAGEM

A população do estudo foi constituída por estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo. Os critérios de inclusão foram: ter idade entre 18 e 30 anos; e cursar graduação em Nutrição em instituição do estado de São Paulo com curso presencial reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC). O critério para não inclusão foi: ser graduado.

Os critérios de exclusão foram: cursar graduação em Nutrição em instituição fora do estado de São Paulo; não declarar escolaridade; declarar ser portador de diabetes melito ou hipertensão arterial; não ter respondido pelo menos um dos instrumentos relativos ao estudo em questão.

Apesar de se adotar uma amostra de conveniência, portanto, não probabilística (SAMPLIERI et al., 2006), um cálculo do tamanho amostral foi realizado. Para tal, levou-se em conta:

- a) as instituições com graduação em Nutrição no Estado de São Paulo reconhecidas pelo MEC das quais formandos nos anos 2012 e 2013 deram entrada no Conselho Regional de Nutrição (CRN) da 3ª Região;
- b) a média de formandos de cada instituição que deu entrada no CRN 3 em 2012 e 2013;
- c) a média da pontuação da Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas (EAAT) – um instrumento desenvolvido para avaliar atitudes alimentares (ALVARENGA et al., 2010), em uma amostra de 451 nutricionistas que participaram de pesquisa prévia sobre comportamento

de ortorexia nervosa (ALVARENGA et al., 2012)¹ sendo que a normalidade da amostra foi obtida por uma transformação logarítmica do total da EAAT;

O tamanho total da amostra foi calculado com base num coeficiente de confiança de 95% e um erro de estimação de 0,015 totalizando 360 estudantes. Ao tamanho amostral encontrado acrescentou-se 10%, prevendo possíveis perdas, totalizando 396 estudantes.

4.2. INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES, COLETA DE DADOS E ASPECTOS ÉTICOS

Foram convidadas para participar do estudo as 53 instituições de ensino presencial no estado de São Paulo aprovados pelo MEC que tiveram graduados em Nutrição que deram entrada no CRN da 3ª Região durante 2012 e 2013.

As instituições de ensino convidadas estavam presentes em treze das quinze mesorregiões do estado de São Paulo, uma vez que a mesorregião de Itapetininga não continha nenhuma instituição cadastrada pelo MEC e a mesorregião Litoral Sul Paulista não teve formandos que se inscreveram no CRN durante os anos 2012 e 2013.

Instituições de ensino com mais de uma unidade no mesmo município foram consideradas como uma única instituição, apesar do convite ter sido feito a todas as unidades do município.

As instituições foram convidadas por meio de mensagem eletrônica para o endereço do coordenador do curso de Nutrição. Na ausência de resposta após uma semana do primeiro contato por e-mail, foi enviado um novo e-mail convite. Na ausência de resposta após uma semana do segundo e-mail, a instituição foi contatada por telefone. Após anuência, a pesquisa foi divulgada aos alunos de acordo com o estabelecido pelo coordenador do curso: presencialmente por um dos participantes do NutriHS nas salas de aula ou auditório com entrega

¹ A publicação apresenta apenas os dados do questionário que avaliou o comportamento de ortorexia nervosa, mas a amostra preencheu também a escala em questão.

de impresso divulgando a pesquisa; ou pelo coordenador do curso ou professor definido pelo coordenador; ou por e-mail institucional e por cartazes nas instituições.

A pesquisa estava hospedada no site do NutriHS, que está vinculada ao site da FSP-USP (<http://www.fsp.usp.br/nutrihs/index.html>). Desta forma, a coleta se dava de forma totalmente online (FOLCHETTI et al., 2015).

Os estudantes foram orientados a acessar a página do NutriHS, na qual realizavam seu cadastro de senha de acesso específicas e individuais (intransferível) e eram encaminhados ao link do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 1). Após clicar em “aceito” assegurando que leu e concorda com todos os termos do TCLE, o aluno era direcionado ao preenchimento *online* dos instrumentos.

O Estudo de Saúde de Nutricionistas (NutriHS) e o presente estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, respectivamente sob os protocolos 12455313.8.0000.5421 e 44576515.0.0000.5421 (Anexo 2).

4.3. VARIÁVEIS DO ESTUDO

Conforme colocado na introdução, devido às dificuldades inerentes da avaliação da percepção de alimentação saudável e das possíveis associações com outros fatores, optou-se pela utilização de métodos variados, utilizando-se instrumentos quantitativos e qualitativos, que pudessem ser úteis numa avaliação mais direta e outros menos diretos e orientados pelo esperado. As variáveis analisadas juntamente com os instrumentos de coleta de dados do presente estudo estão indicadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Variáveis de estudo e instrumentos de coleta de dados

Variáveis	Instrumento
Caracterização da amostra	Dados auto-referidos sociodemográficos, de saúde e comportamentais
Comportamento de risco para transtornos alimentares	Questionário para avaliação de comportamentos de risco para transtornos alimentares
Imagem corporal	Escala de Silhuetas para população Brasileira
Relacionamento com a comida	Subescala “Relação com a Comida”
Percepção de alimentação saudável	Estudo de caso; Livre associação; Caso hipotético ilha deserta; Recortes da Mídia; Fontes de Informação; Fatores de relevância para uma alimentação saudável e para estar saudável; Afirmações sobre alimentação e sobre o nutricionista; Questões sobre função da alimentação e ser nutricionista.

4.3.1. Caracterização da amostra

Para caracterização da amostra, os estudantes foram questionados com relação a características sociodemográficas, comportamentais e de saúde.

- a) Características sociodemográficas:

Quadro 3 – Características sociodemográficas e seus critérios

Variável	Critério
Instituição de ensino	nome
Cidade da instituição de ensino	nome
Semestre da graduação	1º semestre 2º semestre 3º semestre 4º semestre 5º semestre 6º semestre 7º semestre 8º semestre 9º semestre 10º semestre
Idade	em anos
Sexo	feminino masculino
Cor da pele referida	branco negro pardo amarelo indígena não sabe
Estado civil	solteiro casado divorciado
Escolaridade do chefe da família	nunca frequentou escola 1º grau incompleto 1º grau completo 2º grau completo universitário pós-graduação
Renda familiar referida	<1 Salário Mínimo 1 - 5 Salários Mínimos 6 - 10 Salários Mínimos >10 Salários Mínimos não sabe
Com quem reside	sozinho companheiro ou esposo pais ou responsáveis amigos (república)
Trabalho	sim não

O nome da instituição foi utilizado para classificação do tipo de instituição de ensino em (1) público ou (2) privado. A cidade da instituição de ensino foi utilizada para identificação da

mesorregião. O semestre da graduação foi utilizado para classificação da fase da graduação em início da graduação (1º e 2º ano) ou final da graduação (3º, 4º e 5º ano).

b) Características comportamentais e de saúde

Quadro 4 – Características comportamentais, de saúde e seus critérios

Variável	Critério
Peso	em quilos
Estatura	em metros
Diagnóstico de diabetes melito	sim não
Diagnóstico de hipertensão arterial	sim não
Fumo	sim não
Consumo de bebidas alcoólicas	1 ou mais dias por semana menos de 1 dia por semana nunca ou menos de 1 dia por mês
Nível de atividade física	muito ativo ativo irregularmente ativo sedentário

O nível de atividade física foi obtido por meio da forma curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) validada para o português (MATSUDO et al., 2001).

O peso e a altura relatados foram utilizados para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC): $\text{peso}/\text{altura}^2$. A partir do IMC foi feita a classificação do estado nutricional de acordo com os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006):

Quadro 5 – Classificação do estado nutricional a partir do Índice de Massa Corporal

IMC	Estado Nutricional
IMC <18,49 kg/m ²	Baixo peso
IMC entre 18,50 – 24,99 kg/m ²	Eutrofia
IMC entre 25,00 – 29,99 kg/m ²	Sobrepeso
IMC entre 30,00 – 39,99 kg/m ²	Obesidade

A partir dos parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006), estado nutricional foi classificado em dois grupos: a) baixo peso e eutrofia; b) excesso de peso (sobrepeso e obesidade).

4.3.2. Comportamento de risco para transtornos alimentares

Os transtornos alimentares (TA) são quadros psiquiátricos caracterizados por problemas relacionados à imagem corporal e atitudes disfuncionais com relação à alimentação. Esses quadros afetam, na sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podem levar a prejuízos biológicos e psicológicos, e resultar em aumento de morbidade e mortalidade (APA, 2013).

A avaliação do comportamento de risco para transtornos alimentares (TA) é considerada importante uma vez que vários estudos apontam maior frequência de comportamento de risco para TA em estudantes de Nutrição (FIATES e SALLES, 2001; BOSI et al., 2006a; GONÇALVES et al., 2008; KRISTEN et al., 2009).

O instrumento utilizado para esta avaliação consiste de quatro questões específicas em relação aos sintomas típicos dos TA, que incluem restrição alimentar, compulsão alimentar e comportamentos compensatórios – uso de laxantes, diuréticos e vômitos auto-induzidos, e que foram adaptadas para o Português por Ferreira e Veiga (FERREIRA e VEIGA, 2008) – com boa confiabilidade - a partir do questionário elaborado por Hay (HAY, 1998) – Anexo 3.

As opções de resposta variam de nenhuma vez a duas ou mais vezes por semana (HAY, 1998), sendo que, neste estudo foram considerados comportamentos de risco para TA: (a) Restrição alimentar por “1 vez por semana” ou “2 ou mais vezes por semana”; (b) Prática de qualquer um dos comportamentos de purgação por “1 vez por semana” ou “2 ou mais vezes por semana”; e/ou (c) Episódios de comer excessivamente “1 vez por semana” e “2 ou mais vezes por semana” acompanhados de sensação de não conseguir parar de comer ou controlar o quê e quanto estava comendo e relato de ficar bastante ou muito irritado. Para ser considerado com comportamento de risco para TA, o estudante deveria relatar pelo menos um desses comportamentos listados.

4.3.3. Imagem Corporal

A imagem corporal é definida como a figura que temos em nossa mente do tamanho e forma de nosso corpo; e os nossos sentimentos em relação a estas características e as partes constituintes do corpo (SLADE, 1994).

Assim como para os comportamentos de risco para TA, considera-se que a avaliação da imagem corporal é importante no presente estudo uma vez que estudos apontam insatisfação corporal em estudantes de Nutrição (BOSI et al., 2006b; GONÇALVES et al., 2008). Além disso, indivíduos com insatisfação corporal são mais vulneráveis a atitudes alimentares inadequadas (MARKEY e MARKEY, 2005).

A imagem corporal foi avaliada pela Escala de Silhuetas Brasileiras (KAKESHITA et al., 2009). Esta escala é composta por 15 figuras de silhuetas (Anexo 4), na qual a média de IMC correspondente a cada figura varia de 12,5 a 47,5 kg/m², com diferença constante de 2,5 pontos entre elas (Anexo 5). Cada figura é numerada de 1 a 15, sendo que esse valor aumenta de acordo com a média de IMC que a figura representa. A escala apresentou coeficiente de correlação positivo e significativo para o IMC real e IMC percebido como atual entre teste e reteste (KAKESHITA et al., 2009).

Os universitários responderam às perguntas: 1) “Qual figura representa seu corpo atual?”; 2) “Qual figura representa o corpo que você gostaria de ter?”

O grau de satisfação corporal foi obtido pela diferença entre as figuras que representam o corpo atual e o corpo que gostaria de ter/desejado (KAKESHITA et al., 2009).

Figura 2 – Grau de satisfação corporal

$$\boxed{\text{Satisfação corporal}} = \boxed{\text{número da figura que representa o corpo atual}} - \boxed{\text{número da figura que representa o corpo que gostaria de ter}}$$

Se a imagem escolhida como atual foi igual à escolhida como desejada, não existe diferença entre a imagem atual e a desejada e o indivíduo foi considerado “satisfeito” com sua imagem corporal. Se a imagem escolhida como atual foi diferente a escolhida como desejada, o indivíduo foi considerado “insatisfeito”, sendo que quanto maior o tamanho da diferença, maior a insatisfação com a imagem corporal.

Os universitários foram avaliados com relação à satisfação corporal: se insatisfeitos, foram avaliados com relação ao desejo de formas corporais maiores ou menores e com relação à amplitude da insatisfação corporal (escore atual – gostaria de ter). Se o valor da diferença entre

as figuras que representam o corpo atual e o desejado for positivo, foi considerado que o indivíduo gostaria de ter uma imagem menor do que a indicada como atual. Se for negativo, foi considerado que o indivíduo gostaria de ter uma imagem maior do que a indicada como atual. A insatisfação foi considerada pequena quando a diferença entre as figuras que representam o corpo atual e o desejado era igual a um ou menos 1. A insatisfação foi considerada grande quando a diferença entre as figuras que representam o corpo atual e o desejado era maior que um ou menor que menos um.

A percepção corporal foi avaliada pela diferença entre o número da figura que representa o corpo atual e o número que representa o IMC real do universitário.

Figura 3 – Percepção corporal

$$\boxed{\text{Percepção corporal}} = \boxed{\text{número da figura que representa o corpo atual}} - \boxed{\text{número da figura que representa o IMC real}}$$

Os universitários com distorção na percepção corporal, ou seja, número figura atual diferente do correspondente ao IMC real, foram avaliados com relação à magnitude da distorção da percepção corporal (escore atual – IMC real). Se o número da figura escolhida como atual for diferente do número da figura que representa o IMC real, quanto maior o tamanho da diferença, maior a distorção da percepção corporal. A distorção foi considerada pequena quando a diferença entre as figuras que representam o corpo atual e o corpo real era igual a um ou menos um. A distorção foi considerada grande quando a diferença entre as figuras que representam o corpo atual e o corpo real era maior que um ou menor que menos um.

4.3.4. Relacionamento com a comida

Atitudes alimentares são definidas como crenças, pensamentos, sentimentos, comportamentos e relacionamento com os alimentos (ALVARENGA et al., 2010). Sabe-se que as atitudes são influenciadas por fatores ambientais – como cultura, família, religião e sociedade, bem como por fatores internos – como sentimentos, pensamentos, crenças e tabus (ALVARENGA e

KORITAR, 2015). E, embora se considere que a relação com a comida pode não estar diretamente relacionada à percepção de alimentação saudável, a investigação desta relação foi considerada de importância.

Desta forma, o relacionamento com a comida foi avaliado por meio da subescala “Relação com a Comida” (Anexo 6) da Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas (EAAT), que se propõe a avaliar as atitudes relacionadas à maneira com a qual indivíduos lidam - em termos de controle, recusa, culpa, raiva, desejo e vergonha – com os alimentos (ALVARENGA et al., 2014). Esta escala foi desenvolvida e validada no Português com universitárias, sendo que a subescala “Relação com a comida” é composta por 12 questões pontuadas em escala do tipo Likert, cujas respostas variam de sempre (5 pontos) a raramente ou nunca (1 ponto). Dessa forma, a pontuação varia de 12 a 60, sendo que quanto maior a pontuação, pior é o relacionamento com a comida (ALVARENGA et al., 2010).

4.3.5. Percepção de Alimentação Saudável

Não foram localizados instrumentos com o objetivo específico de avaliar a percepção de alimentação saudável. Os existentes relacionados de alguma forma com esta área – validados no Brasil - avaliam construtos específicos como conhecimento nutricional (SCAGLIUSI et al., 2006), restrição alimentar (SCAGLIUSI et al., 2004), atitudes transtornadas (ALVARENGA et al., 2010), atitudes com relação à saúde (SOARES et al., 2006) e atitudes com relação ao sabor (KORITAR et al., 2014) – entre outros. Mesmo no cenário internacional, escalas da área da alimentação valiam outros construtos como escolhas alimentares (POLLARD e WARDLE, 1995), restrição, desinibição e fome (STUNKARD e MESSICK, 1985), neofobia (PLINER e HOBDEN, 1992), motivação com a comida (MARTINS e PLINER, 1998), apetite emocional (NOLAN et al., 2010), preocupação com a comida (TAPPER e POTHOS, 2010), etc.

O estudo mencionado na introdução, que avaliou o conceito de alimentação saudável de profissionais da saúde (SILVA et al., 2002) utilizou instrumento próprio com uma pergunta aberta específica para essa avaliação “*Como você conceitua a alimentação saudável?*”.

Uma leitura crítica de vários estudos discutindo alimentação saudável foi realizada, bem como uma avaliação das escalas existentes e conhecidas na área da alimentação. Uma vez que perguntas diretas sobre o que seria alimentação saudável, mesmo que feitas na forma de uma entrevista aberta poderiam gerar uma resposta do tipo “aquilo que devo falar” ou “aquilo que querem ouvir” (ou o nomeado desejo de aceitação social), e considerando que questões fechadas poderiam limitar as respostas às opções dadas foram buscadas e discutidas alternativas que pudessem gerar respostas mais espontâneas e amplas.

Todas as questões elencadas para avaliação da percepção de alimentação saudável foram submetidas à avaliação de especialistas (15 nutricionistas) para que respondessem de forma online: se acreditavam que as questões propostas eram úteis para avaliar o conceito dos estudantes de graduação em Nutrição; se mudariam ou excluiriam alguma pergunta; e se sugeririam a inclusão de alguma questão. As sugestões dadas pelos especialistas foram discutidas e sugestões pertinentes foram consideradas, gerando uma nova versão, avaliada em pré-teste com estudantes de Nutrição de uma instituição privada do município de São Paulo.

Desta forma, as questões são:

Questões de livre associação

Uma associação livre é destinada a examinar um pensamento padrão por meio do questionamento da primeira palavra que vem à mente do indivíduo quando pensa em algo. Essa medida tem sido utilizada com sucesso para contribuir para a compreensão do significado das palavras (ROZIN et al., 2002).

A associação livre foi usada para avaliar compreensão de uma lista de doze alimentos: carne, chocolate, quinoa, açúcar, pão, feijoadada, manteiga, arroz, feijão, bolo de festa, abacate e pão de queijo (questão 1 do anexo 7).

Para cada uma dessas palavras, foi solicitado que os universitários respondessem “Qual a primeira palavra que lhe vem à mente quando você pensa em _____?”.

As respostas às questões de associação livre foram agrupadas em categorias por alimento. As categorias foram classificadas de acordo com palavras positivas, negativas ou neutras.

Situação hipotética:

Com o mesmo objetivo de resposta mais espontânea, uma situação hipotética descrita no estudo de Rozin et al. (ROZIN et al.,1996) foi adaptada e utilizada para discutir o conceito de alimentação saudável (questão 2 do anexo 7).

Nessa questão, a partir de uma lista não randomizada com (a) Arroz cozido, (b) Banana, (c) Brócolis, (d) Cachorro quente, (e) Leite com chocolate e (e) Maçã, o estudante apontou qual, dentre os alimentos listados, ele escolheria para ter disponível e garantir sua sobrevivência se ele estivesse sozinho numa ilha deserta apenas com água e laranja.

A frequência de escolha dos alimentos foi verificada e utilizada para ordenar os alimentos do mais escolhido para o menos escolhido para o total dos universitários.

Questões abertas:

Algumas questões abertas foram elaboradas especificamente para esse estudo a partir da leitura de estudos da área para avaliar o que o estudante entende como principal função da alimentação saudável; o que acredita que é ser nutricionista; o que é mais importante para exercer a profissão; e a área que mais lhe interessa na nutrição (questões 3 e 10 do anexo 7).

Estudos de Caso:

Também com objetivo de uma avaliação mais espontânea, e tendo como inspiração os estudos de Harvey e colaboradores (HARVEY et al.,2002) e Puhl e colaboradores (PUHL et al. 2009) que avaliaram atitudes em relação à obesidade por parte de nutricionistas, quatro casos hipotéticos foram adaptados descrevendo pacientes que buscaram atendimento nutricional com as demandas de perder peso, trocar gordura por massa magra e perder gordura localizada (questão 4 do anexo 7).

Nos perfis dos casos hipotéticos foram descritos a) dados demográficos como idade e sexo; dados antropométricos como peso, estatura, IMC, porcentagem de gordura corporal e circunferência abdominal; b) exames bioquímicos e pressão arterial, incluindo colesterol total

e frações (HDL-colesterol e LDL-colesterol), glicemia de jejum e pressão arterial; c) hábitos de vida como horas de sono e prática de atividade física; d) informações sobre a dieta incluindo consumo energético diário, percentual de energia consumida em gorduras, consumo diário de frutas, consumo diário de verduras e legumes, e consumo de fibras; além de e) escolhas e práticas alimentares.

Dos estudos de caso, dois eram do sexo feminino e dois eram do sexo masculino. Os dois casos do sexo feminino, da mesma forma que os dois casos do sexo masculino, tinham os mesmos dados demográficos, antropométricos, resultados de exames clínicos e pressão arterial e hábitos de vida, diferindo apenas com relação às escolhas e práticas alimentares, sendo uma delas caracterizada por atitudes mais “positiva” com relação à alimentação e a outra caracterizada por atitudes mais “disfuncionais”, descritas no quadro abaixo:

Quadro 6 – Escolhas e práticas alimentares

Atitudes mais disfuncionais	Não come frituras, nem doces, nem refrigerantes Usa habitualmente produtos diet e light Dá preferência a alimentos integrais Trocou pão por tapioca Não come arroz branco, apenas integral ou quinoa Evita restaurantes e eventos sociais com comida
Atitudes mais positivas	Evita frituras, doces e refrigerantes Dá preferência a alimentos integrais Tem arroz, feijão, carne e vegetais como base de sua dieta Sai para comer em restaurantes no fim de semana Valoriza eventos sociais e o prazer em comer Gosta de cozinhar e comer em família

Na comparação dos casos do sexo feminino e masculino, os dados antropométricos e de exames clínicos apresentavam resultados similares, respeitando-se as variações para os padrões do sexo masculino e do feminino. As informações sobre os hábitos de vida e sobre a dieta eram as mesmas, independente do sexo.

Os casos foram distribuídos de forma randômica no site do Nutri-HS de forma que aproximadamente 25% da amostra respondessem a cada um dos casos. Foram verificadas

possíveis diferenças na forma como os estudantes avaliam a qualidade da dieta do paciente, o estado de saúde e as práticas alimentares.

Fontes de Informação:

A fim de conhecer as principais fontes de informação utilizadas para se atualizar, avaliar possíveis associações com a percepção de alimentação saudável e introduzir os artigos de revista, os participantes foram questionados sobre as três principais fontes de informação utilizadas para se atualizar (questão 5 do anexo 7).

Recortes da mídia:

Objetivando também uma avaliação mais espontânea, foram selecionados trechos de três artigos disponíveis em páginas da internet sobre “alimentação saudável” (questão 6 do anexo 7).

Com a finalidade de apresentação e discussão dos resultados, o primeiro recorte foi intitulado de “Consumo alimentar pré e pós ceia de Natal”, o segundo recorte foi intitulado de “Consumo durante a ceia de Natal” e o terceiro recorte de “Consumo de chocolate na Páscoa”.

Para cada um dos recortes, os universitários deveriam responder duas questões fechadas e duas questões abertas. Nas questões fechadas, solicitou-se que os universitários respondessem em escala do tipo Likert de cinco pontos, variando de discordo totalmente a concordo totalmente:

- a) O quanto concordavam com o conteúdo da matéria e;
- b) O quanto se sentiriam confortáveis em ter seus nomes associados à mesma.

Nas questões abertas, solicitou-se que destacassem pontos que considerassem “úteis” e “não úteis” para a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde por meio da alimentação.

Fatores de relevância para uma alimentação saudável e para estar saudável, e afirmações sobre alimentação e sobre o nutricionista

Considerando a complexidade da avaliação de ideias e percepções e da inexistência de instrumentos específicos para a compreensão do conceito de alimentação saudável e do que é ser saudável, foram utilizados uma série de questões inspiradas em documentos governamentais como o Guia Alimentar Brasileiro (BRASIL, 2014); da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004); e de diversos estudos que de alguma forma exploram a temática atitude alimentar (ROININEN et al., 1999; DONINI et al., 2005; SOARES et al., 2006; ALVARENGA et al., 2012), por meio de perguntas fechadas.

Uma das questões elencadas questionou o grau de importância para uma alimentação saudável, numa lista de 14 fatores (numerados de 1 a 14 de acordo com a relevância, sendo 1 o mais importante e 14 o menos importante). Foram listados também 12 fatores importantes para estar saudável, do mesmo modo, de 1 ao 12 de acordo como o grau de importância (questão 8 e 9 do anexo 7).

Foram listadas afirmativas sobre características desejáveis para nutricionistas, modificações de atitudes em decorrência da graduação em Nutrição e, afirmativas sobre atitudes com relação à alimentação para respostas de acordo com o grau de concordância, em escala do tipo Likert de 5 pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” (questão 7 do anexo 7).

Ainda, afirmativas sobre diferentes atitudes com relação à alimentação foram listadas. Estas incluíram afirmativas baseadas no Guia Alimentar Brasileiro (BRASIL, 2014); questões do ORTO-15 - instrumento desenvolvido com o intuito de avaliar comportamento de ortorexia nervosa (DONINI et al., 2005; ALVARENGA et al., 2012), - da subescala Interesse em Saúde Geral da Escala de Atitudes em relação à Saúde e ao Sabor (EARSS) (ROININEN et al., 1999; SOARES et al., 2006) - que avalia atitudes em relação à saúde. As respostas também foram dadas em escala do tipo Likert de 5 pontos.

Percepção de alimentação saudável

As respostas à pergunta “Qual é para você a principal função da alimentação?”, classificadas em função biológica e função biopsicossociocultural, foram utilizadas para investigar a

associação ou relação entre percepção de alimentação saudável e fatores relacionados à formação e ao estudante. Foram utilizadas ainda para prever a percepção de alimentação saudável a partir de outras variáveis desse estudo, como variáveis de caracterização da amostra, atitudes com relação à alimentação e ao corpo, classificação dos alimentos de associação livre, escolha do alimento na ilha, fontes de informação utilizadas para se atualizar e função do nutricionista.

4.4. ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística dos dados foi realizada utilizando o software SPSS versão 21.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) e software R 3.2.0. Para todas as análises foi adotado um nível de significância de $p < 0,05$.

Para a descrição dos resultados, as variáveis contínuas estão apresentadas em medidas de posição (média) e dispersão (desvios-padrão) e as variáveis categóricas estão apresentadas em frequência.

A normalidade das variáveis foi testada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Dada a não normalidade das variáveis, apesar do tamanho da amostra, adotou-se por uma conduta mais tradicional e utilização de testes não paramétricos.

A partir dos resultados de comportamento de risco para transtornos alimentares foram verificadas relações com idade e IMC por meio do teste de Mann Whitney e associações com sexo, estado nutricional, tipo de instituição de ensino e fase da graduação pelo teste Qui-quadrado.

Com relação à imagem corporal foram verificadas associações entre satisfação corporal, desejo de formas corporais maiores ou menores e amplitude da insatisfação corporal com o tipo de instituição de ensino, fase da graduação, sexo, estado nutricional e comportamento de risco para TA por meio do teste Qui-Quadrado.

Foram verificadas associações entre distorção na percepção corporal e amplitude da distorção da percepção corporal com o tipo de instituição de ensino, fase da graduação, sexo, estado nutricional e comportamento de risco para TA por meio do teste Qui-Quadrado.

Para os resultados de relacionamento com a comida foram verificadas correlações entre a pontuação na subescala “Relação com a comida” da EAAT e IMC e idade por meio da Correlação de Spearman; e relações entre pontuação na subescala “Relação com a comida” da EAAT e tipo de instituição de ensino, fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamento de risco para TA, satisfação corporal e percepção corporal por meio do teste de Mann Whitney.

Para a situação hipotética da ilha deserta, a frequência de escolha dos alimentos foi verificada e utilizada para ordenar os alimentos do mais escolhido para o menos escolhido para o total dos universitários. Foram avaliadas as diferenças na frequência de escolha dos alimentos de acordo com tipo de instituição de ensino, fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamento de risco para TA e satisfação corporal por meio do teste Qui-quadrado para uma variável.

Para as 12 questões de associação livre, as respostas foram agrupadas em categorias por alimento. As categorias foram classificadas de acordo com palavras positivas, negativas ou neutras, valendo, respectivamente, 1, -1 e 0. Estão apresentadas a frequência das categorias para o total de alimentos e por alimento, bem como a frequência de palavras positivas, negativas ou neutras por alimento.

Além disso, após a soma das classificações das 12 palavras, obteve-se a média e o desvio-padrão para o total de estudantes, de acordo com o tipo de instituição de ensino, fase da graduação, estado nutricional, comportamento de risco para TA e satisfação corporal, e as diferenças entre os grupos foram testadas por meio do teste de Mann Whitney.

Com relação aos estudos de caso, foi testada a diferença na frequência dos estudos de caso por meio do teste Qui-quadrado e a diferença das variáveis: idade, instituição de ensino, fase da graduação, estado nutricional, satisfação corporal, comportamento de risco para os quatro estudos de caso por meio do teste Kruskal-Wallis. Os dados estão apresentados em média e desvio padrão de acordo com o estudo de caso para as variáveis de avaliação geral do caso clínico e avaliação das escolhas e práticas alimentares. Foram verificadas as diferenças entre as médias das variáveis de caso clínico e de escolhas e práticas alimentares dos pacientes com

perfil mais restritivo e com perfil mais permissivo de acordo com sexo por meio do teste de Mann Whitney. Foram verificadas as diferenças entre as médias das variáveis de caso clínico para os quatro pacientes por meio do teste Kruskal-Wallis.

As questões abertas foram analisadas de forma qualitativa, tendo como base a análise de conteúdo (BARDIN, 1995). As respostas foram analisadas com o apoio do software Atlas.ti versão 7.5.2 (Scientific Software Development GmbH, Berlin, Germany) e codificadas em categorias analíticas com base na Análise de Conteúdo (BARDIN, 1995).

As três principais fontes de informação, após a codificação em categorias múltiplas, estão apresentadas em frequência e porcentagem por categoria; e após codificação em categorias binárias, estão apresentadas em frequência e porcentagem por categoria e também se levando em consideração o tipo de instituição de ensino e a fase da graduação. O teste qui-quadrado foi utilizado para avaliar se existe associação entre as três principais fontes de informação codificadas em categorias binárias e o tipo de instituição de ensino, a fase da graduação e a percepção da função da alimentação.

Para as respostas aos artigos de revista, as questões de concordância foram analisadas por meio da frequência e porcentagem, bem como média e desvio padrão. Avaliou-se por meio do teste de Mann Whitney a diferença na média de acordo com o tipo de instituição de ensino, fase da graduação, sexo, estado nutricional, satisfação corporal e comportamento de risco para TA. Os pontos indicados como úteis e não úteis para a promoção da saúde foram analisados e agrupados de acordo com o discurso, levando-se em consideração, frequência e porcentagem dos mesmos.

Os fatores de relevância para alimentação saudável e estar saudável foram organizados por frequência ponderada a partir dos valores atribuídos para a amostra total, e de acordo com o tipo de instituição, fase da graduação e estado nutricional. A média e o desvio padrão de acordo com a instituição, fase da graduação e classificação do estado nutricional foram analisados, sendo que, como o fator 1 era considerado o mais importante e 14 (para alimentação saudável) ou 12 (para estar saudável) o menos importante, quanto menor a média, maior é a importância dada ao fator.

As afirmativas sobre características desejáveis para nutricionistas, modificações de atitudes em decorrência da graduação em Nutrição e, afirmativas sobre atitudes com relação à alimentação foram analisadas pela média, desvio padrão e frequência de concordância para amostra geral, e

de acordo com tipo de instituição, fase da graduação e estado nutricional. Os efeitos dos grupos sobre as variáveis foram avaliados por meio do teste Kruskal-Wallis. A correlação entre as características da amostra e as afirmativas de concordância foi testada por meio da Correlação de Spearman.

A associação entre a percepção de alimentação saudável e questões relacionadas à formação acadêmica (como tipo de instituição e fase da graduação) e ao estudante (como sexo, estado nutricional, comportamentos de risco para transtornos alimentares e satisfação corporal) foi testada por meio do teste qui-quadrado.

A relação entre a percepção de alimentação saudável e o relacionamento com a comida foi testada por meio do teste de Mann Whitney.

Com a finalidade de explorar a relação entre a percepção de alimentação saudável com todas as demais variáveis e prever a percepção da função da alimentação a partir dessas variáveis, foi utilizado um modelo de Árvore de Classificação e Regressão (CART) binário ajustado de modo a minimizar erro de validação e incluindo matriz de custo de classificação errônea assimétrica, adotando que classificar função biopsicossociocultural como biológica é 4 vezes pior que classificar função biológico como biopsicossociocultural. Para essa análise foi utilizado o software R 3.2.0.

5. RESULTADOS e DISCUSSÃO

Pela amplitude dos dados, os resultados e a discussão (incluindo os artigos elaborados) estão apresentados em tópicos: 1. Características Gerais; 2. Atitudes com relação à alimentação e ao corpo; 3. Associação Livre; 4. Ilha Deserta; 5. Função da Alimentação e do Nutricionista; 6. Estudo de caso; 7. Fontes de informação; 8. Recortes da Mídia; 9. Fatores relevantes para uma alimentação saudável e para estar saudável; e 10. Percepção de alimentação saudável (tópico que integra os resultados e a discussão).

Os resultados dos tópicos: 3. Associação Livre; 4. Ilha Deserta; 5. Função da Alimentação e do Nutricionista; 6. Estudo de caso; 8. Recortes da Mídia; e 9. Fatores relevantes para uma alimentação saudável e para estar saudável foram utilizados para discutir a percepção de alimentação saudável e compõem o tópico 10. Percepção de alimentação saudável (Figura 1).

As variáveis dos tópicos: 1. Características Gerais; 2. Atitudes com relação à alimentação e ao corpo; 7. Fontes de informação foram utilizadas para investigar possíveis associações e relações com a percepção de alimentação saudável e compõem o tópico 10. Percepção de alimentação saudável (Figura 4).

As variáveis e resultados de todos os tópicos foram utilizadas para a predição da percepção de alimentação saudável por meio da Árvore de Classificação e Regressão e compõem o tópico 10. Percepção de alimentação saudável (Figura 4).

Figura 4 – Apresentação e integração dos resultados

Atendendo as normas do Programa de Pós-graduação em Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, três artigos foram elaborados:

- 1) “Qual o papel da alimentação? O que significa ser nutricionista?”, correspondente ao item 5.4. Função da alimentação e do nutricionista na perspectiva de estudantes de Nutrição;
- 2) “Há relação entre as fontes de informação utilizadas por estudantes de nutrição e a percepção sobre função da alimentação?”, correspondente ao item 5.7. Fontes de Informação;
- 3) “Fatores relevantes para uma alimentação saudável e para estar saudável na perspectiva de estudantes de Nutrição”, correspondente ao item 5.9. Fatores relevantes para uma alimentação saudável e para estar saudável.

Dos 1462 inscritos no NutriHS, 449 foram excluídos de acordo com os critérios (Figura 5), e 388 foram excluídos pois não haviam respondido nenhum dos instrumentos relacionados a essa pesquisa. Dessa forma, a amostra é composta por 625 universitários que responderam, pelo menos, um dos instrumentos relacionados à pesquisa em questão.

Figura 5 – Seleção da amostra

Dos 625 universitários, 100% responderam questões de livre associação, estudo de caso e o caso hipotético da ilha deserta. A menor porcentagem de resposta (66,9%) foi para subescala Relação com a comida. Em todos os instrumentos, a porcentagem de respondentes foi maior entre os universitários de instituições públicas de ensino (Tabela 1).

Tabela 1 – Respostas aos instrumentos de acordo com o total de estudantes e por instituição pública e privada.

Apresentação dos resultados	Instrumentos	Total (N=625) N (%)	Pública (N=110) N (%)	Privada (N=515) N (%)
1. Características Gerais	Sociodemográfico e Estado Nutricional	625 (100,00)	110 (100,00)	515 (100,00)
2. Atitudes com relação à alimentação e ao corpo	Imagem Corporal	427 (68,31)	87 (79,09)	340 (66,02)
	Comportamento de Risco TA	419 (67,04)	85 (77,27)	334 (64,85)
	Relacionamento com a comida	417 (66,72)	83 (75,45)	334 (64,85)
3. Associação livre	Livre associação	625 (100,00)	110 (100,00)	515 (100,00)
4. Ilha deserta	Ilha deserta	625 (100,00)	110 (100,00)	515 (100,00)
5. Função da alimentação e do nutricionista (Artigo)	Função da Alimentação	471 (75,36)	94 (85,45)	377 (73,20)
	Ser nutricionista é	471 (75,36)	94 (85,45)	377 (73,20)
6. Estudo de caso	Estudo de caso	625 (100,00)	110 (100,00)	515 (100,00)
7. Fontes de informação (Artigo)	Fontes de Informação	499 (79,84)	95 (86,36)	404 (78,45)
8. Recortes da Mídia	Recortes da Mídia	501 (80,16)	95 (86,36)	406 (78,83)
9. Fatores relevantes para uma alimentação saudável e para estar saudável (Artigo)	Estudar e ser nutricionista	472 (75,52)	94 (85,45)	378 (73,40)
	Alimentação e ser saudável	472 (75,52)	94 (85,45)	378 (73,40)
10. Percepção de alimentação saudável	Todos	607 (97,12)	107 (97,27)	500 (97,08)

5.1. Características Gerais

Os 625 estudantes de graduação em Nutrição avaliados representam 2,8% do total de matriculados, provenientes de 42 instituições de ensino cadastradas no MEC, distribuídas em 25 municípios e 13 mesorregiões do estado de São Paulo (Figura 6, Apêndice 1). De acordo com os dados do DataViva, fornecidos pelo INEP/MEC, em 2015 haviam aproximadamente 22.300 estudantes de graduação em Nutrição no estado de São Paulo – 24,3% do total de estudantes de Nutrição do Brasil.

Figura 6 – Mesorregiões do estado de São Paulo com o número de instituições de ensino participantes na pesquisa

Das instituições, quatro eram públicas e 38 eram privadas. As instituições públicas participantes estavam presentes em quatro mesorregiões (Metropolitana de São Paulo, Vale do Paraíba Paulista, Piracicaba e Ribeirão Preto) enquanto que as instituições privadas estavam presentes em 13 mesorregiões, sendo que 31,6% das instituições privadas estavam presentes na mesorregião Metropolitana de São Paulo (Apêndice 2).

Dos 625 universitários, 110 (17,6%) eram provenientes de instituições públicas e 515 (82,4%) eram provenientes de instituições privadas de ensino.

A mesorregião com maior frequência de estudantes de graduação em Nutrição no estado de São Paulo é a Metropolitana de São Paulo, igualmente na amostra desse estudo (Gráfico 1), onde mais da metade dos universitários (52,8%) estavam matriculados em instituições na mesorregião Metropolitana de São Paulo (Apêndice 3).

Gráfico 1 – Frequência de estudantes de graduação em Nutrição no estado de São Paulo por mesorregião (população total de estudantes e na amostra).

As características sociodemográficas dos participantes estão na Tabela 2. A idade média da amostra foi de 23,42 (DP=2,96), sem diferença entre aqueles de instituições públicas ou privadas. A maioria era do sexo feminino, assim como nos inscritos no CRN-3 no ano de 2016²;

² De acordo com informação fornecida pelo CRN-3 via e-mail.

70% se declararam da cor branca, sendo a frequência de estudantes brancos maior entre aqueles de instituição pública, e de cor parda maior entre aqueles de instituições privadas (Tabela 2).

A maioria era solteira, grande parte trabalhava durante a graduação e morava com os pais ou responsáveis; 35% dos chefes da família tinham cursado apenas até o 2º grau completo, e 70% tinham renda familiar inferior a 5 salários mínimos. Entre aqueles de instituições privadas, houve mais estudantes casados ou divorciados, que moravam com companheiro ou esposo, com renda familiar inferior a 5 salários mínimos e que trabalhavam durante a graduação. Entre estudantes de instituições públicas, havia mais estudantes solteiros, que residiam com amigos e chefes das famílias com ensino superior completo (Tabela 2).

Tabela 2 – Características sociodemográficas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=625)

Variáveis		Geral (N=625)	Pública (N=110; 17,6%)	Privada (N=515; 82,4%)	p
Idade Média (DP)		23,42 (2,96)	23,43 (2,20)	23,42 (3,09)	0,426
Sexo N (%)	Feminino	584 (93,4)	106 (96,4)	478 (92,8)	0,207
	Masculino	41 (6,6)	4 (3,6)	37 (7,2)	
Cor da Pele N (%)	Branca	436 (69,8)	88 (80,0)	348 (67,6)	a
	Negra	35 (5,6)	4 (3,6)	31 (6,0)	
	Parda	128 (20,5)	11 (10,0)	117 (22,7)	
	Amarela	18 (2,9)	6 (5,5)	12 (2,3)	
	Indígena	2 (0,3)	0 (0,0)	2 (0,4)	
	Não sabe	6 (1,0)	1 (0,9)	5 (1,0)	
Estado Civil N (%)	Solteiro	562 (89,9)	109 (99,1)	453 (88,0)	a
	Casado	57 (9,1)	1 (0,9)	56 (10,9)	
	Divorciado	6 (1,0)	0 (0,0)	6 (1,2)	
Reside com N (%)	Sozinho	30 (4,8)	9 (8,2)	21 (4,1)	0,000
	Companheiro ou esposo	72 (11,5)	5 (4,5)	67 (13,0)	
	Pais ou responsável	485 (77,6)	68 (61,8)	417 (81,0)	
	Amigos (república)	38 (6,1)	28 (25,5)	10 (1,9)	
Escolaridade do chefe da família N (%)	Nunca frequentou escola	6 (1,0)	2 (1,8)	4 (0,8)	a
	1º grau incompleto	135 (21,6)	9 (8,2)	126 (24,5)	
	1º grau completo	77 (12,3)	6 (5,5)	71 (13,8)	
	2º grau completo	237 (37,9)	33 (30,0)	204 (39,6)	
	Universitário	115 (18,4)	38 (34,5)	77 (15,0)	
	Pós-graduação	55 (8,8)	22 (20,0)	33 (6,4)	
Renda familiar N (%)	<1 Salário Mínimo	23 (3,7)	2 (1,8)	21 (4,1)	a
	1 - 5 Salários Mínimos	417 (66,7)	46 (41,8)	371 (72,0)	
	6 - 10 Salários Mínimos	80 (12,8)	32 (29,1)	48 (9,3)	
	>10 Salários Mínimos	48 (7,7)	19 (17,3)	29 (5,6)	
	Não sabe	57 (9,1)	11 (10,0)	46 (8,9)	
Trabalha N (%)	Sim	365 (58,4)	49 (44,5)	313 (61,4)	0,001
	Não	260 (41,6)	61 (55,5)	199 (38,6)	

^a Não foi possível realizar o teste qui-quadrado, pois houve frequência inferior àquela adequada para o teste em uma ou mais variáveis.

A média de IMC foi de 22,82 kg/m² (DP 3,82) e a maioria era eutrófico (Tabela 3).

Tabela 3 – Características dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo com relação ao Índice de Massa Corpórea (IMC) e classificação do estado nutricional (N=625).

Variáveis		Geral (N=625)	Pública (N=110)	Privada (N=515)	P
IMC Média (DP)		22,82 (3,82)	22,04 (3,53)	22,99 (3,87)	0,012
Estado Nutricional N (%)	Baixo Peso	45 (7,2)	11 (10,0)	34 (6,6)	*
	Peso Normal (eutrofia)	439 (70,2)	84 (76,4)	355 (68,9)	
	Sobrepeso	110 (17,6)	12 (10,9)	98 (19,0)	
	Obesidade	31 (5,0)	3 (2,7)	28 (5,4)	
Estado Nutricional N (%)	Peso Baixo + eutrofia	484 (77,4)	95 (86,4)	389 (75,5)	0,012
	Excesso de peso	141 (22,6)	15 (13,6)	126 (24,5)	

*Não foi possível realizar o teste Qui-quadrado, pois houve frequência inferior àquela adequada para o teste em uma ou mais variáveis

Com relação ao estilo de vida, a maioria declarou não consumir bebidas alcoólicas nunca ou menos de um dia por mês, não fumar e mais da metade dos estudantes foram classificados como ativos (Tabela 4).

Tabela 4 - Características dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo com relação ao consumo de álcool, hábito de fumar e prática de atividade física (N=625).

Variáveis	Geral (N=625)	Pública (N=110)	Privada (N=515)	P
Consumo de álcool				
1 ou mais dias por semana	73 (11,7)	21 (19,1)	52 (10,1)	0,004
Menos de 1 dia por semana	101 (16,2)	23 (20,9)	78 (15,1)	
Nunca ou menos de 1 dia por mês	451 (72,2)	66 (60,0)	385 (74,8)	
Fumo				
Não	605 (96,8)	107 (97,3)	498 (96,7)	0,520
Sim	20 (3,2)	3 (2,7)	17 (3,3)	
	(N=435)	(N=88)	(N=347)	
Nível de atividade física				
Muito ativo	73 (16,8)	11 (12,5)	62 (17,9)	0,263
Ativo	246 (56,6)	48 (54,5)	198 (57,1)	
Irregularmente ativo	84 (19,3)	23 (26,1)	61 (17,6)	
Sedentário	32 (7,4)	6 (6,8)	26 (7,5)	

Aproximadamente metade dos universitários (50,9%) estava no início da graduação (1º e 2º anos), destes 32,7% em instituição pública e 54,8% em privada. O percentual daqueles no final da graduação (49,1%) foi maior entre os de instituições públicas (67,3% versus 45,2%; p <0,001).

Não foram encontradas diferenças entre sexo feminino e masculino para idade, fase da graduação e trabalho (dados não apresentados). Entre universitários do sexo masculino houve maior frequência daqueles com excesso de peso (36,6% versus 21,6%; $p = 0,033$).

Mesmo considerando-se as diferenças de acordo com o tipo de instituição de ensino, o presente estudo é composto majoritariamente por universitários do sexo feminino, eutróficos, referindo cor branca, solteiros, que residem com pais ou responsáveis, com renda familiar inferior a cinco salários mínimos, cujos chefes da família cursaram pelo menos 2º grau completo.

Os demais constructos serão avaliados e discutidos levando-se em consideração esse perfil, em especial, tipo de instituição de ensino, fase da graduação, sexo e estado nutricional.

5.2. Atitudes com relação à alimentação e ao corpo

Para avaliação das atitudes com relação à alimentação e ao corpo foram analisados os constructos de comportamento de risco para TA, imagem corporal e relacionamento com a comida.

Dos universitários que responderam o instrumento de comportamento de risco para TA, 97 (23,2%) relataram algum tipo de comportamento de risco com frequência maior do que uma vez por semana (Gráfico 2).

O comportamento mais frequente foi a restrição alimentar, seguida da compulsão - os comportamentos de purgação foram relatados com menor frequência, dos quais o uso de diuréticos foi o mais frequente (Gráfico 2).

Comer excessivamente foi relatado por 91 (22,1%) dos universitários, apesar de que 10,7% referiram que os episódios de comer excessivamente eram acompanhados de sensação de não conseguir parar de comer ou controlar o quê e quanto estava comendo e também bastante ou muito irritado - caracterizando, portanto, compulsão alimentar em 10,7% da amostra.

Dos 97 universitários COM comportamento de risco para TA, 80,4% relataram apenas um comportamento de risco; e 19,6% relataram dois ou mais comportamentos.

Gráfico 2 – Comportamento de risco para transtornos alimentares entre os estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=419)

Não houve diferença entre os universitários com e sem comportamento de risco para TA quanto à média de idade ($p=0,409$); entretanto, o IMC médio foi maior entre aqueles COM comportamento de risco para TA (24,79 kg/m² versus 22,32 kg/m²; $p<0,001$).

Foram observadas também frequências diferentes do esperado de acordo com a classificação do estado nutricional (Tabela 5), sendo que universitários com excesso de peso apresentaram uma frequência maior de comportamentos de risco para TA, com maior frequência de compulsão alimentar e de purgação. Não foi observada frequência diferente do esperado de acordo com sexo (Tabela 5).

Tabela 5 – Comportamento de risco para transtornos alimentares de acordo com o sexo e o estado nutricional de estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=419)

Comportamento	Feminino (N=391)	Masculino (N=28)	p	Peso Baixo + Normal (N=320)	Excesso de peso (N=99)	p
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Risco TA	92 (23,5)	5 (17,9)	0,492	58 (18,1)	39 (39,4)	0,000
Restrição	57 (14,6)	2 (7,1)	0,401	41 (12,8)	18 (18,2)	0,180
Purgação	11 (2,8)	1 (3,6)	0,569	5 (1,6)	7 (7,1)	0,004
Vômitos	1 (0,3)	0 (0,0)		1 (0,3)	0 (0,0)	
Diuréticos	6 (1,5)	1 (3,6)		4 (1,3)	3 (3,0)	
Laxantes	4 (1,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	4 (4,0)	
Compulsão	43 (11,0)	2 (7,1)	0,755	26 (8,1)	19 (19,2)	0,002

Com relação ao tipo de instituição de ensino e a fase da graduação só houve frequência diferente do esperado para compulsão alimentar - que foi mais frequente em universitários no início da graduação (Tabela 6).

Tabela 6 – Comportamento de risco para transtornos alimentares de acordo com o tipo de instituição de ensino e o período da graduação de estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=419)

Comportamento	Pública (N=85) N (%)	Privada (N=334) N (%)	p	Início (N=203) N (%)	Final (N=216) N (%)	p
Risco TA	13 (15,3)	84 (25,1)	0,054	55 (27,1)	42 (19,4)	0,064
Restrição	8 (9,4)	51 (15,3)	0,166	33 (16,3)	26 (12,0)	0,215
Purgação	2 (2,4)	10 (3,0)	1,000	7 (3,4)	5 (2,3)	0,487
Vômitos	0 (0,0)	1 (0,3)		1 (0,5)	0 (0,0)	
Diuréticos	2 (2,4)	5 (1,5)		4 (2,0)	3 (1,4)	
Laxantes	0 (0,0)	4 (1,2)		2 (1,0)	2 (0,9)	
Compulsão	6 (7,1)	39 (11,7)	0,220	29 (14,3)	16 (7,4)	0,023

Devido ao aumento da incidência dos TA (APA, 2006) e pelo fato de uma maior frequência ser observada em mulheres jovens com idade entre 18 e 30 anos (ADA, 2006), diversos estudos têm sido conduzidos entre universitários com a finalidade de avaliar estes comportamentos de risco, por meio de diversos instrumentos de pesquisa.

Estudos conduzidos no cenário nacional que se propõem a avaliar comportamento de risco para TA com essa população, normalmente utilizam o *Eating Atitude Test* – EAT-26 (FIATES e SALES, 2001; GONÇALVES et al., 2008; KIRSTEN et al., 2009; ALVARENGA et al., 2011). Entretanto, o EAT-26, foi desenvolvido por Garner e colaboradores (GARNER et al., 1982) e adaptado para o português por Biguetti e colaboradores (BIGUETTI et al., 2004) com o intuito de avaliar principalmente risco para Anorexia Nervosa. Além disso, considera-se que tal instrumento superestime a frequência de comportamento de risco devido às características de algumas questões que indicam comportamentos praticamente normatizados na sociedade, como a preocupação com a gordura corporal, o consumo de alimentos dietéticos e a prática de dietas com o intuito de emagrecer.

Considerando as possíveis limitações do EAT, Ferreira e Veiga (FERREIRA e VEIGA, 2008 a) adaptaram para o português um questionário elaborado por Hay (HAY, 1998) a partir do *Eating Disorder Examination - EDE* (FAIRBURN e BEGLIN, 1994), questionário considerado padrão ouro para reastreamento dos TA. Este questionário, pelo fato de ser mais curto e simples que os demais, tem sido utilizado por estudos que avaliaram estes comportamentos entre adolescentes (FERREIRA e VEIGA, 2008b; LEAL, 2013; LIRA, 2017), é considerado útil para

rastrear comportamentos de risco para TA em jovens (LEAL et al., 2013), tendo sido utilizado no presente estudo.

Mesmo com uso de instrumentos diferentes, a frequência de universitários com comportamento de risco para TA nesse estudo (23,3%) está de acordo com os estudos de Fiates e Sales (FIATES e SALES, 2001) e Kirsten e colaboradores (KIRSTEN et al., 2009), nos quais aproximadamente um quarto dos estudantes de graduação em Nutrição apresentavam comportamento de risco. Também está de acordo com o estudo de Alvarenga e colaboradores (ALVARENGA et al., 2011), que avaliando universitárias das 5 regiões do Brasil de diversos cursos de graduação, excluindo-se o curso de Nutrição, encontraram que 26,1% das universitárias apresentavam comportamento de risco para TA (apesar de que em todos esses estudos os instrumentos de avaliação foram diferentes, o que pode comprometer a comparação).

O fato de não terem sido observadas frequências diferentes das esperadas pelo acaso na comparação de comportamento de risco para TA por sexo, tipo de instituição de ensino e fase da graduação, faz crer que, independentemente do tipo de instituição e fase da graduação e até mesmo sexo, os universitários estão sujeitos a buscar estratégias disfuncionais (que caracterizam os comportamentos de risco para TA), e/ou ter descontroles alimentares, especialmente compulsão.

Os resultados de associação entre estado nutricional e comportamento de risco para TA entre estudantes de Nutrição não são unânimes na literatura. Kirsten e colaboradores (KIRSTEN et al., 2009) não encontram diferença na frequência de estudantes com comportamento de risco para TA de acordo com o estado nutricional. Fiates e Sales (FIATES e SALES, 2001), encontraram maior frequência de universitários eutróficos com comportamento de risco para TA; e, Silva e colaboradores (SILVA et al., 2012) encontraram um risco aumentado de comportamento de risco para TA entre estudantes com excesso de peso.

Apesar da discrepância entre os resultados dos estudos, acredita-se que resultado do presente, que encontrou maior frequência de comportamento de risco para TA em universitários com excesso de peso, são esperados, uma vez que somado a pressão social relacionada à faixa etária e à profissão, o excesso de peso corporal está relacionado à maior insatisfação corporal (COSTA e VASCONCELOS, 2010, ALVARENGA et al., 2012). Dessa forma, esses universitários são expostos a um risco maior de desenvolvimento de TA (NEIGHBORS e

SOBAL, 2007; ALVARENGA et al., 2010b; ALVARENGA et al., 2011; FARHAT et al., 2014), resultando em aumento da prevalência de TA entre indivíduos com excesso de peso, inclusive com sintomas mais severos (LAPIDOTH et al., 2014).

Além disso, o resultado de maior frequência de compulsão alimentar entre estudantes com excesso de peso vai ao encontro com a literatura que indica maior frequência de compulsão e de Transtorno da Compulsão Alimentar em indivíduos com excesso de peso (APA, 2013; COSSROW et al., 2016). Enquanto que a frequência mais elevada de purgação entre estudantes com excesso de peso pode ser reflexo de uma ideia de eliminar os alimentos consumidos durante os episódios de compulsão alimentar. O resultado de maior comportamento de risco entre aqueles com maior IMC também faz sentido, considerando-se que o comportamento mais frequente foi a restrição alimentar, uma vez que a prática de dieta com o intuito de perder peso pode ser considerada comum em nossa sociedade (ALVARENGA et al., 2012).

Até onde se tem conhecimento, esse é o primeiro estudo que compara universitários de instituições públicas e privadas, inclusive na frequência de comportamento de risco para TA, não sendo possível comparação com outros estudos. Apesar disso, esses resultados são de certa forma esperados se pensarmos que o tipo de instituição de ensino (mesmo com possíveis diferenças de renda familiar e escolaridade do chefe da família) não modifica a pressão social relacionada ao corpo que esses universitários estão sujeitos.

Só se encontrou diferença na frequência de universitários com comportamento de risco para TA de acordo com a fase da graduação nos resultados de compulsão alimentar, que foi mais frequente entre universitários no início da graduação. Apesar desse achado, é difícil afirmar que essa associação se deve, de fato, à fase da graduação ou à influência de outras variáveis. Nesse sentido, numa tentativa de explorar essa associação, buscou-se compreender se havia diferença no estado nutricional e na idade dos estudantes de acordo com a fase da graduação, sendo que não foram encontradas diferenças de acordo com o estado nutricional ($p=0,777$), mas foram encontradas diferenças na média de idade ($p=0,000$).

Outros estudos também investigaram a frequência de comportamento de risco para TA de acordo com a fase da graduação, mesmo que não buscando detalhadamente as diferenças de acordo com tipo de comportamento de risco para TA. Gonçalves e colaboradores (GONÇALVES et al., 2008) encontraram maior frequência de comportamento de risco para

TA em universitários do primeiro ano da graduação quando comparados aos de segundo e terceiro ano, enquanto Kirsten e colaboradores (KIRSTEN et al., 2009) não encontraram diferenças na frequência de comportamento de risco para TA de acordo com o semestre cursado.

Ainda com relação ao comportamento de risco para TA, diferentemente do que possa ser esperado na população de maneira geral e em universitários do curso de Nutrição, não foram encontradas diferenças na frequência de comportamento de risco para TA de acordo com sexo. Esses resultados divergem de outros estudos da literatura que indicam maior prevalência de TA em mulheres em relação a população geral (APA, 2013), e também para estudantes de graduação em Nutrição em que anteriormente foi encontrada maior frequência de comportamento de risco para TA no sexo feminino quando comparado ao sexo masculino - 14,6% versus 8,3%; $p < 0,05$ (GONÇALVES et al., 2008). Esse achado pode ser um indicativo que ser estudante de Nutrição é um fator de risco para desenvolvimento de TA, independente do sexo, sendo necessários mais estudos para investigar essa associação, uma vez que muitos estudos com estudantes de Nutrição são conduzidos apenas com estudantes do sexo feminino. Mas deve-se também considerar que a amostra de homens no presente estudo é pequeno.

Com relação à imagem corporal, a maior parte dos universitários apresentava algum nível de insatisfação corporal e desejava uma figura menor do que aquela indicada como atual - com grande diferença entre a figura indicada como atual e desejada (Figura 7).

Figura 7 – Classificação dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo em função da avaliação da satisfação corporal (n=427)

Dos universitários que responderam questões relacionadas à avaliação da imagem corporal, a média da figura indicada como atual foi sempre maior que a média da figura desejada - independentemente do tipo de instituição, fase da graduação, sexo, classificação do estado nutricional e comportamento de risco para TA (Tabela 6). Universitários com excesso de peso indicaram como “atual” e como “desejada” figuras maiores que universitários com peso baixo e normal e, na comparação das médias do escore da satisfação corporal (diferença entre a imagem atual e a desejada), universitários com excesso de peso apresentaram maior insatisfação corporal – escore atual-desejado - que aqueles com peso baixo ou peso normal (Tabela 7).

Universitários com comportamento de risco para TA indicaram como “atual” figuras maiores que aqueles sem comportamento de risco para TA, bem como maior insatisfação corporal – escore atual-desejado - (Tabela 7). Apesar das médias da figura “atual” e “desejada” não serem diferentes de acordo com sexo, universitários do sexo feminino apresentaram maior insatisfação corporal – escore atual-desejado - que aqueles do sexo masculino (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=427) segundo figuras da imagem atual, da imagem desejada e do escore da satisfação corporal (imagem

atual – desejada) de acordo com tipo de instituição, fase da graduação, sexo, classificação do estado nutricional e comportamento de risco para transtornos alimentares (TA)

Variáveis	Atual		Desejado		Atual - Desejado	
	Média (DP)	p	Média (DP)	p	Média (DP)	p
Geral (N=427)	6,34 (2,61)		5,14 (1,48)		1,15 (2,10)	
Público (N=87)	6,37 (2,39)	0,672	5,32 (1,31)	0,213	1,05 (1,84)	0,670
Privado (N=340)	6,27 (2,63)		5,06 (1,52)		1,21 (2,18)	
Início curso (N=212)	6,25 (2,61)	0,778	5,02 (1,48)	0,399	1,23 (2,22)	0,638
Final curso (N=215)	6,34 (2,55)		5,21 (1,48)		1,13 (2,00)	
Feminino (N=399)	6,35 (2,60)	0,157	5,09 (1,50)	0,108	1,25 (2,09)	0,008
Masculino (N=28)	5,54 (2,06)		5,43 (1,29)		0,11 (2,06)	
Peso Baixo + Eutrofia (N=327)	5,43 (2,03)	0,000	4,84 (1,38)	0,000	0,59 (1,89)	0,000
Excesso de peso (N=100)	9,11 (2,11)		6,02 (1,44)		3,09 (1,59)	
Com Risco TA (N=91) ^a	7,83 (2,71)	0,000	5,16 (1,38)	0,581	2,76 (1,84)	0,000
Sem Risco TA (N=308) ^a	5,90 (2,42)		5,13 (1,39)		0,75 (1,97)	

^a apenas 399 universitários responderam questões relativas à imagem corporal e comportamento de risco para TA.

A insatisfação corporal foi maior em universitários do sexo feminino, com excesso de peso corporal e com comportamento de risco para TA (Tabela 8). Entre os universitários que estavam insatisfeitos com sua forma corporal, o desejo por figuras menores foi mais frequente; sendo que a maioria das mulheres, com excesso de peso e também daqueles com comportamento de risco para TA desejavam formas corporais menores que as atuais (Tabela 8).

Com relação à amplitude da insatisfação corporal, universitários de instituições privadas, com excesso de peso e com comportamento de risco para TA apresentaram com maior frequência grande diferença entre a figura atual e a desejada (Tabela 8).

Tabela 8 – Satisfação corporal, desejo por formas corporais maiores ou menores, e pequena ou grande diferença entre a figura atual e a desejada de acordo com tipo de instituição, fase da graduação, sexo, classificação do estado nutricional e comportamento de risco para transtornos alimentares dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=427).

Variáveis	Satisfação Corporal (N=427)			Insatisfeitos (N=363) que desejavam formas			Insatisfeitos (N=363) com diferença entre atual e desejado		
	Satisfeitos	Insatisfeitos	p	Maiores	Menores	p	Pequena (1/-1)	Grande (>1/<-1)	p
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Pública (N=87)	15 (17,2)	72 (82,8)	0,509	16 (22,2)	56 (77,8)	0,496	32 (44,4)	40 (55,6)	0,019
Privada (N=340)	49 (14,4)	291 (85,6)		76 (26,1)	215 (73,9)		87 (29,9)	204 (70,1)	
Início curso (N=212)	32 (15,1)	180 (84,9)	0,951	47 (26,1)	133 (73,9)	0,739	52 (28,9)	128 (71,1)	0,117
Final curso (N=215)	32 (14,9)	183 (85,1)		45 (24,6)	138 (75,4)		67 (36,6)	116 (63,4)	
Feminino (N=399)	55 (13,8)	344 (86,2)	0,009	83 (24,1)	261 (75,9)	0,023	111 (32,3)	233 (67,7)	0,374
Masculino (N=28)	9 (32,1)	19 (67,9)		9 (47,4)	10 (52,6)		8 (42,1)	11 (57,9)	
P.Baixo+Eutrofia (N=327)	60 (18,3)	267 (81,7)	0,000	91 (34,1)	176 (65,9)	0,000	111 (41,6)	156 (58,4)	0,000
Excesso de peso (N=100)	4 (4,0)	96 (96,0)		1 (1,0)	95 (99,0)		8 (8,3)	88 (91,7)	
Com Risco TA (N=91) ^a	4 (4,4)	87 (95,6)	0,001	5 (5,7)	82 (94,3)	0,000	12 (13,8)	75 (86,2)	0,000
Sem Risco TA (N=308)	56 (93,3)	252 (74,3)		80 (31,7)	172 (68,3)		97 (38,5)	155 (61,5)	

Para comparações com caselas com n menor que 5 foi utilizado o Teste Exato de Fisher

^a apenas 399 universitários responderam questões relativas à imagem corporal e comportamento de risco para TA

Com relação à percepção corporal (diferença entre a imagem atual e a imagem que representava o IMC real), observa-se que a maior parte dos universitários apresentava também algum nível de distorção na percepção corporal e grande diferença entre a figura indicada como atual e figura que representava o IMC real (Figura 8).

Figura 8 – Classificação dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo em função da avaliação da percepção corporal (n=427)

Além disso, encontrou-se maiores médias de percepção corporal - indicando maior distorção na percepção da imagem corporal - para universitários de instituições públicas, do sexo feminino, com excesso de peso e com comportamento de risco para TA (Tabela 9).

Na avaliação da amplitude da distorção da percepção, a frequência de grande distorção foi maior entre aqueles com excesso de peso, e com comportamento de risco para TA (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=427) segundo valores médios da percepção corporal, associação entre percepção corporal e tamanho da distorção da percepção corporal por grupo.

Variáveis	Média (DP)	p	Percepção Corporal (N=427)		p	Distorção da percepção corporal (N=341)		p
			Sem distorção (N=86)	Com distorção (N=341)		Pequena (N=149)	Grande (N=192)	
			N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Público (n=87)	1,46 (1,46)	0,022	13 (14,9)	74 (85,1)	0,175	30 (40,5)	44 (59,5)	0,536
Privado (n=340)	1,06 (1,69)		73 (21,5)	267 (78,5)		119 (44,6)	148 (55,4)	
Início (n=212)	1,02 (1,54)	0,112	48 (22,6)	164 (77,4)	0,201	77 (47,0)	87 (53,0)	0,243
Final (n=215)	1,28 (1,75)		38 (17,7)	177 (82,3)		72 (40,7)	105 (59,3)	
Feminino (n=399)	1,22 (1,63)	0,001	78 (19,5)	321 (80,5)	0,250	140 (43,6)	181 (56,4)	0,903
Masculino (n=28)	0,18 (1,70)		8 (28,6)	20 (71,4)		9 (45,0)	11 (55,0)	
Peso Baixo + Normal (n=327)	0,97 (1,65)	0,000	73 (22,3)	254 (77,7)	0,042	124 (48,8)	130 (51,2)	0,001
Excesso de peso (n=100)	1,74 (1,53)		13 (13,0)	87 (87,0)		25 (28,7)	62 (71,3)	
Com Risco TA (n=91) ^a	1,86 (1,72)	0,000	14 (15,4)	77 (84,6)	0,147	25 (32,5)	52 (67,5)	0,036
Sem Risco TA (n=308)	0,96 (1,61)		69 (22,4)	239 (77,6)		110 (46,0)	129 (54,0)	

^a 399 universitários responderam instrumentos para avaliação da imagem corporal e de comportamento de risco para TA

A insatisfação corporal é considerada um fenômeno comum entre universitários (SOUZA e ALVARENGA, 2016), sendo que diversos fatores podem estar relacionados ao seu desenvolvimento, como alterações biológicas e psicossociais vivenciadas no período da adolescência e início da vida adulta (VIERA et al., 2002), mudanças relacionadas ao ingresso no meio universitário com novas relações sociais, maior independência da família e adoção de novos comportamentos (CARVALHO et al., 2013), influência da mídia e redes sociais (SOUZA e ALVARENGA, 2016), estado nutricional (ALVARENGA et al., 2010b; COSTA e VASCONCELOS, 2010; MIRANDA et al., 2012; JUNG et al., 2017), sexo (MIRANDA et al., 2012; FISKE et al., 2014; MAYO e GEORGE, 2014) e prática profissional (SOUZA e ALVARENGA, 2016).

A distorção da percepção da imagem corporal, entretanto, é uma característica avaliada com menor frequência em estudos que se propõem a avaliar questões relacionadas à imagem corporal (SOUZA e ALVARENGA, 2016). Os resultados desse estudo indicam que, além de frequência elevada de insatisfação corporal, esse grupo apresenta também frequência elevada de distorção da percepção corporal. Mesmo que pequena distorção da percepção possa ser considerada aceitável devido às limitações relacionadas aos métodos de avaliação da percepção corporal, aproximadamente metade dos universitários apresentava grande distorção da percepção corporal (diferença maior que 1 figura).

A frequência de insatisfação corporal no presente estudo é superior a encontrada em estudos conduzidos anteriormente com essa população no Brasil. Gonçalves e colaboradores (GONÇALVES et al., 2008) haviam encontrado que 75,8% dos estudantes de Nutrição estavam insatisfeitos. Essa diferença pode ser devido aos diferentes métodos utilizados para a avaliação da insatisfação corporal. Ou pode ser um indicativo de que as exigências da vida contemporânea têm gerado crescente insatisfação corporal (FERREIRA, 2010), que no caso de estudantes de Nutrição podem ser agravados pela exposição às mídias sociais que, cada vez mais, divulgam corpos que podem ser moldados pela prática de dietas somada aos exercícios físicos, tornando a boa forma um “dever moral” (FERREIRA, 2007; ALVARENGA et al., 2010).

Igualmente ao comportamento de risco para TA, nesse estudo a insatisfação corporal (diferença entre figura atual e desejada) não esteve relacionada ao tipo de instituição de ensino. Entretanto, diferença na média de distorção na percepção corporal de acordo com tipo de instituição de ensino foram observadas, sendo que este resultado não era esperado, uma vez que não se

acredita que as pressões por boa forma e magreza sejam diferentes com relação a estes universos (mesmo considerando-se as diferenças de nível socioeconômico). Novamente, devido à inexistência de outros estudos na literatura que discutam questões corporais de acordo com tipo de instituição de ensino, comparações não são possíveis.

Os resultados do presente estudo estão de acordo com outros estudos no que diz respeito à maior insatisfação corporal entre estudantes com excesso de peso, do sexo feminino e com comportamento de risco para TA.

Diversos estudos apontam para a elevada prevalência dos distúrbios da IC entre os indivíduos com excesso de peso quando comparados aqueles com baixo peso ou com eutrofia (SAUR e PASIAN, 2008; ALVARENGA et al., 2010b; COSTA e VASCONCELOS, 2010; MIRANDA et al., 2012; JUNG et al., 2017)

Alguns estudos indicam também que mulheres são mais insatisfeitas quando comparadas aos homens, independente do estado nutricional (KAKESHITA e ALMEIDA, 2006; MIRANDA et al., 2012; FISKE et al., 2014), e que mulheres são mais expostas ao ideal de magreza enquanto que os homens são mais expostos ao ideal de muscularidade (BOSI et al., 2006; GONÇALVES et al., 2008; MAYO e GEORGE, 2014). Mas deve-se considerar, inclusive, que o instrumento utilizado – assim como a imensa maioria dos existentes para avaliação da imagem corporal – não considera a muscularidade (CARVALHO et al., 2016), e que talvez a insatisfação corporal dos homens não tenha sido adequadamente avaliada uma vez que as figuras da Escala de Silhuetas Brasileiras apenas engordam e não ficam mais musculosas.

A maior frequência de insatisfação corporal entre universitários com comportamento de risco para TA também está de acordo com a literatura nacional (GONÇALVES et al., 2008) e internacional (BO et al., 2014), sendo que estes resultados são esperados, uma vez que a insatisfação corporal é considerada um importante fator de risco para o desenvolvimento e manutenção de TA (Souza e Alvarenga, 2016), e que questões relacionadas à imagem corporal são tão relevantes entre indivíduos com TA a ponto de fazerem parte dos critérios diagnósticos (APA, 2013).

Com relação à análise da subescala “relação com a comida” da EAAT a pontuação média encontrada foi de 19,14 (DP 7,08). Foi observada correlação fraca entre o escore na subescala e a idade ($\rho=0,152$) e correlação moderada entre o escore na subescala e o IMC ($\rho=0,301$).

Foram observadas diferenças na pontuação média da subescala; com pior relacionamento com a comida (maior escore) entre aqueles no início do curso, com excesso de peso, com comportamento de risco para TA, insatisfeitos com a imagem corporal e com distorção da percepção corporal (Tabela 10).

Tabela 10 – Escore na subescala “Relação com a comida” de acordo com tipo de instituição, fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamento de risco para transtorno alimentar (TA), satisfação corporal e percepção corporal dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (N=417).

Variáveis	DEAS	
	Média (DP)	p
Público (N=83)	18,34 (6,77)	0,147
Privado (N=334)	19,37 (7,15)	
Início (N=204)	20,78 (8,15)	0,000
Final (N=213)	17,61 (5,47)	
Feminino (N=388)	19,21 (7,09)	0,517
Masculino (N=29)	18,52 (7,02)	
Peso Baixo + Normal (N=318)	18,26 (6,39)	0,000
Excesso de peso (N=99)	22,04 (8,40)	
Com Risco TA (N=97) ^a	25,50 (8,69)	0,000
Sem Risco TA (N=320)	17,25 (5,18)	
Insatisfeito (n=340) ^b	19,39 (7,29)	0,000
Satisfeito (n=77)	16,68 (4,11)	
Com Distorção (n=334) ^b	19,43 (7,31)	0,037
Sem Distorção (n=83)	17,31 (5,17)	

^a 416 universitários responderam a subescala e os instrumentos para avaliação do comportamento de risco para TA; ^b 400 universitários responderam a subescala e os instrumentos para avaliação da imagem corporal.

Esse é o primeiro estudo que avalia relacionamento com a comida a partir da subescala “relação com a comida” entre estudantes de graduação em Nutrição. Os resultados podem ser considerados de certa forma animadores uma vez que indicam que estudantes de graduação em Nutrição apresentaram melhor relacionamento com a comida (média menor) quando comparados a estudantes de outros cursos de graduação – mas conduzidos em pesquisas diferentes (ALVARENGA et al., 2010a; ALVARENGA et al., 2013).

Na comparação por sexo não foram observadas diferenças significativas na média da subescala “relação com a comida”. A diferença entre sexo era em parte esperada, uma vez que a média encontrada na validação do instrumento entre universitárias do sexo feminino (ALVARENGA

et al., 2010a) foi superior à média encontrada na validação entre universitários do sexo masculino (ALVARENGA et al., 2013).

Com relação ao estado nutricional, aqueles com excesso de peso apresentaram pior relacionamento. Essa relação já havia sido indicada entre universitárias de outros cursos (excluindo Nutrição), no qual universitárias com peso maior tinham mais chances de ter pior relacionamento com a comida (ALVARENGA et al., 2012).

O pior relacionamento com a comida esteve relacionado também à presença comportamento de risco para TA; corroborando com outros estudos que avaliaram relacionamento com a comida de acordo com comportamento de risco para TA (ALVARENGA et al., 2010; ALVARENGA et al., 2013) ou até mesmo diagnóstico de TA (ALVARENGA et al., 2014; ALVARENGA et al., 2016).

Não existem estudos que relacionem satisfação e percepção corporal ao “relacionamento com a comida”, mas essa relação era esperada uma vez que insatisfação corporal e distorção da percepção corporal estão relacionadas ao comportamento de risco para TA (GONÇALVES et al., 2008; BO et al., 2014; MAYO e GEORGE, 2014).

Diversos estudos conduzidos com estudantes de graduação em Nutrição encontraram que eles apresentam maior frequência de comportamento de risco para TA e atitudes disfuncionais para com a comida e o corpo (FIATES e SALLES, 2001; GONÇALVES et al., 2008; KRISTEN et al., 2009; BO et al., 2014). Embora não se possa afirmar que tal fato seja verdadeiro, uma vez que muitos estudos focam apenas estes estudantes, os resultados desse estudo estão, de maneira geral, em linha com a literatura, tendo sido encontrada elevada frequência de comportamento de risco para TA, insatisfação e distorção da percepção corporal. Sabe-se ainda que questões relacionadas à imagem corporal podem apresentar influência no desenvolvimento de TA (MAYO e GEORGE, 2014), que ficaram evidenciadas na avaliação da satisfação e da percepção corporal entre universitários com e sem risco para TA.

Além de conhecer o perfil desses estudantes no que diz respeito às atitudes com relação à alimentação e ao corpo, espera-se que esses resultados possam ser úteis para melhor compreensão dos demais constructos, bem como possível associação destes sobre a percepção de alimentação saudável desses universitários.

5.3. Associação Livre

Os estudantes responderam, por meio de associação livre, a primeira palavra que lhes vinha à mente quando questionados sobre os seguintes alimentos: carne; chocolate; quinoa; açúcar; pão; feijoadada; manteiga; arroz; feijão; bolo de festa; abacate; e pão de queijo. Em um primeiro momento, as palavras relatadas foram agrupadas em 23 categorias, criadas livremente para agrupar as respostas dos estudantes de acordo com as temáticas das palavras.

Posteriormente, as categorias foram classificadas como positivas, negativas ou neutras, partindo do pressuposto que são estudantes de Nutrição - futuros agentes de saúde - e que a alimentação tem um papel biopsicossocial. Dessa forma, as categorias foram classificadas como positivas se poderiam ter um impacto positivo na prática profissional; as categorias foram classificadas como neutras quando indicaram conteúdo relacionado à formação acadêmica; e as categorias foram classificadas como negativas se poderiam ter impacto negativo na prática profissional.

O uso de associação livre para avaliar atitudes alimentares, por meio de pensamentos automáticos e sentimentos com relação aos alimentos é recente. As palavras relatadas pelos indivíduos a partir de associação livre podem indicar um pensamento padrão com relação ao alimento questionado (ROZIN et al., 2002), e podem ser uma medida de atitudes alimentares – uma vez que permitem conhecer os pensamentos com relação aos alimentos, que podem influenciar nos sentimentos; e ambos podem influenciar nos comportamentos e relacionamento com relação a esse alimento (ALVARENGA e KORITAR, 2015).

No total das palavras, aspectos relacionados à culinária, à Nutrição e à apreciação foram os mais frequentemente referidos, enquanto que emoções negativas, observações com relação à quantidade a ser consumida e morte foram os menos referidos (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Frequência das associações livres dos alimentos de acordo com categorias de agrupamento para estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (N=625)

Palavras classificadas nas categorias de apreciação, associação culinária, desaprovação, julgamento negativo, julgamento positivo e aspectos de Nutrição foram referidos para todos os doze alimentos (Tabela 11).

O alimento carne recebeu associações principalmente com aspectos relacionados à Nutrição, como “proteína” e “ferro”; seguidos de associação culinária, como “churrasco”; e tipo ou corte de carne, como “carne bovina”, “fígado” ou “filé mignon” (Tabela 10; Apêndice 4). Associação com animais, morte e vegetarianismo também foram feitas, ainda que em menor frequência (Tabela 11).

Quinoa teve maior frequência de palavras que foram inclusas na categoria julgamento positivo (Tabela 11), como: “saudável”, “excelente” e “ideal” (Apêndice 4).

O chocolate esteve associado principalmente a características de apreciação, como “delícia”, “muito bom” e “amo”, seguidos de tipo de chocolate, como “ao leite”, “meio amargo” e “trufa” e função, como “calmante” e “bem-estar”. Bolo de festa e pão de queijo tiveram maior frequência de palavras associadas com apreciação, como “maravilhoso”, “eu amo” e “eba” e associação culinária, como “polvilho”, “integral” e “recheado”, respectivamente (Tabela 11; Apêndice 4).

Chocolate e pão de queijo foram associados tanto com emoções negativas, como “culpa”, quanto com emoções positivas, como “felicidade”; tanto com julgamento negativo, como “dispensável” e “gordice”, quanto com positivo, como “indispensável” e “sagrado”; com “vício” e com lembranças, como “família” e “hábito brasileiro” (Tabela 11; Apêndice 4).

Pão, feijoada e manteiga, juntamente com carne tiveram maior frequência de palavras que foram incluídas na categoria Nutrição (Tabela 11), respectivamente, como: “carboidrato”, “glúten” e “energia”; “caloria”, “colesterol” e “ferro”; e “gordura saturada”, “colesterol” e “lipídeo” (Apêndice 4).

Arroz, feijão e abacate tiveram maior frequência de palavras que foram categorizadas como associação culinária (Tabela 11), respectivamente, como; “soltinho”, “integral” e “risoto”; “preto”, “com arroz” e “fresquinho”; e “comida mexicana” ou “com leite” (Apêndice 4).

Associações com vício foram observadas em carne, chocolate, açúcar, pão, bolo de festa e pão de queijo (Tabela 11), como “perdição”, “tentação” e “vício” (Apêndice 4).

Pão de queijo, bolo de festa e feijoada foram os alimentos que tiveram maior frequência de palavras categorizadas como relacionadas à uma lembrança ou memória (Tabela 11), como “festa”, “tradição”, “infância” e “família” (Apêndice 4).

Tabela 11 – Categoria de agrupamento, classificação e frequência por alimento para a análise de associação livre das respostas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (N= 625)

Categoria	Classificação	Carne	Chocolate	Quinoa	Açúcar	Pão	Feijoada	Manteiga	Arroz	Feijão	Bolo de Festa	Abacate	Pão de queijo
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Animal	Neutra	9,9	-	-	-	-	4,3	0,6	-	-	-	-	-
Apreciação	Positiva	7,4	27,8	6,4	3,0	9,4	13,9	4	6,9	9,8	22,9	10,4	25,8
Associação culinária	Positiva	21,9	3,5	11,0	7,5	18,6	12,8	26,2	38,9	40,2	21,4	43,7	23,2
Característica	Neutra	-	12,8	16,2	25,4	-	-	1,0	2,6	2,2	10,9	4,5	0,3
Consequência negativa	Negativa	0,6	2,4	1,0	17,9	4,0	14,4	1,0	0,8	1,3	2,9	-	1,1
Consequência positiva	Positiva	0,5	-	-	-	0,5	0,3	-	-	1,0	-	-	-
Controle	Negativa	0,6	1,1	-	11,4	1,3	1,6	3,5	0,5	-	5,4	1,1	1,4
Desaprovação	Negativa	0,8	1,8	4,6	3,4	0,5	6,7	5,1	1,0	2,1	6,4	6,7	2,1
Emoção negativa	Negativa	-	0,2	-	-	0,2	-	-	-	-	-	-	0,2
Emoção positiva	Positiva	-	2,6	-	-	-	-	-	-	-	3,5	-	0,6
Frequência	Neutra	0,3	1,0	0,5	0,5	1,9	-	-	6,2	4,2	-	-	-
Função	Neutra	-	14,1	6,7	1,1	-	-	-	-	-	-	2,7	-
Julgamento negativo	Negativa	0,3	1,0	1,1	5,0	0,8	7,8	6,1	0,5	0,5	3,4	2,2	3,8
Julgamento positivo	Positiva	0,8	0,3	21,1	0,6	1,9	0,2	1,6	9,4	7,5	0,3	3,7	0,3
Lembrança / memória	Positiva	-	1,1	-	-	1,0	9,9	0,5	1,1	1,8	13,1	1,1	19,8
Morte	Negativa	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nutrição	Neutra	34,7	11,4	16,6	14,4	32,6	16,3	44,5	20,8	22,2	7,7	22,2	8,8
Outros	Neutra	0,3	0,2	14,1	1,0	1,3	1	2,2	1,3	0,8	1,4	1,3	2,4
Quantidade	Neutra	-	-	-	-	-	0,6	-	-	-	-	-	-
Refeição	Neutra	1,4	-	0,3	-	10,9	10,1	0,5	10,1	6,6	-	0,3	9,8
Tipo	Neutra	18,4	16,6	-	6,6	14,6	-	3,2	-	-	-	-	-
Vegetarianismo	Neutra	0,3	-	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vício / compulsão	Negativa	0,2	2,2	-	2,2	0,6	-	-	-	-	0,6	-	0,3

As categorias dos alimentos foram classificadas em positivas, negativas ou neutras, sendo que as associações feitas pelos estudantes foram, em maior frequência, positivas ou neutras (Gráfico 4)

Gráfico 4 – Frequência de classificação positiva, negativa e neutra a partir da análise de associação livre das respostas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (N= 625)

Pão de queijo, abacate, bolo de festa, feijão e arroz tiveram associações que foram classificadas como positivas, a partir de categorias como “apreciação”, “associação culinária” e “lembrança” em maior frequência que aquelas classificadas como neutras ou negativas (Gráfico 5).

Carne, chocolate, quinoa, açúcar, pão e manteiga tiveram associações que foram classificadas como neutras, a partir de categoria como “característica”, “função”, “nutrição” e “tipo”, em maior frequência que aquelas classificadas como positivas ou negativas (Gráfico 5).

As associações negativas, para todos os alimentos foram menos frequentes do que as associações positivas e neutras, com exceção de açúcar, no qual as associações negativas foram mais frequentes que as positivas. Arroz, feijão e carne foram as palavras que tiveram menor frequência de associações negativas (Gráfico 5).

Feijoada, bolo de festa e manteiga foram as palavras com maior frequência de associações negativas, a partir de categorias como “consequências negativas”, “julgamento negativo” e

“desaprovação”. Ainda com relação à feijoada, as frequências de associações positivas, negativas e neutras foram de aproximadamente 30% para cada classificação (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Frequência de classificação por alimento a partir da análise de associação livre dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (N=625)

As classificações positivas, neutras e negativas valiam, respectivamente, 1, 0 e -1. A partir das respostas dos estudantes a cada um dos alimentos, inicialmente categorizadas, e posteriormente, classificadas, obteve-se uma média, sendo que, quanto maior a média, mais palavras foram classificadas como positivas.

Houve maior média da classificação do total de alimentos para universitários de instituições públicas e do sexo feminino (Tabela 12).

Tabela 12 – Média do escore atribuído aos alimentos na análise de associação livre dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (N=625)

Variáveis	Média (DP)	Mín aMáx	p
Geral (N=625)	3,68 (2,87)	-5 a 12	-
Público (N=110)	4,86 (2,44)	0 a 11	0,000
Privado (N=515)	3,43 (2,89)	-5 a 12	
Início (N=318)	3,62 (3,01)	-5 a 12	0,633
Final (N=213)	3,74 (2,73)	-5 a 11	
Feminino (N=584)	3,76 (2,82)	-5 a 12	0,010
Masculino (N=41)	2,56 (3,41)	-3 a 10	
Peso Baixo + Normal (N=484)	3,74 (2,88)	-5 a 11	0,478
Excesso de peso (N=141)	3,48 (2,86)	-5 a 12	
Com Risco TA (N=97)	3,55 (2,88)	-2 a 11	0,561
Sem Risco TA (N=320)	3,71 (2,87)	-5 a 12	
Insatisfeito (n=363)	3,77 (2,91)	-5 a 12	0,292
Satisfeito (n=262)	3,57 (2,83)	-5 a 10	

-1= associações negativas; 0=associações neutras; 1= associações positivas; Mínimo=-12; Máximo=12.

Assim, quanto maior a média, mais palavras foram classificadas como positivas

Alguns estudos de associação livre com alimentos têm sido conduzidos, destacando que diferenças nas atitudes com relação aos alimentos são esperadas de acordo com diferença de sexo, cultura e geração (ROZIN et al., 2002; KUIJER e BOYCE, 2013; RUBY et al., 2016). Por exemplo, atitudes ambivalentes podem ser observadas com relação à carne em diversas partes do mundo, englobando atitudes que vão desde o destaque para os aspectos nutricionais, sabor e status relacionado ao consumo, até questões relacionadas ao peso corporal, risco de desenvolvimento de doenças, questões éticas e ambientais, e que podem ser classificadas como positivas, negativas e neutras (RUBY et al., 2016).

Dessa forma, o uso da associação livre tinha o objetivo de captar uma resposta mais natural, direta, sem racionalização daquilo que pudesse ser considerado mais adequado com relação às atitudes alimentares dos estudantes.

Sabe-se que as atitudes alimentares são influenciadas por fatores externos e internos, como cultura, família, religião, sociedade, sentimentos, pensamentos, crenças, tabus, experiências individuais e pela interação desses fatores (ALVARENGA e KORITAR, 2015). Atitudes com

relação aos alimentos envolvem regras que, em sua maior parte, são interiorizadas de modo inconsciente pelos indivíduos (FISCHLER, 2001). Dessa forma, diferenças nas atitudes, representadas tanto pela categorização quanto pela classificação das palavras relatadas, são esperadas entre os universitários para um mesmo alimento e ainda para um mesmo universitário, mas entre os diferentes alimentos.

Alguns resultados destas análises de livre associação, como as frequências elevadas de associações nutricionais e associações culinárias para todos os alimentos, são em parte compreensíveis por se tratar de uma avaliação com estudantes de Nutrição -uma vez que a graduação tem um importante foco em Ciências da Alimentação e Nutrição e em Ciências dos Alimentos (BRASIL, 2001).

Entretanto, a frequência de atitudes negativas (como desaprovação, desejo de controle, consequências negativas, emoções negativas, julgamento negativo) com relação aos alimentos, mesmo que variável entre eles, pode ser considerada preocupante nessa população - uma vez que atitudes negativas com relação aos alimentos, como preocupação com os efeitos na saúde e no corpo e culpa ao comer, são consideradas contra produtivas no cuidado da saúde e do corpo (ROZIN et al., 2003; KUIJER e BOYCE, 2013). Atitudes negativas com relação a um determinado alimento por parte do nutricionista podem dificultar sua abertura para a compreensão da atitude do outro com relação à determinado alimento, fundamental para a prática profissional, e ainda pode levar a uma orientação de comportamento e relacionamento negativos para com esse alimento.

Ao compararem universitários do Brasil, da Argentina, da França e dos Estados Unidos, Ruby e colaboradores (RUBY et al., 2016) observaram que atitudes ambivalentes com relação à carne foram mais frequentes entre universitários do Brasil (de cursos diversos) quando comparados aos dos demais países. Apesar disso, para esses universitários brasileiros, apreciação e associações culinárias foram mais frequentes do que associação nutricional (RUBY et al., 2016) - diferente do presente estudo, no qual estudantes de Nutrição relataram com maior frequência aspectos nutricionais, seguidos de associações culinárias, sendo associações de apreciação apenas a quinta mais frequente.

Estudo avaliando atitudes ambivalentes com relação à chocolate e bolo de chocolate a partir da avaliação de pensamento padrão também foram encontrados (KUIJER e BOYCE, 2013).

Chocolate é um dos alimentos mais desejados pelas pessoas e um exemplo de alimento que desperta sentimentos ambivalentes (ROGER e SMIT, 2000). Ele pode estar frequentemente relacionado à aspectos positivos, como sabor e outras características sensoriais, além de celebração ou recompensa. Mas pode também estar associado a aspectos negativos, devido à sua composição nutricional, resultando em culpa e preocupação com seu efeito sobre a saúde e o corpo (KUIJER e BOYCE, 2013). Nesse estudo não foi diferente, apesar de aproximadamente 28% dos universitários terem feito associações que demonstram apreciação, aproximadamente 10% dos universitários fizeram associações classificadas como negativas.

Com relação ao bolo de festa, apesar de frequências mais elevadas de palavras de apreciação, associação culinária e lembranças terem sido encontradas, associações negativas foram declaradas por aproximadamente 20% dos universitários. Kuijer e Boyce (2013), avaliando associação de bolo de chocolate com culpa ou celebração na Nova Zelândia, encontraram que 27% dos indivíduos com idade entre 18 e 86 anos associavam bolo de chocolate à culpa, sendo essa associação mais frequente entre mulheres.

Com relação aos demais alimentos, comparações não são possíveis. Estudos nacionais com alimentos avaliam mais frequentemente consumo alimentar ou intenção de consumo, por meio da avaliação do que se compra e do que se tem disponível em casa (BRASIL, 2009; IBGE, 2010; BRASIL, 2017). Estes estudos discutem as alterações do consumo ao longo do tempo, como a diminuição do consumo de alimentos tradicionais, como arroz, feijão e o aumento do consumo de alimentos industrializados (LEVY et al., 2012, SOUZA et al., 2013).

Em resposta à diminuição do consumo de alimentos in natura e minimamente processados, o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) enfatiza a importância do consumo desses alimentos em detrimento de alimentos prontos para o consumo. Assim, arroz, feijão, carne, abacate e quinoa, listados no presente estudo, estão entre estes alimentos que devem ter seu consumo incentivado. Observou-se que para arroz, feijão, carne houve menor frequência de respostas negativas (mas elas não foram ausentes, nem para estes alimentos básicos). E mesmo para abacate e quinoa – que tem clássico apelo saudável na atualidade, 10,1% e 5,8% de atributos negativos foram listados, respectivamente. De qualquer forma, questiona-se também a tendência de se valorizar determinado alimento de acordo com a moda, que oscila da quinoa ao goji berry, de praticamente ressucitar a batata doce e o abacate, a partir de alguns poucos estudos que são explorados pela mídia.

Mesmo a feijoada, prato típico brasileiro, apresentada no Guia Alimentar como exemplo de almoço, juntamente com outros alimentos (BRASIL, 2014), recebeu 30,6% de atributos negativos – como “odeio”, “nojento”, “dia do lixo” e “indigestão”, sendo o alimento com maior frequência de associação negativa.

O pão foi o primeiro alimento elaborado pelo homem, sendo que são poucos os povos no mundo que não tem o hábito de consumir pão (SANTOS, 2005; PHILIPPI, 2006). No Brasil, o pão está entre os quatro alimentos mais consumidos no país (SOUZA et al., 2013), indicando a tradição cultural de consumo desse alimento. Entretanto, nos últimos anos, com a preocupação com o consumo de glúten, seu consumo passou a ser questionado e condenado.

Até mesmo o Guia Alimentar, por meio de suas classificações, pode contribuir para esse movimento. Uma vez que, de acordo com o Guia Alimentar, pão (e pão de queijo) são alimentos processados preparados a partir de alimentos in natura ou minimamente processados e, por isso, devem ser consumidos em pequenas quantidades como parte de refeições baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados (BRASIL, 2014). Nesse estudo, pão foi o terceiro alimento com maior frequência de associação com Nutrição, como “carboidrato”, “glúten” e “sódio”. E, mesmo diante da importância histórica e cultural desse alimento, 7,4% dos estudantes fizeram associações negativas, como “culpa”, “evitar”, “engorda” e “inflamação”.

A manteiga e o açúcar têm seu uso orientado para temperar, cozinhar e criar preparações culinárias, desde que usados em pequenas quantidades, de acordo com o Guia Alimentar (BRASIL, 2014). Mesmo diante do exposto e defendido pelo Guia Alimentar e, apesar da maior parte das associações com os alimentos terem sido neutras, açúcar recebeu 39,8% de associações negativas.

A relação da alimentação com a saúde é bem estabelecida (WHO, 2004; BRASIL, 2011; BRASIL, 2014) e as modificações do padrão de consumo são comumente justificadas pelo deslocamento das áreas rurais para as áreas urbanas, ingresso da mulher no mercado de trabalho, carga horária de trabalho e de deslocamento, influência da indústria e da mídia (GARCIA, 2003; ORTIGOZA, 2008; LELIS et al., 2012). Entretanto, os estudos não têm explorado o que as pessoas pensam e sentem sobre os alimentos.

Um estudo com universitárias brasileiras de diversos cursos de graduação, excluindo Nutrição, questionou qual consumo elas consideravam saudável e necessário para uma lista de alimentos. A percepção do que era considerado adequado e saudável foi diferente entre os alimentos e também entre as regiões do país. Entre as universitárias da região sudeste, 87% dos universitários considerava saudável e necessário o consumo habitual tanto do arroz quanto do feijão; 62% considerava saudável e necessário o consumo de pães; 38,7 e 87,1% consideravam saudável e necessário o consumo habitual de carne vermelha e carne branca, respectivamente. Das universitárias, 3,3% considerava saudável e necessário não consumir açúcar (KORITAR et al., 2010). As razões do consumo ser considerado saudável e necessário, entretanto, não foram investigadas.

Até onde se tem conhecimento, esse é o primeiro estudo que se propõe a avaliar atitudes alimentares, por meio de pensamentos automáticos com relação à uma série de alimento em estudantes de Nutrição, emergindo desses universitários, associações positivas, neutras e negativas, a partir de uma série de categorias. Apesar das diferenças nas atitudes com relação à alimentação serem esperadas entre os indivíduos, as atitudes de estudantes de Nutrição, futuros nutricionistas, com relação aos alimentos poderá influenciar na sua conduta profissional. Reconhecer os diferentes papéis dos alimentos na vida dos indivíduos pode ser considerado de fundamental importância para a conduta profissional do nutricionista. Dessa forma, espera-se que a formação acadêmica deva ser um espaço ou um período de tempo não somente para aprender sobre a importância nutricional e o papel dos nutrientes no corpo, mas também para reconhecer que o alimento desperta no ser humano múltiplas atitudes.

5.4. Função da alimentação e do nutricionista

Os resultados deste tópico estão apresentados no manuscrito intitulado “Qual o papel da alimentação? O que significa ser nutricionista?” que será submetido à *American Journal Of Clinical Nutrition* sob autoria de Priscila Koritar, Maria Clara de Moraes Prata Gaspar, Cristina Larrea Killinger e Marle dos Santos Alvarenga. O mesmo não está disponível na presente tese atendendo à Lei federal 9.610/98 que versa sobre direitos autorais.

5.5. Ilha Deserta

Dos estudantes que responderam à situação hipotética para garantir sua sobrevivência caso estivesse sozinho numa ilha deserta apenas com água e laranja - na qual deveriam escolher, entre os alimentos apresentados, um para ter disponível - o principal alimento escolhido foi o arroz, seguido pela banana e brócolis (Tabela 13).

Tabela 13 – Ordem e frequência de escolha do alimento para ilha deserta pelos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=625)

Alimento	n (%)
1º Arroz cozido	217 (34,7)
2º Banana	162 (25,9)
3º Brócolis	133 (21,3)
4º Cachorro Quente	52 (8,3)
5º Leite com Chocolate	37 (5,9)
6º Maça	24 (3,8)

Diferenças foram observadas na frequência de escolha de alguns alimentos de acordo com as variáveis (Tabela 14).

Tabela 14 – Escolha do alimento para ilha deserta de acordo com tipo de instituição, fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamento de risco para transtornos alimentares e satisfação corporal dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (N= 625).

Variáveis	Arroz cozido (n=217)		Banana (n=162)		Brócolis (n=133)		Maça (n=24)		Banana ou Brócolis ou Maça (n=319)		Cachorro Quente (n=52)		Leite com Chocolate (n=37)		Cachorro quente ou leite com chocolate (n=89)	
	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p
Público (n=110)	25,45	0,000	18,18	0,000	18,18	0,000	0	a	36,36	0,000	23,64	1,000	14,55	0,411	38,18	0,596
Privado (n=515)	36,7		27,57		21,94		4,66		54,17		5,05		4,08		9,13	
Início (n=318)	36,48	0,309	27,99	0,209	21,07	0,931	4,09	0,683	53,14	0,287	5,66	0,270	4,72	0,250	10,38	0,015
Final (n=307)	32,9		23,78		21,5		3,58		48,86		11,07		7,17		18,24	
Feminino (n=584)	34,76	0,000	26,03	0,000	21,75	0,000	3,77	0,000	51,54	0,000	7,88	0,000	5,82	a	13,7	0,000
Masculino (n=41)	34,15		24,39		14,63		4,88		43,9		14,63		7,32		21,95	
Peso Baixo + Normal (n=484)	33,88	0,000	25,83	0,000	22,11	0,000	3,31	0,102	51,24	0,000	8,68	0,000	6,2	0,000	14,88	0,000
Excesso de Peso (n=141)	37,59		26,24		18,44		5,67		50,35		7,09		4,96		12,06	
Com Risco (n=97) ^b	43,3	0,000	23,71	0,000	22,68	0,000	2,06	a	48,45	0,000	4,12	a	4,12	a	8,25	0,000
Sem Risco (n=322)	32,61		23,91		20,19		4,04		48,14		10,87		8,39		19,25	
Satisfeito (n=64) ^c	34,38	0,000	23,44	0,000	15,63	0,000	7,81	0,134	46,88	0,104	14,06	0,000	4,69	a	18,75	0,000
Insatisfeito (n=363)	35,26		23,97		20,94		3,03		47,93		9,37		7,44		16,8	

a. Não foi possível realizar o teste qui-quadrado, pois a frequência da escolha do alimento foi inferior àquela adequada para o teste.

b. Apenas 419 estudantes responderam questões relativas ao comportamento de risco para TA.

c. Apenas 427 estudantes responderam questões relativas à imagem corporal.

Analisando individualmente os alimentos, as escolhas do arroz, da banana e dos brócolis foram mais frequentes entre estudantes de instituições privadas, mulheres e aqueles que estavam insatisfeitos com sua imagem corporal. A escolha do arroz e da banana foram mais frequentes também entre aqueles com excesso de peso; a escolha do arroz e dos brócolis foram mais frequentes entre aqueles com comportamento de risco para TA (Tabela 14).

Individualmente, cachorro quente, leite com chocolate e maçã tiveram menos de 10% frequência de escolha. Devido ao tamanho da amostra não foi possível avaliar a diferença na frequência de escolha para algumas variáveis. Apesar disso, a escolha tanto do cachorro quente quanto do leite com chocolate foi mais frequente entre estudantes com baixo peso ou peso normal. A escolha do cachorro quente foi mais frequente ainda entre homens e entre aqueles que estavam satisfeitos com a imagem corporal (Tabela 14).

Somados, banana, maçã e brócolis foram escolhidos por 52,0% dos estudantes, sendo a escolha mais frequente entre estudantes de instituições privadas, do sexo feminino, com peso baixo ou normal e com comportamento de risco para TA (Tabela 14).

Somados, cachorro quente e leite com chocolate foram escolhidos por 14,5% dos estudantes, sendo a escolha mais frequente entre estudantes de instituições públicas, do final da graduação, do sexo masculino, com baixo peso ou eutrofia, sem comportamento de risco para TA e satisfeitos com sua imagem corporal (Tabela 14).

Esta questão também foi elencada no presente estudo objetivando uma resposta mais espontânea que permitisse avaliar atitudes alimentares. Nessa situação hipotética, foi solicitado que o estudante refletisse sobre as características nutricionais, em detrimento de outros aspectos biológicos bem como de aspectos sociais e culturais: “o que me manteria vivo?” Considerando-se as características nutricionais dos alimentos propostos, os que poderiam ser considerados mais adequados para garantir a sobrevivência em uma ilha deserta apenas com água e laranja seriam o cachorro quente e o leite com chocolate – pela sua densidade energética e conteúdo de proteínas. No entanto, estes juntamente com a maçã, tiveram a menor frequência de escolha.

No estudo de Rozin e colaboradores (ROZIN et al. 1996) - que propôs esse estudo de caso hipotético – a avaliação foi realizada com estudantes, funcionários de uma universidade e adultos inscritos em uma empresa de pesquisa. Eles encontraram que o cachorro quente e, especialmente leite com chocolate, também tiveram baixa frequência de resposta. Entretanto, a

frequência do cachorro quente e do leite com chocolate somados foi superior à encontrada nesse estudo (21,0% versus 14,5%).

O cachorro quente é um alimento do tipo *fast food*, composto por vários alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2014), sendo considerado “não saudável” (POVEY et al., 1998) e, é indicado que seu consumo seja evitado pelo Guia Alimentar para a população Brasileira (BRASIL, 2014). Da mesma forma, o consumo de leite com chocolate pode ser considerado “não saudável”, devido à quantidade de açúcar e gordura que podem estar presentes nos chocolates ou pela gordura ou lactose presentes no leite (dadas as preocupações atuais). Apesar disso, mesmo que nutricionalmente “desbalanceados” (BRASIL, 2014), o cachorro quente e o leite com chocolate eram os únicos alimentos listados com quantidades minimamente suficientes de carboidratos, proteínas e gorduras para garantir a sobrevivência nessa situação hipotética.

Assim, o que é saudável e adequado deve ser considerado dentro de um contexto: de vida, de família, de cultura, de momento e é papel do nutricionista levar todos estes aspectos em consideração – o que pareceu não acontecer na resposta dos estudantes. Dessa forma, parece haver dificuldade por parte desses estudantes em contextualizar o que é adequado comer perguntando-se para quem? Onde? Quando? Em que circunstâncias?

A análise desta questão destaca ainda que as escolhas alimentares podem ser diferentes de acordo com as características dos indivíduos. Estudantes sem comportamento de risco para transtornos alimentares, satisfeitos com sua imagem corporal, com baixo peso e peso normal, do sexo masculino e no final da graduação, parecem ter mais facilidade de se desprender do “padrão” do preconceito alimentar para fazerem suas escolhas alimentares, uma vez que escolheram com maior frequência leite com chocolate ou cachorro quente.

Assim, as mulheres – como já encontrado em outros resultados parecem ser sempre mais preocupadas; especialmente se tem excesso de peso e questões com sua imagem corporal, e mais ainda se tem comportamento de risco para transtornos alimentares. Tais achados podem ser importantes ao se discutir escolhas alimentares, seja entre estudantes de Nutrição, ou na população em geral.

Sabe-se que em todas as culturas existem regras de grande complexidade que modelam as atitudes e o consumo de alimentos, sendo que, em grande parte, essas regras são interiorizadas

pelos indivíduos de modo inconsciente (FISCHLER, 2001). Esses resultados podem ser um indicativo de que o preconceito e avaliação negativa relacionada a cachorro quente e leite com chocolate são superiores ao conhecimento acerca das características nutricionais e consideração do saudável para quem, onde, como, quando e por quê.

5.6. Estudos de Caso

Os quatro estudos de caso foram respondidos por 625 estudantes seguindo distribuição aleatória dos casos (1) mulher com alimentação mais disfuncional (N=153); 2) homem com alimentação mais disfuncional (N=169); 3) mulher com alimentação mais positiva (N=150); 4) homem com alimentação mais positiva (N=153) - sendo que cada estudante respondeu apenas um estudo de caso.

Os quatro estudos de caso eram semelhantes com relação ao estado de saúde geral, estado nutricional, quantidade de calorias, gorduras, frutas, verduras e legumes ingeridos diariamente. Os estudos de caso diferiam apenas com relação às escolhas e práticas alimentares, sendo uma mulher e um homem com atitudes com relação à alimentação mais disfuncionais e uma mulher e um homem com atitudes com relação à alimentação mais positiva.

Não houve diferença na frequência dos estudantes que responderam cada caso (Qui-quadrado= 1,426; $p= 0,700$); e não houve diferença nas características dos estudantes (p idade = 0,716; p IMC = 0,430; p instituição de ensino = 0,068; p fase da graduação = 0,961; p sexo = 0,904; p estado nutricional = 0,584; p comportamento risco TA= 0,968) com exceção da satisfação corporal. Com relação à esta última variável estavam satisfeitos 42,5% dos respondentes do caso 1; 44,4% do caso 2; 48% do caso 3; e 32,7% do caso 4 ($p= 0,045$).

Na comparação da qualidade da dieta, estado de saúde geral, estado nutricional, quantidade de energia ingerida, escolhas e práticas alimentares e no total dessas variáveis avaliadas entre os casos clínicos 1 e 2 (mulher e homem com atitude mais disfuncional) e entre os casos clínicos 3 e 4 (mulher e homem com atitude mais positiva) , foram encontradas apenas diferenças no total da avaliação dos casos 3 e 4, sendo o paciente homem com atitude mais positiva melhor avaliado que a paciente mulher com atitude mais positiva (Tabela 15).

Os quatro casos clínicos tiveram a qualidade da dieta avaliada como boa ou excelente pela maioria dos estudantes - entre 70,7% no caso 3; e 81,7% no caso 1 (Tabela 15).

Tabela 15 – Avaliação do caso clínico pelos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo segundo estudo de caso sorteado 1(n=153), 2 (n=169), 3 (n=150) e 4 (n=153).

Variáveis	Mulher (1)								Homem (2)								1 x 2
	Média (DP)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	1+2 (%)	4+5 (%)	Média (DP)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	1+2 (%)	4+5 (%)	p
Qualidade da dieta	3,95 (0,80)	1,96	3,27	13,07	61,44	20,26	5,23	81,70	4,00 (0,75)	0,00	2,96	18,93	52,66	25,44	2,96	78,11	0,725
Estado de saúde geral	3,84 (0,77)	0,65	3,92	22,88	55,56	16,99	4,58	72,55	3,79 (0,81)	0,00	7,69	22,49	53,25	16,57	7,69	69,82	0,578
Estado nutricional	3,77 (0,83)	1,31	3,27	30,72	47,06	17,65	4,58	64,71	3,84 (0,81)	0,59	5,92	20,71	54,44	18,34	6,51	72,78	0,303
Quantidade de energia ingerida	3,58 (0,86)	1,31	9,80	29,41	48,37	11,11	11,11	59,48	3,59 (0,80)	0,00	10,65	28,99	50,89	9,47	10,65	60,36	0,996
Escolhas e práticas alimentares	3,95 (0,86)	1,31	4,58	16,99	51,63	25,49	5,88	77,12	3,95 (0,89)	0,59	5,92	20,12	44,38	28,99	6,51	73,37	0,995
Total Avaliação	3,82 (0,61)								3,84 (0,61)								0,800
Variáveis	Mulher (3)								Homem (4)								3 x 4
	Média (DP)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	1+2 (%)	4+5 (%)	Média (DP)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	1+2 (%)	4+5 (%)	p
Qualidade da dieta	3,87 (0,80)	0,00	1,33	28,00	50,00	20,67	1,33	70,67	3,95 (0,78)	0,00	1,96	19,61	54,25	24,18	1,96	78,43	0,173
Estado de saúde geral	3,71 (0,80)	0,00	3,33	34,00	48,67	14,00	3,33	62,67	3,79 (0,79)	0,00	1,96	27,45	54,25	16,34	1,96	70,59	0,163
Estado nutricional	3,59 (0,85)	0,00	8,00	34,00	46,67	11,33	8,00	58,00	3,73 (0,83)	1,31	3,27	28,10	53,59	13,73	4,58	67,32	0,096
Quantidade de energia ingerida	3,43 (0,84)	0,00	12,67	34,67	46,67	6,00	12,67	52,67	3,55 (0,85)	0,65	9,15	28,76	49,67	11,76	9,80	61,44	0,065
Escolhas e práticas alimentares	3,93 (0,79)	0,00	1,33	24,00	52,00	22,67	1,33	74,67	3,97 (0,83)	0,00	1,96	16,99	52,94	28,10	1,96	81,05	0,153
Total Avaliação	3,71 (0,65)								3,80 (0,64)								0,035

1= péssimo; 2= ruim; 3= regular; 4=bom; 5= excelente; dessa forma, quanto maior a média, melhor avaliada foi a variável.

Na avaliação dos quatro casos clínicos por meio das variáveis: qualidade da dieta, estado de saúde geral, estado nutricional, quantidade de energia ingerida, escolhas e práticas alimentares e no total dessas variáveis avaliadas, houve diferença entre as respostas dos estudantes apenas na avaliação do estado nutricional (que era o mesmo para as duas mulheres e o mesmo para os dois homens) - na qual os pacientes 1 e 2 (mulher e homem com alimentação mais disfuncional) foram melhor avaliados que os pacientes 3 e 4 ($p = 0,034$, comparação não apresentada).

Com relação às escolhas e práticas alimentares, foi encontrada diferença entre os estudos de caso (3) mulher com atitude mais positiva e (4) homem com atitude mais positiva apenas na variável “Sai para comer em restaurantes no fim de semana”, sendo que essa opção foi julgada mais adequada para o paciente do sexo masculino quando comparado ao paciente do sexo feminino (Tabela 16).

Tabela 16 – Avaliação das escolhas e práticas alimentares pelos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo segundo estudo de caso sorteado 1(n=153), 2 (n=169), 3 (n=150) e 4 (n=153).

Variáveis	Média (DP)	Mulher (1)								Homem (2)								1 x 2	
		1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	1+2 (%)	4+5 (%)	Média (DP)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	1+2 (%)	4+5 (%)	p		
Não come frituras, nem doces, nem refrigerantes	4,50 (0,67)	0,00	2,61	1,96	38,56	56,86	2,61	95,42	4,46 (0,67)	0,00	1,78	4,73	39,64	53,85	1,78	93,49	0,522		
Usa habitualmente produtos diet e light	2,93 (0,95)	2,61	36,60	30,72	25,49	4,58	39,22	30,07	2,76 (0,93)	5,33	39,64	31,36	21,30	2,37	44,97	23,67	0,133		
Dá preferência a alimentos integrais	4,54 (0,72)	1,31	0,65	3,27	32,03	62,75	1,96	94,77	4,60 (0,52)	0,00	0,00	1,18	37,87	60,95	0,00	98,82	0,975		
Trocou pão por tapioca	3,36 (0,89)	1,96	9,80	44,44	35,29	8,50	11,76	43,79	3,45 (0,87)	0,59	8,88	44,37	35,5	10,65	9,47	46,15	0,480		
Não come arroz branco, apenas integral ou quinoa	4,10 (0,88)	1,31	4,58	12,42	46,41	35,29	5,88	81,70	3,96 (0,88)	1,78	5,33	13,61	53,25	26,04	7,10	79,29	0,120		
Evita restaurantes e eventos sociais com comida	2,44 (1,04)	20,92	32,03	31,37	13,07	2,61	52,94	15,69	2,44 (1,11)	21,89	34,91	26,04	11,83	5,33	56,80	17,16	0,761		
Total escolhas e práticas alimentares	3,65 (0,53)									3,61 (0,51)									0,558
Variáveis		Mulher (3)								Homem (4)								3 x 4	
Evita frituras, doces, e refrigerantes	4,54 (0,89)	2,00	2,67	0,00	26,67	68,67	4,67	95,33	4,56 (0,86)	1,31	3,27	0,65	24,18	70,59	4,58	94,77	0,749		
Dá preferência a alimentos integrais	4,56 (0,66)	0,00	0,00	2,67	35,33	62,00	0,00	97,33	4,52 (0,80)	0,65	0,65	0,65	35,95	62,09	1,31	98,04	0,921		
Tem arroz, feijão, carne e vegetais como base de sua dieta	4,30 (0,85)	0,67	4,00	2,67	47,33	45,33	4,67	92,67	4,31 (0,86)	1,31	2,61	3,92	45,10	47,06	3,92	92,16	0,818		
Sai para comer em restaurantes no fim de semana	3,09 (0,91)	2,00	23,33	41,33	30,00	4,00	25,33	34,00	3,32 (0,86)	1,31	13,73	38,56	41,83	4,58	15,03	46,41	0,016		
Valoriza eventos sociais e o prazer em comer	3,54 (1,14)	4,67	12,67	19,33	44,00	19,33	17,33	63,33	3,62 (1,10)	2,61	13,73	22,88	37,91	22,88	16,34	60,78	0,649		
Gosta de cozinhar e comer em família	4,42 (0,90)	1,33	0,00	6,67	32,67	59,33	1,33	92,00	4,44 (0,85)	1,31	0,65	7,19	31,37	59,48	1,96	90,85	0,919		
Total escolhas e práticas alimentares	4,07 (0,60)									4,13 (0,59)									0,358

1= muito inadequado; 2= inadequado; 3= indiferente; 4=adequado; 5= muito adequado. Assim, quanto maior a média, mais adequadas as variáveis foram consideradas.

Tanto *não comer frituras, nem doces, nem refrigerantes* como *evitar frituras, doces, e refrigerantes* foram considerados como adequados ou muito adequados por mais de 90% dos estudantes (Tabela 16).

Não comer arroz branco, apenas integral ou quinua foi considerado como adequado ou muito adequado por pelo menos 79% dos estudantes que responderam os casos 1 e 2. *Valorizar eventos sociais e o prazer em comer* foi considerado como adequado ou muito adequado por aproximadamente 60% dos estudantes que responderam os casos 3 e 4 (Tabela 16).

Na comparação da média do total das escolhas e práticas alimentares dos estudos de caso (1) mulher com atitude mais disfuncional (Média=3,65; DP=0,53) e (3) mulher com atitude mais positiva; e dos estudos de caso (Média=3,61; DP=0,51) (2) homem com atitude mais disfuncional (Média=4,07; DP=0,60) e 4) homem com atitude mais positiva (Média=4,13; DP=0,59), os pacientes com alimentação mais positiva receberam pontuação média maiores que aqueles com atitudes mais disfuncionais ($p<0,001$) - tanto na comparação das mulheres quanto na dos homens - (dados não apresentados); indicando que elas foram julgadas como mais adequadas pelos estudantes (quanto maior a média, mais adequadas foram consideradas as escolhas e práticas alimentares).

Estudos de caso hipotéticos têm sido usados como metodologia para avaliação de conduta profissional, principalmente quando se propõe a avaliar atitudes com relação ao estado nutricional de pacientes ou estigma com relação à obesidade (HARVEY et al., 2002; PUHL et al.;2009). Entretanto, o uso de estudos de caso pode ser útil também para explorar atitudes alimentares, definidas como crenças, pensamentos, sentimentos, comportamentos e relação para com os alimentos (ALVARENGA et al., 2010).

Atitudes como *trocar pão por tapioca; usar habitualmente produtos diet e light; evitar restaurantes e eventos sociais com comida; não comer frituras, nem doces, nem refrigerantes; e não comer arroz branco, apenas integral ou quinua* são exemplos de atitudes mais disfuncionais ou ortoréxicas, na qual, para se ter uma alimentação saudável não se considera a frequência, o com quem, onde, porque, e também o prazer relacionado à alimentação e a ritualização relacionada aos valores culturais e simbólicos da alimentação (PONTES et al., 2014).

Além disso, *trocar pão por tapioca e não comer arroz branco, apenas integral ou quinoa* ultrapassam a barreira do cultural, uma vez que tapioca não faz parte tradicionalmente da cultura alimentar da região sudeste (e na verdade se tornou uma moda); e quinoa não faz parte da cultura alimentar brasileira. Assim, pode-se pensar na influência da mídia que divulga, por exemplo, o consumo de tapioca relacionado à dieta sem glúten e à moda *fitness* e da quinoa, que foi trazida para cá como um superalimento, apesar do conceito ser equivocado - e reflete a atual doutrina da alimentação, o nutricionismo, na qual o objetivo de comer é manter e promover saúde e os alimentos deixam de ser vistos como um todo, dando foco apenas aos nutrientes e ao valor energético (SCRINIS, 2013).

O fato de atitudes como *trocar pão por tapioca; usar habitualmente produtos diet e light; e evitar restaurantes* e eventos sociais com comida terem sido consideradas normais e aceitas uma vez que não foram julgados, na média, como inadequadas/muito inadequadas; e atitudes como *não comer frituras, nem doces, nem refrigerantes e não comer arroz branco, apenas integral ou quinoa* serem consideradas, na média, como adequadas/muito adequadas pelos estudantes é preocupante e pode ser um indicativo de como estão imersos em uma sociedade na qual atitudes ortoréxicas e o nutricionismo passam despercebidos, ou ainda, são considerados adequados e incentivados.

Essa visão deve ser questionada e discutida durante a formação em Nutrição, uma vez que ela pode interferir na avaliação dos pacientes e, possivelmente, na futura conduta clínica. Observa-se pelos resultados que, mesmo com os quatro pacientes tendo as mesmas características de estado nutricional, aqueles com comportamentos alimentares mais disfuncionais tiveram seu estado nutricional considerado mais adequado (maiores médias) quando comparados aos pacientes com atitudes mais positivas. Desta forma, pode-se concluir que as máximas preconceituosas “pessoas magras comem direto” e “pessoas que gostam de comer são gordas” aparece neste julgamento. A alimentação deve ser avaliada dentro de um contexto geral e não dependendo do estado nutricional do paciente. E julgar o paciente restritivo como mais saudável pode mostrar a distorção do conceito atual de saúde.

Atitudes como *sair para comer em restaurantes no fim de semana; valorizar eventos sociais e o prazer em comer; e gostar de cozinhar e comer em família* representam a importância do prazer em comer, do papel social e cultural da alimentação, uma vez que o comer não satisfaz apenas as necessidades biológicas, mas preenche também funções simbólicas e sociais

(POULAIN, 2004; CANESQUI e DIEZ GARCIA, 2005; FISCHLER, 2001). Mas, menos da metade dos estudantes consideraram estes três pontos como importantes – parecendo estar em segundo plano, submetidos a um julgamento moral daquilo que se come (STEIN e NEMEROFF, 1995).

Além disso, o fato do paciente *homem com atitudes mais positivas* ter tido uma melhor avaliação clínica quando comparado à *mulher com atitudes mais positivas*; e também de *sair para comer em restaurantes no fim de semana* ter sido considerado mais adequado para o homem quando comparado à mulher indica que o julgamento pode ser diferente de acordo com o sexo, fazendo com que, para a mulher, persista a necessidade de controle e restrição, com a satisfação do prazer em comer tornando-se moralmente repreensível (MADDEN e CHAMBERLAIN, 2010; ASFORA, 2012).

As diferenças encontradas na comparação dos casos das duas mulheres (disfuncional *versus* positiva) e dos dois homens (disfuncional *versus* positiva) – para qual os pacientes de ambos os sexos com atitudes positivas foram melhor avaliados quanto às escolhas e práticas alimentares são de alguma forma animadoras – a despeito dos demais resultados encontrados. Olhar para o perfil mais positivo como mais importante reflete que alguns aspectos defendidos pelo Guia Alimentar para a população Brasileira (BRASIL, 2014) como o resgate do cozinhar, a valorização do comer em família, bem como do arroz e feijão e dos alimentos pouco processados têm sido incorporados por esses estudantes.

A alimentação tem obviamente uma função biológica vital (FISCHLER, 2001), entretanto, uma conduta que denomina de alimentação saudável como aquela na qual valor calórico e nutricional dos alimentos são valorizados em detrimento do prazer em comer e dos aspectos sociais e culturais na alimentação, minimiza a alimentação e anula parcialmente o ser humano, uma vez que “no ato da alimentação, o homem biológico e o homem cultural e social estão estritamente ligados” (CONTRERAS, 1993).

De qualquer forma, estudos de casos – incluindo inclusive pacientes e histórias hipotéticos – são promissores na discussão de condutas profissionais e podem ser utilizados com mais frequência para se pensar o porquê de determinadas avaliações – se são fundamentadas ou preconcebidas; e igualmente o porquê de eventuais recomendações – se são novamente justificadas ou fruto de replicar preconceitos e modismos.

5.7. Fontes de Informação

Os resultados deste tópico estão apresentados no manuscrito intitulado “Há relação entre as fontes de informação utilizadas por estudantes de nutrição e a percepção sobre função da alimentação?” que será submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública sob autoria de Priscila Koritar, Helena Jacob, Marle dos Santos Alvarenga. O mesmo não está disponível na presente tese atendendo à Lei federal 9.610/98 que versa sobre direitos autorais.

5.8. Recortes da Mídia

As questões relativas aos três recortes da mídia foram respondidas por 501 universitários. O primeiro recorte foi intitulado “Consumo pré e pós ceia de Natal”, o segundo recorte “Consumo durante a ceia de Natal” e o terceiro “Consumo de chocolate na Páscoa”.

O primeiro recorte teve maior frequência de discordância (respostas 1 e 2) com as dicas dadas (Tabela 17); e o terceiro teve maior concordância (respostas 4 e 5) com as dicas dadas (Tabela 19). Nos três recortes não foram observadas diferenças nas comparações das médias de concordância de acordo com sexo e a satisfação corporal; mas houve diferença com relação ao tipo de instituição (Tabelas 17- 19).

Tabela 17 – Distribuição das respostas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo na questão “O quanto você concorda com as dicas dadas no recorte ‘Consumo pré e pós ceia de Natal’?” de acordo com o total de estudantes, tipo de instituição, fase da graduação, sexo, estado nutricional, satisfação corporal e comportamento de risco para TA (n=501).

Variáveis	Média (DP)	p	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	1+2 %	4+5 %
Geral (n=501)	2,79 (1,31)		20,76	29,54	6,19	36,93	6,59	50,3	43,51
Pública (n=95)	1,77 (1,03)	0,000	52,63	31,58	2,11	13,68	0,00	84,21	13,68
Privada (n=406)	3,03 (1,25)		13,3	29,06	1,75	42,36	8,13	42,36	50,49
Início (n=246)	3,13 (1,26)	0,000	13,01	25,2	7,72	44,31	9,76	38,21	54,07
Final (n=255)	2,47 (1,28)		28,24	33,73	4,71	29,8	3,53	61,96	33,33
Sexo Feminino (n=465)	2,79 (1,31)	0,724	20,86	29,46	6,24	37,2	6,24	50,32	43,44
Sexo Masculino (n=36)	2,86 (1,38)		19,44	30,56	5,56	33,33	11,11	50	44,44
Peso Baixo + Normal (n=384)	2,78 (1,32)	0,644	21,88	27,86	7,29	36,46	6,51	49,74	42,97
Excesso de peso (n=117)	2,83 (1,30)		17,09	35,04	2,56	38,46	6,84	52,14	45,3
Satisfeito (n=62)	2,50 (1,22)	0,226	25	31,25	9,38	29,69	1,56	58,06	32,26
Insatisfeito (n=346)	2,71 (1,29)		20,39	30,3	5,51	34,44	4,68	53,18	41,04
Com risco TA (n=97)	2,95 (1,21)	0,044	14,43	28,87	8,25	44,33	4,12	43,3	48,45
Sem risco TA (n=322)	2,65 (1,30)		22,98	32,92	5,28	33,54	5,28	55,9	38,82

1=discordo totalmente; 2=discordo; 3=não concordo nem discordo; 4=concordo; 5=concordo totalmente

^a Apenas 419 universitários responderam questões relativas ao comportamento de risco para TA

^b Apenas 408 universitários responderam questões relativas à imagem corporal.

Com relação ao segundo recorte, intitulado “Consumo durante a ceia de Natal”, as respostas para a questão “O quanto você concorda com as dicas dadas no recorte “Consumo durante a ceia de Natal”?” podem ser vistas na tabela 18.

Tabela 18 – Distribuição das respostas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo na questão “O quanto você concorda com as dicas dadas no recorte ‘Consumo durante a ceia de Natal?’” de acordo com o total de estudantes, tipo de instituição, fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamento de risco para TA e satisfação corporal (n=501).

Variáveis	Média (DP)	p	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	1+2 %	4+5 %
Geral (n=501)	3,51 (1,34)		10,3 8	19,1 6	5,39	38,9 2	26,1 5	29,5 4	65,0 7
Pública (n=95)	2,36 (1,27)	0,00	31,5 8	34,7 4	3,16	27,3 7	3,16	66,3 2	30,5 3
Privada (n=406)	3,78 (1,20)	0	5,42	15,5 2	5,91	41,6 3	31,5 3	20,9 4	73,1 5
Início (n=246)	3,65 (1,29)	0,02	8,13	17,8 9	4,47	40,2 4	29,2 7	26,0 2	69,5 1
Final (n=255)	3,38 (1,37)	8	12,5 5	20,3 9	6,27	37,6 5	23,1 4	32,9 4	60,7 8
Sexo Feminino (n=465)	3,50 (1,33)	0,43	10,3 2	19,7 8	4,95	39,3 5	25,5 9	30,1 1	64,9 5
Sexo Masculino (n=36)	3,67 (1,35)	3	11,1 1	11,1 1	11,1 1	33,3 3	33,3 3	22,2 2	66,6 7
Peso Baixo + Normal (n=384)	3,39 (1,36)	0,00	12,5	20,3 1	5,73	38,8	22,6 6	32,8 1	61,4 6
Excesso de peso (n=117)	3,92 (1,16)	0	3,42	15,3 8	4,27	39,3 2	37,6 1	18,8	76,9 2
Satisfeito (n=62)	3,39 (1,35)	0,83	9,38	23,4 4	7,81	32,8 1	23,4 4	33,8 7	58,0 6
Insatisfeito (n=346)	3,42 (1,38)	2	11,8 5	19,5 6	4,68	35,2 6	23,9 7	32,9 5	62,1 4
Com risco TA (n=97)	3,73 (1,17)	0,02	3,09	19,5 9	7,22	41,2 4	28,8 7	22,6 8	70,1
Sem risco TA (n=322)	3,54 (1,40)	7	13,9 8	20,5	4,97	37,2 7	23,2 9	34,4 7	60,5 6

1= discordo totalmente; 2= discordo; 3= não concordo nem discordo; 4=concordo; 5= concordo totalmente

Com relação ao terceiro recorte, intitulado “Consumo de chocolate na Páscoa”, as respostas podem ser vistas na tabela 19.

Tabela 19 – Distribuição das respostas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo na questão “O quanto você concorda com as dicas dadas em ‘Consumo de chocolate na Páscoa?’” de acordo com o total de estudantes, tipo de instituição, fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamento de risco para TA e satisfação corporal.

Variáveis	Média (DP)	p	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	1+2 %	4+5 %
Geral (n=501)	4,42 (0,90)		1,00	6,19	3,39	29,14	60,28	7,19	89,42
Pública (n=95)	3,91 (1,14)	0,000	3,16	14,74	6,32	40,00	35,79	17,89	75,79
Privada (n=406)	4,53 (0,78)		0,49	4,19	2,71	26,6	66,01	4,68	92,61
Início (n=246)	4,48 (0,83)	0,199	0,81	4,47	3,25	28,86	62,6	5,28	91,46
Final (n=255)	4,35 (0,96)		1,18	7,84	3,53	29,41	58,04	9,02	87,45
Sexo Feminino (n=465)	4,41 (0,91)	0,658	0,86	6,67	3,66	28,6	60,22	7,53	88,82
Sexo Masculino (n=36)	4,53 (0,78)		2,78	0,00	0,00	36,11	61,11	2,78	97,22
Peso Baixo + Normal (n=384)	4,42 (0,89)	0,971	1,30	5,47	3,39	29,69	60,16	6,77	89,84
Excesso de peso (n=117)	4,40 (0,91)		0,00	8,55	3,42	27,35	60,68	8,55	88,03
Satisfeito (n=62)	4,52 (0,82)	0,198	1,56	3,13	1,56	28,13	62,5	4,84	93,55
Insatisfeito (n=346)	4,36 (0,92)		0,55	7,44	3,86	29,2	54,27	8,38	87,57
Com risco TA (n=97)	4,45 (0,88)	0,251	0,00	7,22	4,12	24,74	63,92	7,22	88,66
Sem risco TA (n=322)	4,36 (0,92)		0,93	7,14	3,42	31,99	56,52	8,07	88,51

1= discordo totalmente; 2= discordo; 3= não concordo nem discordo; 4=concordo; 5= concordo totalmente

Observa-se que metade dos universitários (50,3%) referiu discordar em algum grau das informações dadas no recorte “Consumo pré e pós ceia de Natal”; sendo que universitários de instituições privadas, do início da graduação e com comportamento de risco para TA tiveram maior média de concordância com o conteúdo das recomendações.

Mais da metade dos universitários (65,0%) referiram concordar em algum grau com as dicas apresentadas no recorte “Consumo durante a ceia de Natal”; sendo que universitários de instituições privadas, do início da graduação, com excesso de peso e universitários com comportamento de risco para TA tiveram maior média de concordância.

A grande maioria dos universitários (89,4%) referiu concordar em algum grau com o conteúdo apresentado no recorte “Consumo de chocolate na Páscoa”; sendo que universitários de instituições privadas tiveram maior média de concordância.

As respostas para se sentir confortável com a associação do nome aos recortes pode ser vista nas tabelas 20, 21 e 22. Para os três recortes, não foram observadas diferenças de acordo com sexo e comportamento de risco para TA, mas foram observadas diferenças de acordo com o

tipo de instituição de ensino, sendo que estudantes de instituições privadas se sentiam mais confortáveis com a associação do seu nome aos recortes.

Tabela 20 – Distribuição das respostas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo na questão “Você se sentiria confortável associando seu nome ao recorte ‘Consumo pré e pós ceia de Natal?’” de acordo com o total de estudantes, tipo de instituição, fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamento de risco para TA e satisfação corporal (n=501).

Variáveis	Média (DP)	p	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	1+2 %	4+5 %
Geral (n=501)	2,14 (1,83)		48,9	21,36	4,99	16,77	7,98	70,26	24,75
Pública (n=95)	1,27 (0,82)	0,000	86,32	7,37	1,05	3,16	2,11	93,68	5,26
Privada (n=406)	2,34 (1,41)		40,15	24,63	5,91	19,95	9,36	64,78	29,31
Início (n=246)	2,30 (1,42)	0,002	41,46	24,80	6,10	17,48	10,16	66,26	27,64
Final (n=255)	1,98 (1,33)		56,08	18,04	3,92	16,08	5,88	74,12	21,96
Sexo Feminino (n=465)	2,12 (1,38)	0,318	49,68	20,43	5,38	16,99	7,53	70,11	24,52
Sexo Masculino (n=36)	2,31 (1,47)		38,89	33,33	0,00	13,89	13,89	72,22	27,78
Peso Baixo + Normal (n=384)	2,11 (1,37)	0,587	49,22	21,88	4,95	16,41	7,55	71,09	23,96
Excesso de peso (n=117)	2,21 (1,44)		47,86	19,66	5,13	17,95	9,40	67,52	27,35
Satisfeito (n=62)	1,71 (1,15)	0,036	60,94	18,75	6,25	6,25	4,69	82,26	11,29
Insatisfeito (n=346)	2,09 (1,36)		47,38	21,21	4,13	15,7	6,89	71,97	23,70
Com risco TA (n=97)	2,09 (1,30)	0,560	46,39	25,77	5,15	17,53	5,15	72,16	22,68
Sem risco TA (n=322)	2,06 (1,36)		51,86	21,12	4,35	14,91	7,76	72,98	22,67

1= discordo totalmente; 2= discordo; 3= não concordo nem discordo; 4=concordo; 5= concordo totalmente

As respostas para a questão “Você se sentiria confortável associando seu nome ao recorte “Consumo durante a ceia de Natal?”” podem ser vistas na tabela 21.

Tabela 21 – Distribuição das respostas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo na questão “Você se sentiria confortável associando seu nome ao recorte ‘Consumo durante a ceia de Natal?’” de acordo com o total de estudantes, tipo de instituição, fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamento de risco para TA e satisfação corporal (n=501).

Variáveis	Média (DP)	P	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	1+2 %	4+5 %
Geral (n=501)	3,09 (1,54)	0,000	25,15	14,77	9,98	26,55	23,55	39,92	50,10
Pública (n=95)	1,90 (1,22)		54,74	23,16	6,32	12,63	4,21	76,84	16,84
Privada (n=406)	3,37 (1,47)		18,23	13,05	10,84	29,80	28,08	31,28	57,88
Início (n=246)	3,21 (1,50)	0,089	21,14	15,04	10,98	27,64	25,2	36,18	52,85
Final (n=255)	2,97 (1,56)		29,02	14,51	9,02	25,49	21,96	43,53	47,45
Sexo Feminino (n=465)	3,05 (1,53)	0,064	25,81	15,05	9,89	26,67	22,58	40,86	49,25
Sexo Masculino (n=36)	3,53 (1,50)		16,67	11,11	11,11	25,00	36,11	27,78	61,11
Peso Baixo + Normal (n=384)	2,98 (1,52)	0,004	27,08	15,10	10,16	27,6	20,05	42,19	47,66
Excesso de peso (n=117)	3,42 (1,54)	0,102	18,80	13,68	9,40	23,08	35,04	32,48	58,12
Satisfeito (n=62)	2,71 (1,53)		32,81	14,06	15,63	17,19	17,19	48,39	35,48
Insatisfeito (n=346)	3,06 (1,57)		25,9	14,05	7,44	24,52	23,42	41,91	50,29
Com risco TA (n=97)	3,15 (1,54)	0,245	20,62	21,65	6,19	24,74	26,80	42,27	51,55
Sem risco TA (n=322)	2,97 (1,56)		29,19	13,66	9,94	25,16	22,05	42,86	47,20

1= discordo totalmente; 2= discordo; 3= não concordo nem discordo; 4=concordo; 5= concordo totalmente

As respostas para a questão “Você se sentiria confortável associando seu nome ao recorte “Consumo de chocolate na Páscoa?”” podem ser vistas na tabela 22.

Tabela 22 – Distribuição das respostas dos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo na questão “Você se sentiria confortável associando seu nome ao recorte ‘Consumo de chocolate na Páscoa’?” de acordo com o total de universitários, tipo de instituição, fase da graduação, sexo, estado nutricional, comportamento de risco para TA e satisfação corporal (n=501)

Variáveis	Média (DP)	P	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	1+2 %	4+5 %
Geral (n=501)	4,04 (1,19)		6,39	7,19	9,58	30,14	46,71	13,57	76,85
Pública (n=95)	3,47 (1,49)	0,000	15,79	14,74	10,53	24,21	34,74	30,53	58,95
Privada (n=406)	4,17 (1,08)		4,19	5,42	9,36	31,53	49,51	9,61	81,03
Início (n=246)	4,08 (1,14)	0,621	5,28	6,91	8,94	32,11	46,75	12,20	78,86
Final (n=255)	3,99 (1,24)		7,45	7,45	10,20	28,24	46,67	14,90	74,90
Sexo Feminino (n=465)	4,03 (1,20)	0,941	6,67	7,1	9,68	29,68	46,88	13,76	76,56
Sexo Masculino (n=36)	4,11 (1,06)		2,78	8,33	8,33	36,11	44,44	11,11	80,56
Peso Baixo + Normal (n=384)	4,04 (1,20)	0,530	6,25	7,29	10,42	27,86	48,18	13,54	76,04
Excesso de peso (n=117)	4,01 (1,18)		6,84	6,84	6,84	37,61	41,88	13,68	79,49
Satisfeito (n=62)	4,16 (1,07)	0,341	4,69	4,69	6,25	35,94	45,31	9,68	83,87
Insatisfeito (n=346)	3,96 (1,24)		7,16	7,71	9,37	28,93	42,15	15,61	74,57
Com risco TA (n=97)	4,02 (1,20)	0,911	7,22	6,19	8,25	34,02	44,33	13,4	78,35
Sem risco TA (n=322)	4,00 (1,22)		6,83	8,07	9,32	30,75	45,03	14,91	75,78

1= discordo totalmente; 2= discordo; 3= não concordo nem discordo; 4=concordo; 5= concordo totalmente

Mais da metade dos universitários (70,3%) referiram que não se sentiriam confortáveis tendo seus nomes associados ao recorte “Consumo pré e pós ceia de Natal”, sendo que os estudantes de instituições públicas, no final da graduação e satisfeitos com sua imagem corporal tiveram menor média de concordância - se sentiam menos confortáveis em terem seus nomes associados ao recorte.

Metade dos universitários (50,1%) relatou que se sentiria confortável, em algum grau, com seu nome associado ao recorte “Consumo durante a ceia de Natal”; sendo que aqueles de instituições privadas e com excesso de peso tiveram maior média de concordância - se sentiam mais confortáveis em terem seus nomes associados ao recorte.

Grande parte dos universitários (76,8%) relatou que se sentiriam confortáveis, em algum grau, tendo seus nomes associados ao recorte “Consumo de chocolate na Páscoa”; sendo que universitários de instituições privadas também tiveram maior média de concordância nesse recorte.

Numa visão crítica do quanto as informações da mídia auxiliam na promoção, manutenção e recuperação da saúde por meio da alimentação, não se pode dizer que se sentir confortável é inadequado. Antes, é necessário avaliar quanto dessa informação transmitida - muitas vezes por um nutricionista - é desinformação e pode, em algum grau, causar danos às pessoas (ADA, 2006). Pois espera-se que uma informação adequada seja transmitida e validada por um especialista, a partir de uma comunicação responsável e ética (AND, 2013; ANTONACCIO et al., 2015).

Ainda, nos três recortes da mídia, os estudantes foram convidados a declarar, de maneira aberta, de um a três pontos apresentados nos recortes que considerassem úteis para a promoção, manutenção e recuperação da saúde por meio da alimentação. Na sequência, os estudantes também foram convidados a declarar de um a três pontos que considerassem como não úteis para a promoção, manutenção e recuperação da saúde por meio da alimentação.

Os pontos destacados como úteis e como não úteis para a promoção, manutenção e recuperação da saúde por meio da alimentação foram categorizados, somados e organizados em ordem decrescente de acordo com a frequência de resposta sobre a utilidade da recomendação e estão apresentados nas tabelas 23, 24 e 25.

Diversos pontos que foram considerados úteis para a promoção, manutenção e recuperação da saúde por meio da alimentação nos recortes para alguns estudantes, foram indicados como não úteis por outros universitários, indicando uma divergência de opinião.

Para o recorte “Consumo pré e pós ceia de Natal” as respostas estão apresentadas na tabela 23.

Tabela 23 – Pontos considerados úteis e não úteis no recorte “Consumo pré e pós ceia de Natal” para a promoção, manutenção e recuperação da saúde por meio da alimentação pelos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=487).

Pontos indicados como úteis	%
1) Abasteça a geladeira com frutas, verduras e legumes	81,64
2) Doces são vilões da boa forma e devem passar longe da geladeira	19,36
3) Abasteça a geladeira com alimentos que possam matar sua vontade de doce	17,76
4) Uma alimentação mais saudável nas semanas anteriores permite um docinho na noite de Natal	17,56
5) O ideal é aceitar a oferta apenas de saladas e alimentos mais saudáveis	15,37
6) Caso não possa recusar os pratos, doe os alimentos para quem de fato precisa se alimentar no Natal	15,17
Não concordaram ou não consideraram nenhum ponto útil	2,80
Pontos indicados como NÃO úteis	%
1) Doces são vilões da boa forma e devem passar longe da geladeira	51,90
2) O ideal é aceitar a oferta apenas de saladas e alimentos mais saudáveis	28,54
3) Uma alimentação mais saudável nas semanas anteriores permite um docinho na noite de Natal	27,15
4) Abasteça a geladeira com FLV	19,76
5) Caso não possa recusar os pratos, doe os alimentos para quem de fato precisa se alimentar no Natal	16,57
6) Abasteça a geladeira com alimentos que possam matar sua vontade de doce	8,78
7) Promoção de dieta muito restritiva	6,19
8) Dicotomização da dieta	3,39
9) Prejuízo na socialização	2,99
10) Restrição da dieta apenas ao período de Natal	0,60
Reafirmaram não concordar com nenhum aspecto do recorte - Toda a informação no recorte não era útil	2,60
Afirmaram concordar com tudo e não apontaram nenhum ponto que fosse não útil	2,60

Com relação ao recorte acima “Consumo pré e pós ceia de Natal”, 97,2% destacaram um ponto útil, 48,7% destacaram dois pontos úteis e 22,2% destacaram três pontos úteis. Do total de estudantes, 94,8% indicaram 1 ponto não útil, 48,5% destacaram dois pontos não úteis e 22,6% indicaram 3 pontos não úteis. “*Doces são vilões da boa forma e devem passar longe da geladeira*” foi o principal ponto considerado não útil para a promoção, manutenção e recuperação da saúde por meio da alimentação apontado pelos universitários, o que é uma resposta positiva.

A indicação de “*Doces são vilões da boa forma e devem passar longe da geladeira*”, “*Abasteça a geladeira com alimentos que possam matar sua vontade de doce*”, “*Uma alimentação mais saudável nas semanas anteriores permite um docinho na noite de Natal*”, “*O ideal é aceitar a oferta apenas de saladas e alimentos mais saudáveis*” e “*Caso não possa recusar os pratos, doe os alimentos para quem de fato precisa se alimentar no Natal*” como pontos úteis no recorte

“Consumo pré e pós ceia de Natal” são exemplos que refletem um pensamento ortoréxico com relação à alimentação, especialmente quando se considera que estavam contextualizadas na festa de Natal e merece atenção.

Os pontos indicados como úteis e não úteis para a promoção a promoção, manutenção e recuperação da saúde por meio da alimentação no recorte “Consumo durante a ceia de Natal” estão apresentados na tabela 24.

Tabela 24 – Pontos considerados úteis e não úteis no recorte “Consumo durante a ceia de Natal” para a promoção a promoção, manutenção e recuperação da saúde por meio da alimentação pelos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=470).

Pontos indicados como úteis	%
1) Mantenha disciplina com refrigerantes, cervejas, frituras e doces	42,12
2) Opte por alimentos menos prejudiciais à saúde	30,94
3) Consumir um iogurte desnatado ou uma fruta antes do jantar ajudará no controle da compulsão alimentar por alimentos calóricos e gordurosos	27,35
4) Invista em escolhas inteligentes para não afundar na dieta	26,95
5) O ideal é ir previamente alimentado para a ceia	24,55
6) Abuse de saladas	19,36
7) Coma bem pouquinho dos alimentos que prefere	6,99
Não concordaram ou não consideraram nenhum ponto útil	5,40
Concordaram com tudo	0,80
Pontos indicados como NÃO úteis	%
1) O ideal é ir previamente alimentado para a ceia	31,74
2) Coma bem pouquinho dos alimentos que prefere	24,15
3) Prejuízo na socialização	10,18
4) Mantenha disciplina com refrigerantes, cervejas, frituras e doces	9,98
5) Consumir um iogurte desnatado ou uma fruta antes do jantar ajudará no controle da compulsão alimentar por alimentos calóricos e gordurosos	8,78
6) Invista em escolhas inteligentes para não afundar na dieta	7,39
7) Iogurte antes da refeição	5,59
8) Falta falar sobre comer com moderação	5,59
9) Abuse de saladas	3,79
10) Opte por alimentos menos prejudiciais à saúde	3,59
11) Dicotomização dos alimentos	1,40
Reafirmaram não concordar com nenhum aspecto do recorte - Toda a informação no recorte não era útil	2,20
Afirmaram concordar com tudo e não apontaram nenhum ponto que fosse não útil	18,80

No recorte “Consumo durante a ceia de Natal”, 93,8% destacaram um ponto útil, 58,5% destacaram dois pontos úteis e 25,9% destacaram três pontos úteis. Do total de universitários, 79,0% indicaram um ponto não útil, 23,8% destacaram dois pontos não úteis e 9,4% indicaram

três pontos não úteis. “*O ideal é ir previamente alimentado para a ceia*” foi o principal ponto considerado não útil apontado pelos universitários, o que é positivo.

Diversas reflexões podem ser feitas a respeito das concordâncias com as recomendações dadas nos recortes, nos fazendo acreditar na valorização da prática de restrição alimentar como sinônimo de saúde ou de adequação da estética corporal por parte desses estudantes. Por exemplo, a concordância de 30,9% com “*Opte por alimentos menos prejudiciais à saúde*” nos faz questionar, o que seria prejudicial numa ceia de Natal e poderia afetar a saúde de uma pessoa por causa de um jantar. Ainda a concordância de 27% em “*Invista em escolhas inteligentes para não afundar na dieta*” no faz pensar na normalidade da prática de restrição, que considera que é necessário ir para a ceia com cabeça de dieta. Ou mesmo com 24,6% de concordância com “*O ideal é ir previamente alimentado para a ceia*” qual seria o sentido da ceia de Natal, se todo mundo vai previamente alimentado?

Levando em consideração a importância simbólica e sociocultural do Natal, indicar como pontos úteis “*O ideal é ir previamente alimentado para a ceia*”, “*Invista em escolhas inteligentes para não afundar na dieta*”, “*Opte por alimentos menos prejudiciais à saúde*”, “*Abuse de saladas*”, “*Coma bem pouquinho dos alimentos que prefere*” reflete como os aspectos psicosocioculturais são colocados em segundo plano em detrimento da ortorexia, da medicalização e do nutricionismo (VILLAGELIM et al., 2012; SCRINIS, 2013; KRAEMER et al., 2014).

Além disso, a importância dada à “*Coma bem pouquinho dos alimentos que prefere*” parece ser um indicativo de uma crença de que o prazer é incompatível com hábitos alimentares saudáveis (JALLINOJA et al., 2010). Entretanto, sabe-se que aceitar que o alimento também seja fonte de prazer é uma abordagem necessária para a promoção da saúde (JALLINOJA et al., 2010; JACQUIER et al., 2012) e que adotar a preocupação com a saúde como mais importante que o sabor e o prazer em comer não é uma boa abordagem para promoção da saúde e de uma alimentação saudável (KORITAR et al., 2017).

Os pontos indicados como úteis e não úteis para a promoção a promoção, manutenção e recuperação da saúde por meio da alimentação em “Consumo de chocolate na Páscoa” estão apresentados na tabela 25.

Tabela 25 – Pontos considerados úteis e não úteis no recorte “Consumo de chocolate na Páscoa” para a promoção a promoção, manutenção e recuperação da saúde por meio da alimentação pelos estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=476).

Pontos indicados como úteis	%
1) O consumo exagerado é prejudicial à saúde e pode provocar excesso de peso...etc A grande quantidade de gordura pode provocar diarreia em pessoas que abusam	94,81
2) Para crianças o consumo deve ser controlado, principalmente no 1º ano de vida, devido ao alto teor de açúcar e gordura	42,71
3) Orientação para o consumo moderado/sem exagero	19,16
4) Nesta época, o apelo da mídia para o consumo de chocolate pode levar ao exagero	6,79
5) Restringir excesso de açúcar e gordura	3,79
6) A Secretaria de Saúde decidiu fazer um alerta para os cuidados com o consumo de chocolate na Páscoa	2,40
7) Consumo de meio amargo ou alfarroba	0,80
Não concordaram ou não consideraram nenhum ponto útil	1,60
Concordaram com tudo	3,40
Pontos indicados como NÃO úteis	%
1) Discorda/ não considera útil algum dos prejuízos à saúde relacionados ao consumo de chocolate indicados no recorte	19,16
2) Criança não deveria comer chocolate no 1º ano	14,97
3) Comer em excesso apenas na Páscoa não vai resultar em prejuízo	5,79
4) Não fala a quantidade que é indicada de chocolate/consumo moderado/sem exagero	4,79
5) Não deveria focar tanto em crianças, o prejuízo do excesso é para qualquer fase da vida	3,79
6) Forma como a mensagem é passada	3,79
7) Está errado alertar sobre o excesso apenas na Pascoa	2,99
8) O apelo para o consumo de chocolate pode levar ao exagero,	2,59
9) Foco na gordura, açúcar e tipo de chocolate	1,80
10) Informação não é transmitida por nutricionista	0,80
11) Uso de termos difíceis	0,80
12) Faltam dicas para substituir o chocolate ou usar de forma mais saudável	0,80
13) A Secretaria de Saúde decidiu fazer um alerta para os cuidados com o consumo de chocolate na Páscoa	0,40

No recorte “Consumo de chocolate na Páscoa”, 95,0% destacaram um ponto útil, 56,1% destacaram dois pontos úteis e 25,9% destacaram três pontos úteis. Do total de universitários, 53,6% indicaram um ponto não útil, 7,2% destacaram dois pontos não úteis e 2,2% indicaram três pontos não úteis.

Este recorte apresenta informações menos extremista que os dois primeiros, entretanto, as informações parecem que são passadas de forma alarmante. Além disso, a grande concordância dos universitários com relação ao recorte “Consumo de chocolate na Páscoa”, bem como a importância dada ao impacto na saúde pelo consumo excessivo de chocolate, à restrição do excesso de açúcar e gordura, a indicação de consumo de chocolate meio amargo ou alfarroba

são exemplos desse processo de valorização dos nutrientes em detrimento de outros aspectos da alimentação.

Nessa avaliação utilizando recortes da mídia disponíveis em páginas da internet sobre alimentação saudável, objetivou-se também uma resposta mais espontânea dos estudantes.

Primeiramente, há de se questionar se matérias da mídia sobre alimentação saudável podem ser úteis à população ou não. Como colocado na introdução deste estudo, nunca se falou tanto em alimentação e Nutrição e a população não está mais saudável em função disso. Praticamente toda revista feminina e de atualidades tem uma seção “saúde e alimentação” atualmente (para além daquelas que exploram exatamente o tema) – e o mesmo é verdadeiro para os portais da internet. Toda semana – no mínimo – há um post ou notícia nova, e há de se colocar que a ciência não traz novidades com esta velocidade. Assim, muito temas e assuntos se repetem, e pior – muitas chamadas são alarmantes buscando audiência. Isto ocorre no caso da alimentação, especialmente em datas relacionadas às festividades, como Natal e Páscoa – dos recortes selecionados para este estudo.

Se pensado, portanto, desta forma mais crítica, não achar útil nenhum ponto das matérias não é inadequado. Assim como a concordância com muitos pontos não é também inadequada (como o 1º ponto indicado como útil no 1º recorte e o 1º ponto indicado como útil no 3º recorte). De qualquer forma, temos que considerar por outro lado, que sim, a população se informa também pela mídia e não apenas com profissionais da área da saúde, e que uma comunicação adequada é possível e necessária (AND, 2013; ANTONACCIO et al., 2015).

Por outro lado, a concordância com alguns itens é preocupante, pois parece que o estudante não tem uma crítica diferente para as mensagens sobre saúde e Nutrição. Tal achado traz novamente a necessidade de educação sobre a mídia na formação profissional, e análise crítica de estudos e textos sobre alimentação e Nutrição.

Deste modo, encontrar que aqueles do começo do curso concordaram mais com o 1º e 2º recorte faz sentido pensando-se que nesta etapa do curso se tem menos bagagem teórica e crítica. Por outro lado, a diferença quanto ao tipo de instituição não seria esperada, uma vez que a formação deveria sempre prover esta crítica e bagagem. Contudo, assim como em outros itens deste estudo, uma vez mais os estudantes de instituições privadas tiveram atitudes menos favoráveis.

Com relação as diferenças encontradas para o estado nutricional e ou comportamento de risco para TA e não quanto ao sexo ou satisfação corporal, os resultados estão em consonância com estudo de Alvarenga e colaboradores com universitários brasileiros (sem estudantes de graduação em Nutrição), que apontou que os mais influenciados pela mídia são mais insatisfeitos com a imagem corporal, e que também os que excesso de peso eram mais influenciados pela mídia (ALVARENGA et al., 2011).

Estes achados destacam novamente a importância de aspectos pessoais (como o risco para TA, insatisfação com a imagem corporal, e o próprio estado nutricional) nas crenças e sentimentos das pessoas – incluindo estudantes e profissionais da área da saúde – e em suas atitudes como um todo.

Sabe-se que crenças e pensamentos com relação à alimentação, englobados nas atitudes alimentares, são influenciados por diversos fatores - como cultura, família, religião, sociedade, mídia, sexo, estágio de vida, aspectos psicológicos e experiências vivenciadas - e pela interação desses fatores (ROININEN et al., 2001; KÖSTER, 2009; JALLINOJA et al., 2010; ALVARENGA e KORITAR, 2015). Dessa forma, uma diversidade de interpretações acerca do que são pontos úteis e não úteis para a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde por meio da alimentação pode ser esperado.

Vivemos numa sociedade na qual as barreiras da informação estão sendo extintas e as informações sobre alimentação, saúde e Nutrição são amplamente difundidas por nutricionistas, estudantes de Nutrição e leigos por meio da mídia, com destaque para a internet, por meio dos sites ou por mídias sociais. A abundância de informações, não necessariamente adequadas e ainda passadas de maneira simplificada, parece levar a um distanciamento entre as funções biológica, social e cultural da alimentação e a um fortalecimento de uma visão ortoréxica e medicalizada da alimentação, que ficam evidenciados nesses resultados.

Os nutricionistas devem ter um sólido conhecimento de base e habilidade crítica para interpretar, aceitar ou refutar as informações que recebem das mais diversas fontes. Além disso, ao propagar informação, é necessário que o faça por meio de uma comunicação responsável e ética. Dessa forma, é necessário que haja espaço na graduação em Nutrição para análise crítica, educação sobre a mídia, além de aspectos fundamentais para a comunicação responsável em saúde.

5.9. Fatores relevantes para uma alimentação saudável e para estar saudável

Os resultados deste tópico estão apresentados no artigo intitulado “Fatores relevantes para uma alimentação saudável e para estar saudável na perspectiva de estudantes de Nutrição” publicado pela revista DEMETRA (KORITAR & ALVARENGA, 2017). O mesmo não está disponível na presente tese atendendo à Lei federal 9.610/98 que versa sobre direitos autorais.

5.10. Percepção de alimentação saudável

Considerando o amplo objetivo desse estudo - “explorar a percepção de alimentação saudável de estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo”, uma série de questões e métodos foram utilizados. Uma sumarização destes dados é um desafio, dada a amplitude dos mesmos e heterogenicidade das avaliações.

Temos um perfil de estudantes dos quais quase um quarto responderam positivamente para pelo menos comportamento de risco para TA (especialmente restrição alimentar); a maioria estava, em algum grau, insatisfeito com sua imagem corporal e tinha distorção da imagem corporal. Os resultados devem ser pensados, portanto, para estudantes com estas características – ademais das características sociodemográficas apresentadas.

A avaliação de atitudes alimentares pela situação hipotética da ilha deserta evidenciou que menos de 15% dos estudantes conseguiram escolher algum alimento que pudesse garantir sua sobrevivência como alimento exclusivo para o consumo durante um ano.

Por sua vez, a avaliação por livre associação mostrou que, para maioria dos alimentos, as associações foram positivas ou neutras (mesmo com as questões discutidas naquele item), e foram mais frequentes as associações culinárias ou com aspectos nutricionais.

A análise sobre a função da alimentação, encontrou que quase três quartos dos estudantes a entendem como exclusivamente biológica; e mais da metade indicou o nutricionista como um promotor da saúde física, levando em consideração apenas aspectos da saúde física.

Com relação aos estudos de caso, as práticas alimentares mais restritivas foram interpretadas como mais adequadas e saudáveis (uma vez que o estado nutricional dos pacientes com atitudes mais disfuncionais foi mais bem avaliado). Além disso, os estudantes foram mais permissivos com pacientes do sexo masculino.

A análise das respostas sobre fontes de informação para se atualizar encontrou que as científicas foram mais mencionadas, seguidas pela internet. E as respostas aos recortes da mídia indicaram concordância de mais da metade dos estudantes com colocações que trazem uma visão ortoréxica e medicalizada da alimentação. E a utilização de fontes da mídia como principal fonte de informação esteve associada com a percepção da função da alimentação exclusivamente biológica.

As análises realizadas com relação ao tipo de instituição, momento curso, sexo, estado nutricional, risco para TA, insatisfação e distorção com a imagem corporal, evidenciaram que:

- aqueles de instituição pública fizeram mais associações livres positivas ou neutras.
- aqueles de instituição privada indicaram maior concordância com os recortes da mídia e também referiram se sentir mais confortáveis com a associação dos seus nomes aos recortes.
- aqueles do início da graduação tiveram resposta mais frequente para compulsão alimentar.
- aqueles do final da graduação, tiveram a) melhores respostas à situação hipotética ilha deserta; b) declararam em maior frequência utilizar fontes científicas para se atualizar.
- aqueles com excesso de peso, a) tiveram mais comportamento de risco para TA; b) maior frequência de insatisfação e distorção da percepção corporal.
- aqueles sem comportamento de risco para transtornos alimentares e satisfeitos com sua imagem corporal tiveram melhores respostas à situação hipotética ilha deserta
- as mulheres tiveram a) maior frequência de insatisfação e distorção da percepção corporal; b) fizeram mais associações livres positivas ou neutras.
- os homens tiveram melhores respostas à situação hipotética ilha deserta.

Aspectos defendidos pelo Guia Alimentar e pela Organização Mundial da Saúde foram apontados nas respostas desses estudantes indicando como os principais fatores para uma

alimentação saudável comer alimentos *in natura* e pouco processados, comer com prazer e respeitar os sinais de fome e saciedade; além de comer de forma saudável e praticar atividade física.

Apesar desses resultados parecerem positivos, respostas contraditórias a esta “visão” foram obtidas para outras atitudes como a concordância de quase metade para “nutricionistas devem ser exemplo de boa forma” e com afirmação de que “estudar Nutrição aumentou a culpa ao comer”.

Dessa forma, pode-se numa sumarização perceber que esses estudantes têm uma percepção de alimentação saudável mais focada nos aspectos biológicos da alimentação: como forma de prover nutrientes e energia, garantir o funcionamento do organismo, recuperar saúde ou prevenir doenças e manter a forma corporal.

Ainda, diversas questões reforçaram, de alguma forma, a dificuldade desses estudantes de pensarem a alimentação saudável também do ponto de vista psicossociocultural. Tal observação se baseia principalmente nos resultados com relação à indiferença para as práticas alimentares nos estudos de caso; a dificuldade de escolha de alimentos estigmatizados como não saudáveis (mesmo que em situação hipotética de estar numa ilha deserta); a elevada frequência de concordância com os recortes da mídia que colocam o alimento e o comer desconectados da cultura; o aumento da culpa ao comer após o início da graduação em Nutrição; as frequências elevadas de restrição alimentar com o intuito de emagrecer, bem como de insatisfação corporal; e a crença de que nutricionistas devem ser magros e exemplo de boa forma.

Pode-se pensar então esses estudantes são mais influenciados pelas disciplinas de Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências da Alimentação e Nutrição e Ciências dos Alimentos do que pelas disciplinas de Ciências Sociais, Humanas e Econômicas (e integração dessas às demais disciplinas para a construção do que é alimentação saudável). Parece ainda que esses estudantes são muito influenciados pela percepção de alimentação saudável, saúde e corpo disseminados na sociedade atual por meio da mídia.

A classificação da função da alimentação como biológica versus biopsicossociocultural – detalhada no tópico “5. Função da alimentação e do nutricionista” parece, portanto, sintetizar a percepção de alimentação saudável destes estudantes de Nutrição. Dessa forma, esta classificação dos estudantes em um desses perfis foi utilizada para investigar:

- (a) associações entre percepção de alimentação saudável e fatores relacionados à formação (como tipo de instituição de ensino e fase da graduação);
- (b) associações e relações entre percepção de alimentação saudável e fatores relacionados ao estudante (como sexo, estado nutricional, comportamentos de risco para transtornos alimentares, satisfação corporal e relacionamento com a comida);
- (c) predição da percepção de alimentação saudável a partir de todas as variáveis obtidas nesse estudo.

Dos 607 estudantes, 434 (71,5%) declararam a função da alimentação como biológica e 173 (28,5%) declararam a alimentação como biopsicossociocultural. A partir desta categorização encontrou-se que a percepção biopsicossociocultural esteve mais frequentemente associada aos estudantes de instituições públicas e aqueles no final da graduação (Tabela 26).

Tabela 26 – Associação entre percepção de alimentação saudável e fatores relacionados à formação de acordo com os estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=607)

Variáveis	Biológica n (%)	Biopsicossociocultural n (%)	p
Pública (N=107)	34 (31,8)	73 (68,2)	0,000
Privada (N=500)	400 (80,0)	100 (20,0)	
Início (N=310)	242 (78,1)	68 (21,9)	0,000
Final (N=307)	192 (64,6)	105 (35,4)	

Não foram encontradas associações entre percepção de alimentação saudável e sexo, estado nutricional, comportamentos de risco para transtornos alimentares e satisfação corporal (Tabela 27). Também não foi encontrada relação entre o perfil de percepção de alimentação saudável e o relacionamento com a comida – avaliado pela subescala “Relação com a comida da EAAT (Biológica: Média (DP)= 19,3 (7,09); Biopsicossociocultural: Média (DP)=18,6 (7,05); p=0,159).

Tabela 27 – Associação entre percepção de alimentação saudável e fatores relacionados ao estudante de acordo com os estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=607)

Variáveis	Biológica n (%)	Biopsicossociocultural n (%)	p
Feminino (N=566)	405 (71,6)	161 (28,4)	0,910
Masculino (N=41)	29 (70,7)	12 (29,3)	
Baixo peso + Eutrofia (N=471)	334 (70,9)	137 (29,1)	0,552
Excesso de peso (N=136)	100 (73,5)	36 (26,5)	
Sem risco TA (N=514)	364 (70,8)	150 (29,2)	0,382
Com risco TA (N=93)	70 (75,3)	23 (24,7)	
Satisfeito (N=253)	186 (73,5)	67 (26,5)	0,352
Insatisfeito (N=354)	248 (70,1)	106 (29,9)	

Buscando de alguma forma conjugar todos estes dados e prever a relação entre o perfil de alimentação saudável com as demais variáveis, foi utilizado um tipo de análise de decisão, a Árvore de Classificação e Regressão. Essa análise vem sendo usada em vários campos de pesquisa, como nas ciências sociais, exatas e, mais recentemente, nas ciências biológicas, para realizar diagnósticos médicos. Na Nutrição, seu uso parece pouco explorado até o momento.

No presente estudo, adotou-se um modelo binário de classificação em percepção biológica ou biopsicossociocultural, incluindo todas as demais variáveis do estudo. Esse método, a partir da regressão e importância relativa das variáveis, visa indicar os fatores mais importantes para a predição de um modelo binário e excludente. Deste modo, a percepção de alimentação saudável do estudante é biológica ou é biopsicossociocultural.

Do total de universitários que haviam respondido como principal função da alimentação apenas aspectos biológicos, 255 (58,8%) foram classificados de acordo com o modelo acima, enquanto que do total de universitários que haviam respondido como principal função da alimentação aspectos biopsicossocioculturais, 148 (85,6%) foram classificados de acordo com o modelo, indicando uma precisão de 66,4%.

Como resultado, a percepção de alimentação saudável como biológica ou biopsicossociocultural pode ser predita por algumas das variáveis obtidas nesse estudo (Figura 9). Das variáveis preditoras - indicadas na Figura 9 - as principais foram tipo de instituição de ensino, percepção da função do nutricionista, fase da graduação, nível de atividade física, uso

de artigos científicos como fonte de informação, percepção corporal e atitude com relação à manteiga na livre associação (Figura 9).

Figura 9 – Importância Relativa das variáveis para predição da função da alimentação de acordo com os estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=607)

De acordo com a Árvore de Classificação e Regressão, o fator mais importante para classificar os universitários segundo a percepção biológica e biopsicossociocultural da alimentação foi o tipo de instituição de ensino, com quase 40% de importância relativa (Figuras 9 e 10). Para aqueles de instituições privadas, a função do nutricionista, o semestre da graduação, o nível de atividade física, a classificação da palavra manteiga, a leitura de artigos científicos e a percepção corporal foram importantes para a predição do perfil biológico ou biopsicossociocultural (Figura 10).

Figura 10 – Árvore de Regressão e Classificação da Percepção de Alimentação Saudável de acordo com os estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo (n=607)

A principal variável para a predição da percepção de alimentação saudável com foco biológico ou biopsicosociocultural foi o tipo de instituição. A importância de tal variável também foi indicada pela análise de associação, por meio do teste qui-quadrado, entre percepção de alimentação saudável e tipo de instituição. Esse resultado nos faz questionar as diferenças existentes entre os perfis de alunos de Nutrição de instituições públicas e privadas, bem como o tipo de informação que recebem – e mais ainda, que tipo de discussão crítica fazem dos conceitos. Este resultado aponta para uma urgente discussão sobre formação mais uniforme entre instituições de ensino.

Como colocado sobre as atitudes alimentares, não apenas as informações e conteúdos recebidos no curso de Nutrição são as fontes de informação para os estudantes. Assim, acredita-se que ao ingressar na graduação, eles já tenham uma percepção de alimentação saudável, construída ao longo da vida, por meio de experiências pessoais - envolvendo aspectos econômicos, sociais e culturais (PAQUETTE, 2005); mas atualmente acredita-se que esta percepção também é bastante construída pela mídia, e mais recentemente pelos fenômenos de mídias sociais que falam extensivamente sobre “saúde” e alimentação (ROZIN et al., 1996; ADA, 2006; AND, 2016).

Com relação ao perfil do aluno de cada instituição há de se considerar uma série de questões que envolvem aspectos econômicos, sociais e culturais. Sendo que esses aspectos, podem influenciar não somente na percepção de alimentação saudável antes do ingresso na graduação, mas também no próprio ingresso em uma instituição de ensino e em todo o processo de aprendizagem ao longo da graduação (CATANI et al., 2006; SAMPAIO e GUIMARÃES, 2009; SOARES et al., 2009).

Outro ponto importante de se destacar é que apesar da existência das diretrizes curriculares – que podem ser consideradas úteis, a princípio, para direcionar e uniformizar a formação entre as instituições, existem diferenças na oferta e no incentivo as atividades de pesquisa e extensão. Esses últimos, juntamente com o ensino, compõem o tripé ensino-pesquisa-extensão, considerado de grande importância para a formação profissional (VIEIRA et al., 2013; CERVATO-MANCUSO et al., 2015; GONÇALVES, 2016).

Ainda, sabe-se que existem diferenças com relação aos docentes - considerados peças fundamentais no processo de aprendizagem, com relação à formação acadêmica, experiência e prática profissional, horas de dedicação à instituição, etc. – mesmo que não diretamente relacionadas à docência, mas também em envolvimento em atividades de pesquisa e extensão (VIEIRA et al., 2013). Assim, seria muito interessante avaliar também a percepção de alimentação saudável de docentes da graduação em Nutrição e eventuais associações com o perfil de seus alunos.

As demais variáveis apontadas pela Árvore de Classificação e Regressão como importantes para a predição da percepção de alimentação saudável em estudantes de instituições privadas demonstram a diversidade dos aspectos envolvidos na percepção de alimentação saudável como

biológico ou biopsicosociocultural, incluindo tantos aspectos relacionados à formação - como tempo de graduação, leitura de artigos científicos como principal fonte de informação para se atualizar, quanto aspectos relacionados ao indivíduo - como nível de atividade física, percepção corporal e atitudes com relação a alimentos estigmatizados.

Embora, muitos avanços possam ser celebrados na ciência da Nutrição, ainda há um caminho para se percorrer. Os resultados desse estudo indicam que, a percepção de alimentação saudável é variável entre os estudantes de Nutrição, sendo frequentemente entendida de maneira fragmentada, levando em consideração apenas aspectos biológicos. Essa visão restrita de alimentação saudável, focada apenas nos aspectos biológicos, pode resultar em impacto na saúde e no bem-estar daqueles a serem futuramente atendidos e acompanhados por estes profissionais.

Os resultados desse estudo indicam a necessidade de uma graduação em Nutrição que aborde questões além dos conteúdos obviamente fundamentais para a formação do nutricionista. Pode ser interessante ampliar a carga horária de disciplinas das ciências sociais e humanas e também levar o foco biopsicossocial para as outras disciplinas. No contexto atual recomenda-se oferecer educação sobre a mídia e orientar leituras e análises críticas; bem como discutir o conhecimento e as crenças sobre alimentação, saúde e Nutrição quando os alunos ingressam no curso, desmitificando desde o início a função da Nutrição, e a formação desta graduação. Tais ações podem favorecer a formação de um nutricionista com uma visão holística do ser humano e um olhar biopsicossociocultural da alimentação, saúde e Nutrição.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1. CONCLUSÃO

Nesse estudo, cujo objetivo foi explorar a percepção de alimentação saudável de estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo, encontrou-se que a maior parte dos estudantes entende que ela está relacionada aos aspectos biológicos (com a finalidade de suprir energia e nutrientes, garantir funcionamento do organismo, prevenir ou tratar doenças). Enquanto que uma parcela menor entende a alimentação saudável como um fenômeno biopsicossociocultural (que envolve não somente aspectos biológicos, mas também psicológicos, sociais e culturais).

A percepção de alimentação saudável esteve associada a questões relacionadas à formação acadêmica (como o tipo de instituição de ensino e à fase da graduação), sendo maior a frequência de estudantes de instituições públicas que entendem alimentação saudável como aquela que considera aspectos biopsicossocioculturais; e maior a frequência de estudantes de início de graduação que concebem alimentação saudável levando em consideração aspectos exclusivamente biológicos. Entretanto, não foram encontradas associações entre percepção de alimentação saudável e questões relacionadas ao estudante (como sexo, estado nutricional, comportamento de risco para transtornos alimentares, satisfação corporal e relacionamento com a comida).

A percepção de alimentação saudável como biológica ou biopsicossociocultural pode ser predita principalmente a partir do tipo de instituição, da percepção da função do nutricionista, do semestre da graduação, do nível de atividade física, do uso de artigos científicos como fonte de informação, da percepção corporal e da atitude com relação à manteiga. Dessa forma, tais variáveis podem ser úteis para uma avaliação indireta da percepção de alimentação saudável.

6.2. LIMITAÇÕES, IMPLICAÇÕES PRÁTICAS E RECOMENDAÇÕES

Apesar desse estudo se propor a ser uma exploração inicial sobre a percepção de alimentação saudável entre estudantes de Nutrição, identificar a maneira como algo é considerado, compreendido ou interpretado é um desafio. Mesmo que técnicas mistas tenham sido utilizadas, incluindo metodologia quantitativa e qualitativa, algumas limitações podem ser apontadas.

Na abordagem quantitativa, uma série de instrumentos foram elaborados e adaptados especificamente para esse estudo. Dessa forma, não há validação dos instrumentos como constructo para avaliação da percepção de alimentação saudável. Muitas das questões utilizadas tinham respostas fechadas, e estas sempre “enquadram” os estudantes dentro apenas dos parâmetros listados. De qualquer forma, foram utilizadas subescalas de instrumentos validados (como a EAAT e EARSS), e questões de outras escalas avaliadas psicometricamente (como a ORTO-15), e métodos já utilizados em outros estudos (como a situação hipotética da ilha deserta, estudo de caso e as associações livres).

Com relação à abordagem qualitativa, não se utilizou entrevistas ou técnicas observacionais, que poderiam permitir maior aprofundamento do discurso dos estudantes. De qualquer forma, a análise seguiu recomendações para avaliação qualitativa.

Também, embora tenha tido grande número de participantes - estudantes de instituições de ensino públicas e privadas presentes em todo o estado de São Paulo, de todos os anos da graduação, de ambos os sexos, com adequado nível de significância estatística - trata-se de amostra não probabilística, não possibilitando a extrapolação das conclusões do estudo para todos os estudantes de Nutrição do Brasil.

Mesmo que esse estudo não tenha se proposto a avaliar os fatores relacionados ao desenvolvimento da percepção de alimentação saudável (nem mesmo o papel específico da formação acadêmica em Nutrição), reconhece-se que uma série de fatores não avaliados podem estar relacionados ao desenvolvimento dessa percepção, como questões pessoais e um contexto sócio-histórico-cultural de vida destes estudantes. Ressalta-se ainda, que a influência das questões pessoais e sócio-histórico-culturais sobre a percepção da alimentação saudável, a tornam dinâmica, local e específica, fazendo com que as conclusões dessa pesquisa não possam ser extrapoladas para outras culturas e tempos.

A despeito das limitações, potencialidades devem ser destacadas. Este é o primeiro estudo no Brasil investigando percepção de alimentação saudável de estudantes de Nutrição e, como consequência, possibilita uma reflexão sobre a formação acadêmica, a prática profissional e o impacto da mesma na saúde.

Foram utilizadas questões de estudo modernas e amplas, que podem servir de base para outros estudos que buscam entender atitudes, crenças, ideias e conceitos sobre alimentação.

O estudo apresenta uma ferramenta para predição, com razoável precisão, da percepção de alimentação saudável dos estudantes, uma vez que não é possível se conhecer a percepção de alimentação saudável de um indivíduo diretamente (e completamente) a partir da pergunta direta “Qual sua percepção de alimentação saudável?” (considerando-se as práticas declaradas e objetivadas e desejo de aceitação social)

Os resultados do presente estudo podem, ainda, permitir uma reflexão sobre a formação do nutricionista e uma revisão das ementas e conteúdo das disciplinas; bem como modernização da educação para além da transmissão de informações apenas, mas também discussão crítica dos conteúdos – dentro das vivências da atualidade - no intuito de promover uma visão biopsicosociocultural da alimentação, saúde e Nutrição ao longo de toda a graduação.

Dessa forma, é possível minimizar o nutricionismo e o processo de medicalização da alimentação, favorecer uma visão holística do ser humano, garantir um cuidado integral da saúde e talvez impactar o atual cenário epidemiológico.

7. REFERÊNCIAS

Aguiar JG, Correia PRM. Como fazer bons mapas conceituais? Estabelecendo parâmetros de referências e propondo atividades de treinamento. RBPEC. 2013; 13(2):141-57.

Almeida Filho N. O que é saúde? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.

Alvarenga MS, Carvalho PHB, Philippi ST, Scagliusi FB. Propriedades psicométricas da Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas para adultos do sexo masculino. J Bras Psiquiatr. 2013a;62:253-260.

Alvarenga MS, Koritar P. Atitude e comportamento alimentar – determinantes de escolhas e consumo. In: Alvarenga MS, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C. Nutrição Comportamental. Barueri, SP: Manole. 2015.

Alvarenga M, Philippi ST, Koritar P. Histórico da Alimentação Humana e da Nutrição no Brasil. In: Philippi ST, Aquino RC. Dietética: princípios para o planejamento de uma alimentação saudável. Barueri: Manole, 2015.

Alvarenga MS, Koritar P, Pinzon VD, Figueiredo M, Fleitlich-Bilik B, Philippi ST, Scagliusi FB. Validation of the Disordered Eating Attitude Scale for adolescents. J Bras Psiquiatr. 2016;35:36-43.

Alvarenga MS, Koritar P, Pisciolaro F, Mancini M, Cordás TA, Scagliusi FB. Eating attitudes of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity without eating disorder female patients: differences and similarities. Physiol Behav. 2014;131:99-104.

Alvarenga MS, Martins MCT, Sato KSCJ, Vargas SVA, Philippi ST, Scagliusi FB. Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of Orto-15. Eat. Weight Disord. 2012;17:e29-e35.

Alvarenga MS, Philippi ST, Lourenco BH, Sato PM, Scagliusi FB. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. J Bras Psiquiatr. 2010b;59(1):44-51.

Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Comparison of eating attitudes among university students from the five Brazilian regions. *Cienc Saude Colet*. 2012;17:435-444.

Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Development and validity of the Disordered Eating Attitude Scale. *Percept Mot Skills*. 2010a;110:379-95.

Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2011; 38:3-7.

American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc*. 2006;106:2073-82.

American Psychiatry Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3. ed. Virginia: American. Psychiatric Publishing; 2006.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). 5.ed. Arlington: APPI, 2013.

Asfora W. Comer como um passarinho, cozinhar como uma feiticeira: a herança edênica na construção da relação entre gênero e comida. *Cadernos pagu*. 2012;39: 431-45.

Azevedo E. Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. *Rev Nutr*. 2008; 21(6):717-23.

Ball L, Eley DS, Desbrow B, Lee P, Ferguson M. A cross-sectional exploration of the personality traits of dietitians. *J Hum Nutr Diet*. 2014.

Bengoa JM, O'Donnell AM. *Historias de La Nutrición en América Latina*. Sociedad Latino Americana de Nutrición (SLAN). 2005.

Berryman DE, Dubale GM, Manchester DS, Mittelstaedt R. Dietetics Students Possess Negative Attitudes toward Obesity Similar to Nondietetics Students. *J Am Diet Assoc.* 2006;106(10):1678-82.

Bighetti F, Santos CB, Santos JE, Ribeiro RPP. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto-SP. *J Bras Psiquiatr.* 2004;53:339-46.

Bisogni CA, Jastran M, Selligson M, Thompson A. How people interpret healthy eating: contributions of qualitative research. *J Nutr Educ Behav.* 2012;44:282-301.

Biron A, Marquis M. Perception de l'avenir de la profession de diététiste par les étudiants finissants en nutrition du Québec. *Can J Diet Pract Res.* 2015;76(1):21-6.

Boepple L, Thompson JK. A content analytic comparison of fitspiration and thinspiration websites. *Int J Eat Disord.* 2016;49:98e101.

Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa MLS, de Carvalho RJ. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar e fatores associados entre estudantes de nutrição do município do Rio de Janeiro. *J. Bras. Psiquiatr.* 2006a;55:34-40.

Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa MLS, de Carvalho RJ. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr.* 2006b;55(2):108-113.

Botelho RBA. Cultura Alimentar e Alimentação Saudável. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília. 2006.

Bowman R, De Lucia J. Accuracy of self-reported weight: A meta-analysis. *Behav Ther.* 1992; 23:637-55.

Brantley SL, Russell MK, Mogensen KM, Wooley JA, Bobo E, Chen Y, Malone A, Roberts S, Romano MM, Taylor B. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition and Academy

of Nutrition and Dietetics: revised 2014 standards of practice and standards of professional performance for registered dietitian nutritionists (competent, proficient, and expert) in nutrition support. J Acad Nutr Diet. 2014;114(12):2001-8.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação- Geral da Política de Alimentação e Nutrição Guia Alimentar Para a População Brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016 /Ministério da Saúde,

Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 30/06/2014.

Burke B. Dietitians in administrative roles. *Health Care Food Nutr Focus*. 2001;17(9):7-8.

Canesqui AM, Diez-Garcia RW. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Fiocruz;2005.

Carvalho PHB, Filgueiras JF, Neves MC, Coelho FD, Ferreira MEC. Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. *J Bras Psiquiatr*. 2013;62(2):108-14.

Carvalho PHB, Oliveira FC, Neves CM, Meireles JFF, Lopes VGV, Ferreira MEC. Busca pela “muscularidade” e variáveis associadas em adultos jovens. *Ver Bras Med Esporte*. 2016;22(2):118-21.

Casotti L, Ribeiro A, Santos C, Ribeiro P. Consumo de alimentos e Nutrição: dificuldades práticas e teóricas. *Cadernos de Debate*. 1998, 6:1-11.

Castiel LD, Diaz CAD. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

Castro LLVM, Souza EFM, Jorge MN. Condições higiênico-sanitárias de Unidades de Alimentação e Nutrição, relacionadas com a presença do nutricionista. *Hig. aliment*. 25(194): 51-7.

Catani AM, Hey AP, Gilioli RSP. PROUNI: democratização do acesso às Instituições de Ensino Superior? *Educar*. 2006;28:125-40.

Cervato-Mancuso AM, Nunes NM, Andrade EA. Cenário de práticas para a formação universitária: o olhar dos estudantes. *Revista de Cultura e Extensão USP*. 2015;14:59-70

Chen MF. Attitude toward organic foods among Taiwanese as related to health consciousness, environmental attitudes, and the mediating effects of a healthy lifestyle. *British Food Journal*. 2009;111(2):165-78.

Clark N. Identifying the educational needs of aspiring sports nutritionists. *J Am Diet Assoc*. 2000;100(12):1522-4.

Conselho Federal de Nutrição. Quadro estatístico 3º trimestre de 2017. [acesso em 23 dez 2017]. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/index.php/estatistica/>

Conevey J. Food, morals and meaning: The pleasure and anxiety of eating. London: Routledge.2000.

Contreras J. Antropología de la alimentación. Madri: Ediciones de la Universidad Complutense de Madrid. 1993.

Cori GC, Petty ML, Alvarenga MS. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório *Cien Saude Colet*. 2015;20(2):565-76.

Cortez APB, Medeiros LCS, Speridião PGL, Mattar RHGM, Fagundes Neto U, Moraes MB. Conhecimento de pediatras e nutricionistas sobre o tratamento da alergia ao leite de vaca no lactente. *Rev. Paul. Pediatr*. 2007; 25(2): 106-13.

Cossrow N, Pawaskar M, Witt EA, Ming EE, Victor TW, Herman BK, Waddeen TA, Erder MH. Estimating prevalence of Binge Eating Disorder in a community sample from the United States: Comparing DSM-IV-TR and DSM Criteria. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(8):e968-74.

Costa LCF, Vasconcelos FAG. Influência de fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais na insatisfação com a imagem corporal de universitárias em Florianópolis, SC. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(4):665-76.

Crockett SJ, Littrell JM. Comparison of eating patterns between dietetic and other college majors. *Nutrition Education*. 1985;17:47-50.

Delaney M, McCarthy MB. Saints, sinners and non-belivers: the moral space of food. A qualitative exploration of beliefs and perspectives on healthy eating of Irish adults aged 50-70. *Appetite*. 2014;73:105-13.

Diez-Garcia RW. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. *Physis*. 1997;7(2): 51-68.

Donini LM, Marsil D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Ortorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating Weight Disord*. 2005;10:e28-e32.

Duyff R. American Dietetic Association Complete Food and Nutrition Guide. 2. ed. New York: John Wiley; 2002.

Eertmans A, Bayeens F, Van den Bergh O. Food likes and their relative importance in human eating behavior: review and preliminary suggestions for health promotion. *Health Education Research: Theory & Practice*. 2001;16(4):443-56.

Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorder: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Dis*. 1994;16:363-70.

Fardet A, Rock E. Vers une approche plus holistique de la nutrition. *Cahiers de nutrition et de diététique*. 2016;51:81-7.

Farhat T, Jannotti RJ, Caccavale LJ. Adolescent overweight, obesity and chronic disease-related health practices: mediation by body image. *Obes Facts*. 2014; 7:1-14.

Ferreira JES, Veiga GV. Confiabilidade (teste-reteste) de um questionário simplificado para triagem de adolescentes com comportamento de risco para transtornos alimentares em estudos epidemiológicos. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11:393-401.

Ferreira FR. Algumas considerações acerca da medicina estética. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010;15(1):67-76.

Ferreira PP. Sociologia da Imagem Corporal. In: Tavares MCGCF, organizador. *O dinamismo da imagem corporal.* São Paulo:Phorte, 2007.p.33-67.

Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutr.* 2001;14 (supl):3-6.

Fisberg RM, Stella RH, Morimoto JM, Pasquali LS, Philippi ST, Latorre MRDO. Perfil lipídico de estudantes de nutrição e a sua associação com fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Arq Bras Cardiol.* 2001; 76(2): 137-42.

Fischler C. *L'Homnivore. Le goût, la cuisine et le corps.* Paris: Odile Jacob. 2001.

Fiske L, Fallon EA, Blissmer B, Redding CA. Prevalence of body dissatisfaction among United States adults: Review and recommendations for future research. *Eat Behav.* 2014; 15:357-65.

Folchetti LD, da Silva IT, de Almeida Pititto B, Ferreira SR. The e-NutriHS: a web-based system for a Brazilian cohort study. *Stud Health Technol Inform.* 2015;216:876.

Fonseca MJM, Faerstein E, Chor D, Lopes CS. Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(3):392-8.

Garcia RWD. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Rev.Nutr.* 2003;16(4):483-492.

Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982; 12: 871-78.

Goldenberg M. Cultura e gastro-anomia: psicopatologia da alimentação cotidiana. Entrevista com Claude Fischler. *Horiz Antropol*. 2011;17:235-56.

Gonçalves TD, Barbosa MP, da Rosa LCL, Rodrigues AM. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. *J. Bras. Psiquiatr*. 2008; 57(3):166-170.

Gonçalves NA. Indissociabilidade entre Ensino, Pesquisa e Extensão: um princípio necessário. *Perspectiva*. 2016;33(3):1229-56.

Gronow J. *The sociology of taste*. London: Routledge. 1997.

Hammer AB, Vallianatos H, Nykiforuk C, Nieuwendyk LM. Perceptions of healthy eating in four alberta communities: A photovoice project. *Agric Human Values*. 2015;32(4):649-62.

Harricharan M, Wills J, Metzger N, de Looy A, Barnett J. Dietitian perceptions of low-calorie sweeteners. *Eur J Public Health*. 2015;25(3):472-6.

Harvey EL, Summerbell CD, Kirk SFL, Hill AJ. Dietitians' views of overweight and obese people and reported management practices. *J Hum Nutr Dietet*. 2002; 15:331-47.

Hay PH. Epidemiology of eating disorder behaviors: an Australian community – based survey. *J Eat Disord*. 1998;23:371-82.

Herriot AM, Bishop JA, Truby H. The development and evaluation of Student Training, Education and Practice for Dietetics CD-ROM: a computer-assisted instruction programme for dietetic students. *J Hum Nutr Diet*. 2004;17(1):35-41.

Honkanen P, Verplanken B, Olsen SO. Ethical values and motives driving organic food choice. *Journal of Consumer Behaviour*. 2006;5:420-30.

House J, Su J, Levy-Milne R. Definitions of healthy eating among university students. *Can J Diet Pract Res*. 2006;67:14-8.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Huyck NI. Teaching dietetic students in the clinical setting. *J Am Diet Assoc*. 1986;86(2):234-6.

Imaeda N, Kuriki K, Fujiwara N, Goto C, Tokudome Y, Tokudome S. Usual dietary intakes of selected trace elements (Zn, Cu, Mn, I, Se, Cr, and Mo) and biotin revealed by a survey of four-season 7-consecutive day weighed dietary records in middle-aged Japanese dietitians *J Nutr Sci Vitaminol*. 2013;59(4):281-8.

Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan), Organização Mundial da Saúde, Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação. *Terminologia sobre alimentos e nutrição: definição de alguns termos e expressões de uso corrente*. Rio de Janeiro: Inan, 1984.

International Food Information Council (IFIC) Foundation. How consumers feel about food and nutrition messages. [Internet] Washington: IFIC; 2002. [Acesso em 2014 Nov 21]. Disponível em: <http://www.ific.org/research>.]

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Divisão Regional do Brasil em Mesorregiões e Microrregiões Geográficas*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

Jacquier C, Bonthoux F, Baciú M, Ruffieux B. Improving the effectiveness of nutritional information policies: assessment of unconscious pleasure mechanisms involved in food-choice decisions. *Nutr Rev*. 2012;70(2):118-31.

Jallinoja P, Pajara P, Absetz P. Negotiated pleasures in health-seeking lifestyles of participants of a health promoting intervention. *Health*. 2010;14(2):115-30.

Jung F, Spahlholz J, Hilbert A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Impact of Weight-Related Discrimination, Body Dissatisfaction and Self-Stigma on the Desire to Weigh Less. *Obes Facts*. 2017;10(2):139-151.

Kakeshita IS, Almeida SS. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(3):497-504.

Kakeshita IS, Silva AIP, Zanatta DP, Almeida SS. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. *Psic: Teor. e Pesq*. 2009; 25(2):263-70.

Kanwar R, Grund L, Olson JC. When do the measures of knowledge measure what we think they are measuring?. *Advances in Consumer Research*. 1990;17:603-8.

Kristen VR, Fratton F, Porta NBD. Transtornos Alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. *Rev. Nutr*. 2009; 22(2):219-227.

Kraemer FB, Prado SD, Ferreira FR, Carvalho MCVS. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2014;24(4):1337-59.

Kinzl JF, Hauer K, Traweger C, Kiefer I. Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychother Psychosom*. 2006;75(6):395-6.

Koelen. *Health and Society: "New kid on the block"* ISBN 987-90-8585-892-8 2011.

Korinth A, Schiess S, Westenhoefer J. Eating behavior and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition*. 2009;13(1):32-7.

Koritar P, Alvarenga MS, Philippi ST. Consumo adequado de alimentos: qual o conceito das universitárias brasileiras? *Rev Bras Nutr Clín*. 2010;25(2):93-101.

Koritar P, Philippi ST, Alvarenga MS. Attitudes toward health and taste of food among women with bulimia nervosa and women of a non-clinical sample. *Appetite*. 2017;113:172-7.

Koritar P, Philippi ST, Alvarenga MS, Santos B. Adaptação transcultural e validação para o Português da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor da Health and Taste Attitude Scale (HTAS). *Cien Saude Colet*. 2014;19:3573-82.

Köster EP. Diversity in the determinants of food choice: a psychological perspective. *Food Quality and Preference*. 2009;20:70-82.

Kuijer RG, Boyce JA. Chocolate cake. Guilt or celebration? Associations with healthy eating attitudes, perceived behavioural control, intentions and weight-loss. *Appetite*. 2014;74:48-54.

Lake AA, Hyland RM, Rugg-Gunn AJ, Wood CE, Mathers JC, Adamson AJ. Healthy eating: perceptions and practice (the ASH30 study). *Appetite*. 2007;48:176-82.

Lapidoth JM, Hausswolff-Juhlin Y. Eating disorder symptoms, psychiatric correlates and self-image in normal, overweight and obese eating disorder patients. *Eat Weight Disord*. 2014;19:233-40.

Leal GVS. Fatores associados ao comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes na cidade de São Paulo. Universidade de São Paulo. 2013.

Leal GVS, Philippi ST, Polacow VO, Cordas TA, Alvarenga MS. O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes?. *J Bras Psiquiatr*. 2013;62:62-75.

Lelis CT, Teixeira KMD, Silva NM. A inserção feminina no mercado de trabalho e suas implicações para os hábitos alimentares da mulher e de sua família. *Saúde debate*. 2012;36(95):523-32.

Levy RB, Claro RM, Mondini L, Sichieri R, Monteiro CA. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(1): 06-15.

Lira AG. Uso de redes sociais, influência da mídia, imagem corporal e comportamento alimentar entre adolescentes. Centro Universitário São Camilo. 2017.

Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Aboyans V, Abraham J, Adair T. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2095–128.

Madden H, Chamberlain K. Nutritional health, subjectivity and resistance: women's accounts of dietary practices. *Health*. 2010; 14(3): 292–309.

Mahan LK, Escott-Stump S. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Roca, 2002.

Markey CN, Markey PM. Relations between body image and dieting behaviors: an examination of gender differences. *Sex Roles*. 2005;53(7/8):519-30.

Martins MCT, Alvarenga MS, Vargas SVA, Sato KSCJ, Scagliusi FB. Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. *Rev. Nutr.* 2011;24(2):345-57.

Martins Y, Pliner P. The development of the Food Motivation Scale. *Appetite*. 1998;30:94.

Matias CT, Fiore EG. Mudanças no comportamento alimentar de estudantes do curso de nutrição em uma instituição particular de ensino superior. *Nutrire*. 2010;35(2):53-66.

Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *RBAFS*. 2001;6(2);5-18.

Mayo C, George V. Eating disorder risk and body dissatisfaction based on muscularity and body fat in male university students. *J Am Coll Health*. 2014;62(6):407-15.

McCormack B. A conceptual framework for personcentred practice with older people. *Int J Nurs Pract*. 2003;9:202-9.

McEvoy L, Duffy A. Holistic practice—A concept analysis. *Nurse Educ Pract*. 2008;8: 412-9.

Medeiros MAT, Amparo-Santos L, Domene SMA. A formação de nutricionistas no Brasil: notas para o debate sobre carga horária mínima para integralização curricular dos cursos de graduação. *Rev. Nutr*. 2013; 26(5): 583-93.

Mello AL, Vidal Júnior PO, Sampaio LR, Santos LAS, Freitas MCS, Fontes GAV. Perfil do nutricionista do programa nacional de alimentação escolar na região Nordeste do Brasil. *Rev. Nutr*. 2012; 25(1): 119-32.

Ministério da Educação (MEC). Instituições de Educação superior e cursos cadastrados. [acesso em 20 jan 2018]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>

Miranda VPN, Filgueiras JF, Neves CM, Teixeira PC, Ferreira MEC. Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento. *J Bras Psiquiatr*. 2012; 61(1):25-32.

Monteiro CA, Benicio MADA, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev. Saúde Pública*. 2009;43(1):35-43.

Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 5ed. Porto Alegre: Sulina. 2015.

Motta DG. Atuação do nutricionista em consultório dietético particular: uma abordagem educativa. *Rev. nutr*. 1988;1(1): 56-67.

Motta DG, Oliveira MRM, Boog MCF. A formação universitária em Nutrição. *Pro-Posições*. 2003; 14(1):69-85.

Moura EC, Gordon B. Amamentação: conhecimento e atitudes de estudantes de graduação em nutrição. *Rev. Nutr.* 1997;10(2): 99-106.

Neighbors LA, Sobal J. Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among university students. *Eat Behav.* 2007;8(4):429-39.

Ng M, Fleming T, Robinson M, Thompson B, Graetz N, Margono C, Mullany EC, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2014;384:766-81.

Nolan LJ, Halperin LB, Geliebter A. Emotional Appetite Questionnaire. Construct validity and relationship with BMI. *Appetite.* 2010;54:314-19.

Oliveira TRPR, Radicchi ALA. O nutricionista no serviço de referência em medicina física e reabilitação. *Fisioter. Mov.* 2006;19(3): 129-37.

Olstad DL, Raine KD, McCargar LJ. The role of registered dietitians in health promotion. *Can J Diet Pract Res.* 2013;74(2):80-3.

Ortigoza SAG. Alimentação e saúde: as novas relações espaço-tempo e suas implicações nos hábitos de consumo de alimentos. *RA'E GA.* 2008; 15:83-93.

Oxford Dictionaries. [acesso em 09 jan 2018]. Disponível em: <https://en.oxforddictionaries.com/definition/perception>.

Pádua JG, Boog MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. *Rev. Nutr.* 2006; 19(4): 413-24.

Paquette MC. Perceptions of healthy eating: state of knowledge and research gaps. *Can J Public Health.* 2005;96:S15-S19.

Peixoto MRG, Benicio MHDJ, Veiga PCB. Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia. Rev Saúde Pública. 2006; 40(6):1065-72.

Philippi ST. Guia Alimentar para o Ano de 2000. In: Angelis RC. Fome Oculta. São Paulo: Atheneu; 1999. p 160 –178.

Philippi ST. Nutrição e técnica dietética. Burueri: Manole. 2006.

Pliner P, Hobden K. Development of a scale to measure the trait of food neophobia in humans. Appetite. 1992;19:105-20.

Póinhos R, Alves D, Vieira E, Pinhão S, Oliveira BMPM, Correia F. Eating behaviour among undergraduate students. Comparing nutrition students with other courses. Appetite. 2015;84:28-33.

Pollan M. O dilema do onívoro. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca. 2006.

Poulain JP. Manger Aujourd'hui: attitudes, normes et pratiques. Toulouse: Privat, 2002.

Poulain JP. Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2004.

Poulain JP, Proença RPC. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. Rev Nutrição. 2003;16(4):365-86.

Povey R, Conner M, Sparks P, James R, Shepherd R. Interpretations of healthy and unhealthy eating, and implications for dietary change. Heath Educ Res. 1998;13(2):171-83.

Puhl RM, Wharton C, Heuer CA. Weight bias among dietetics students: implications for treatment practices. J Am Diet Assoc. 2009; 109(3): 438-44.

Resolução CNE/CES Nº5. 2001 nov 07. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. 2005 dez 28. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. 1-6. [acesso em 10 set 2017]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>

Rodrigues DCM, Bosi MLM. O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Rev. Nutr. 2014; 27(6): 735-46.

Rodrigues KM, Peres F, Waissmann W. Condições de trabalho e perfil profissional dos nutricionistas egressos da Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais, entre 1994 e 2001. Cienc Saude Colet. 2007; 12(4): 1021-31.

Roger PJ, Smit HJ. Food Craving and Food “Addiction”: A Critical Review of the Evidence From a Biopsychosocial Perspective. Pharmacol Biochem and Behav. 2000;66:3-14.

Roininen K, Lahteenmaki L, Tuorila H. Quantification of consumer attitudes to health and hedonic characteristics of food. Appetite. 1999;33:71-88.

Roininen K, Tuorila H, Zandstra EH, Graaf C de, Vehkalahti K, Stubenitsky K, Mela DJ. Differences in health and taste attitudes and reported behavior among Finnish, Dutch and British consumers: a cross-national validation of the Health and Taste Attitude Scale (HTAS). Appetite. 2001;37:33-45.

Rozin P. Social and moral aspects of food and eating. In: Rock I. The legacy of Solomon Asch: Essays in cognition and social psychology. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1990.

Rozin P, Ashmore M, Markwith M. Lay American conceptions of nutrition: dose insensitivity, categorical thinking, contagion, and the monotonic mind. Health Psychol. 1996;15:438-47.

Rozin P, Kurzer N, Cohen AB. Free associations to “food:” the effects of gender, generation, and culture. J Res Pers. 2002;36(5):419-41.

Rozin P, Bauer R, Catanese D. Food and life, pleasure and worry, among American college students: Gender differences and regional similarities. *J Pers Soc Psychol.* 2003; 85(1):132-41.

Ruby MB, Alvarenga MS, Rozin P, Kirby TA, Richer E, Rutsztein G. Attitudes toward beef and vegetarians in Argentina, Brazil, France, and the USA. *Appetite.* 2016;96:546-54.

Sanford KA, Johnston EM, Porter JL, Lowe J, Oxby DM. Dietitians' attitudes, perceptions, and usage patterns for fresh-cut fruit and vegetables. *Can J Diet Pract Res.* 2008;69(1):7-13.

Santos CRA. A alimentação e seu lugar na história: os tempos da memória gustativa. *História: Questões e Debates.* 2005;42:11-31.

Santos KMO, Barros Filho AA. Fontes de informação sobre nutrição e saúde utilizadas por estudantes de uma universidade privada de São Paulo. *Rev. Nutr.* 2002; 15(2): 202-10.

Sampaio B, Guimarães J. Diferenças de eficiência entre ensino público e privado no Brasil. *Econ Apl.* 2009;13(1)45-68.

Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. *Metodologia de Pesquisa.* 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2006.

Satter E. Hierarchy of food needs. *J Nutr Educ Behav.* 2007;39:S187-S188.

Saur AM, Pasian SR. Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. *Avaliação Psicológica.* 2008; 7(2):199-209.

Scarborough P, Rayner M, Stockley L, Black A. Nutrition professionals' perception of the 'heathiness' of individual foods. *Public Health Nutr.* 2006;10(4):346-353.

Scagliusi FB, Cordás TA, Polacow VO, Coelho D, Alvarenga M, Philippi ST, Lancha Jr AH. Tradução da escala de desejo de aceitação social de Marlowe & Crowne para a língua portuguesa. *Rev. Psiqu. Clín.* 2004;31(6):272-8.

Scagliusi FB, Polacow VO, Cordás TA, Coelho DF, Alvarenga MS, Philippi ST, Lancha Junior AH. Test-retest reliability and discriminant validity of the Restraint Scale translated into Portuguese. *Eating Behaviors*. 2004;6:85-93.

Scagliusi FB, Polacow VO, Cordás TA, Coelho DF, Alvarenga MS, Philippi ST, Lancha Junior AH. Tradução, adaptação e avaliação psicométrica da escala de conhecimento nutricional do “National Health Interview Survey Cancer Epidemiology”. *Rev. Nutr.* 2006;19:425-36.

Scarparo ALS, Oliveira VR, Bittencourt JMV, Ruiz ENF, Fernandes PF, Zys JZ, Moulin CC. Formação para nutricionistas que atuam no Programa Nacional de Alimentação Escolar: uma avaliação da efetividade. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2013; 18(4): 1001-8.

Schwartz VS, Rothpletz-Puglia P, Denmark R, Byham-Gray L. Comparison of standardized patients and real patients as an experiential teaching strategy in a nutrition counseling course for dietetic students. *Patient Educ Couns*. 2015;98(2):168-73.

Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 2007;17 (1):29-41.

Silva DO, Recine EGIG, Queiroz EFO. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18(5)1367-77.

Silva JA, Silva ABJ, Oliveira AVK, Nemer ASA. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(12):3399-06.

Slade PD. What is body image? *Behav Res Ther*. 1994;32:497-502.

Soares NT, Aguiar AC. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. *Rev. Nutr.* 2010;23(5):895-905.

Soares LLS, Deliza R, Gonçalves EB. Escalas atitudinais utilizadas em estudos de consumidor: tradução e validação para a língua portuguesa. *Alim Nutr.* 2006;17(1):51-64.

Soares AB, Poubel LN, Mello TVS. Habilidades sociais e adaptação acadêmica: um estudo comparativo em instituições de ensino público e privado. *Aletheia.* 2009;29:27-42.

Souza AC, Alvarenga MS. Insatisfação com a imagem corporal em estudantes universitários – Uma revisão integrativa. *J. bras. psiquiatr.* 2016; 65(3): 286-99.

Souza AM, Pereira RA, Yokoo EM, Levy RB, Sichieri R. Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. *Rev. Saúde Pública.* 2013;47(1 supl):190S-9S.

Scrini G. *Nutritionism: the Science and politics of dietary advice.* New York: Columbia University Press, 2013.

Sudo N, Luz MT. O gordo em pauta: representações do *ser gordo* em revistas semanais. *Ciênc. saúde coletiva.* 2007;12(4):1033-40.

Suarez VV, Shanklin CW. Evaluating career values of dietetic students. A model for other allied health professions. *J Allied Health.* 2004;33(1):51-4.

Stein RI, Nemeroff CJ. Moral overtones of food: Judgments of others based on what they eat. *PSPB.* 1995; 21(5):480-90.

Steele A, Pollard TM, Wardle J. Development of a measure of the motives underlying the selection of food: the food choice questionnaire. *Appetite.* 1995;25:267-84.

Stunkard AJ, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research.* 1985;29:71-83.

Tolosa DC. Nutricionista: um histórico da profissão até os dias atuais. Brasília, 2003. Monografia. Universidade de Brasília. Centro de Excelência em Turismo.

Tapper K, Pothos EM. Development and validation of a Food Preoccupation Questionnaire. *Eating Behaviors*, 2010;11:45-53.

Vasconcelos FAG. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. *Rev Nutrição*. 2002;15(2):127-38.

Viaene J. Consumer behaviour towards light products in Belgium. *British Food Journal*. 1997;99:105-13.

Vieira VL, Leite C, Cervato-Mancuso AM. Formação superior em saúde e demandas educacionais atuais. O exemplo da graduação em Nutrição. *Educação, Sociedade e Cultura*. 2013;39:25-42.

Villagelim AS, Prado SD, Freitas RF, Carvalho MC, Cruz CO, Klotz J, Freire GB. A vida não pode ser feita só de sonhos: reflexões sobre publicidade e alimentação saudável. *Cienc Saude colet*. 2012; 17(3):681-6.

World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organization. 1946. [acesso em 02 fev 2015]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-dasaúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

World Health Organization (WHO). Global database on Body Mass Index. Geneva: WHO; 2006. [acesso em 01 fev 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.

World Health Organization (WHO). The Ottawa charter for health promotion. Ottawa: WHO, 1986.

World Health Organization (WHO). 57th World Health Assembly. Global strategy on diet, physical activity and health, 2004. [acesso em 02 fev 2015]. Disponível em http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

8. ANEXOS

ANEXO 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

Prezado aluno,

Este termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) tem como finalidade esclarecê-lo a respeito dos objetivos, riscos e benefícios do presente estudo. Além disso, destaca que sua participação é livre e que sua privacidade será garantida em qualquer circunstância.

Ao clicar no botão “Consinto em participar” certifico que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar e concordo com os termos descritos no TCLE.

Título: Estudo de Saúde de Nutricionistas – Fase 1 (ESNutri 1) da FSP-USP

Este Termo descreve a finalidade, os procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e advertências deste estudo. É importante para sua decisão sobre a participação no estudo que leia e compreenda as explicações dos procedimentos propostos abaixo.

Objetivo: Avaliar a associação de variáveis de composição corporal com biomarcadores de risco cardiovascular; analisar a composição da microbiota intestinal e sua associação com hábitos alimentares e com biomarcadores de risco cardiovascular.

Benefício: Para indivíduos incluídos no estudo será a investigação de fatores de risco e/ou proteção nutricionais para doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), bem como fatores consagrados e os pouco explorados na literatura.

Sua participação inclui:

- a) Responder questionário sobre saúde, ingestão alimentar, crenças e atitudes sobre obesidade via internet;
- b) Realizar avaliação antropométrica, de pressão arterial e da composição corporal pelo densitômetro de dupla emissão com fonte de raio-X (DXA). Este exame é um método inócuo e preciso e sua realização leva 15 minutos.
- c) Coleta de 30 ml de sangue com material descartável e pessoal treinado, após 12 horas de jejum;
- d) Obtenção de amostra de fezes.

A coleta de sangue e o recebimento da amostra de fezes serão realizados no Centro de Saúde da FSP, em dia e hora pré-agendados.

Risco: Este estudo é considerado de risco mínimo. A antropometria, bem como o DXA, não causam qualquer desconforto e não requerem preparo prévio. A coleta de sangue pode raramente

gerar um pequeno hematoma (manchas roxas) no local de punção, que, em geral, desaparecem após 3 a 5 dias.

Não haverá riscos para a integridade física, mental ou moral da sua pessoa. Todas as informações coletadas serão de caráter confidencial e utilizadas somente para fins científicos descritos no protocolo desta pesquisa, sem qualquer identificação pessoal.

O consentimento está sendo pedido exclusivamente para a participação neste estudo. É garantida e respeitada a privacidade na divulgação dos resultados da pesquisa, e não haverá sua identificação.

Liberdade: É garantido o direito de desistir a qualquer momento da participação nesta pesquisa, sem qualquer prejuízo.

Informações para Contato em Caso de Intercorrências

Estaremos à disposição para informá-lo(a) sobre os procedimentos, riscos e benefícios decorrentes da pesquisa, ou qualquer outra dúvida sobre o estudo.

Caso haja quaisquer dúvidas ou perguntas relativas ao estudo, você poderá entrar em contato em qualquer momento com a Dra. Isis Tande da Silva e Dra. Sandra Roberta Gouvea Ferreira.

Telefones: 3061- 7705/7701 ou pelo e-mail: isistande@usp.br

Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/FSP

Telefones: 3061-7779 ou 3061-7742 e-mail: coep@fsp.usp.br

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, nº 715, Cerqueira César, São Paulo-SP, CEP:01246-904

ANEXO 2. Parecer Comitê de Ética

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Alimentação saudável na perspectiva dos estudantes de graduação em Nutrição do Estado de São Paulo

Pesquisador: Priscila Koritar

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44576515.0.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.077.085

Data da Relatoria: 22/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal sobre o conceito de alimentação saudável dos estudantes de nutrição do Estado de São Paulo.

Faz parte de um projeto de pesquisa maior denominado "Estudo de Saúde de Nutricionistas - NutriHS" já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – FSP (19/03/15).

A população do presente estudo será constituída por 716 estudantes de graduação em Nutrição do Estado de São Paulo, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 30 anos. Estes serão convidados a responder (i) um questionário online desenvolvido para essa pesquisa para avaliação do conceito de alimentação saudável, (ii) a Escala de Silhuetas Brasileiras e (iii) a subescala de Relacionamento com a comida da Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o conceito de alimentação saudável de estudantes de graduação em Nutrição do estado de São Paulo.

Objetivo Secundário:

- Analisar similaridades e diferenças no conceito de alimentação saudável com relação ao tipo de instituição, localização da instituição de ensino, idade, renda e estado nutricional;

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.077.085

- Avaliar a convergência entre o conceito de alimentação saudável e relacionamento com a comida;
- Avaliar a relação entre o conceito de alimentação saudável e atitudes para com a saúde e comportamentos obsessivos relacionados ao consumo de alimentos;
- Analisar associação entre o conceito de alimentação saudável e comportamentos de risco para transtornos alimentares e insatisfação corporal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos

Benefícios:

É importante compreender como os estudantes de nutrição entendem a alimentação saudável, uma vez que pode influenciar suas práticas alimentares e, a conduta que terão como profissionais - independente da sua área de atuação, com impacto na saúde dos indivíduos - tal exploração pode contribuir para uma formação mais focada e holística.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e com metodologia adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE adequado, mas destaca-se que ele não tem campo de assinatura, pois o convite e questionários serão enviados e preenchidos online.

A coleta de dados será realizada de forma online, por meio de página da internet desenvolvida exclusivamente para o "Estudo de Saúde de Nutricionistas", no qual cada participante terá um login e uma senha.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável à aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.077.085

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado parecer da relatoria pela aprovação

SAO PAULO, 25 de Maio de 2015

Assinado por:

Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

ANEXO 3. Avaliação do comportamento de risco para transtornos alimentares

AValiação do Comportamento de Risco para Transtornos Alimentares

1) Eu gostaria de perguntar sobre episódios de comer excessivamente que você possa ter tido recentemente. Quando falo em excessivamente ou compulsão alimentar, estou querendo dizer: comer uma grande quantidade de comida de uma só vez e ao mesmo tempo sentir que o ato de comer ficou fora do seu controle naquele momento (isto quer dizer que você não poderia parar de comer uma vez que tivesse começado). Nos últimos 3 meses, quantas vezes você comeu da forma como está descrito acima?

☐ nenhuma vez

☐ menos que uma vez por semana

☐ uma vez por semana

☐ duas ou mais vezes por semana

Se não, pular para a questão 3.

2) Nos momentos em que você comeu desse jeito, você sentiu que não conseguiria parar de comer ou controlar o quê e quanto você estava comendo?

☐ Não ☐ Sim

3) Você fica irritado (a) quando come demais (comer mais do que você imagina ser bom pra você)?

☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Muito ☐ Bastante

4) Esta pergunta é sobre vários métodos de controle de peso que algumas pessoas utilizam. Nos últimos 3 meses, você usou alguns dos seguintes métodos?

	nenhuma vez	menos que 1 vez por semana	1 vez por semana	2 ou mais vezes por semana
Laxativos (são remédios que provocam diarreia) para eliminar o excesso de alimento ingerido				
Diuréticos (são remédios que fazem urinar muito) para eliminar o excesso de alimento ingerido				
Provocar vômitos para eliminar o excesso de alimento ingerido com a intenção de emagrecer ou de não ganhar peso				
Ficar sem comer ou comer muito pouca comida para perder peso ou para não engordar				

ANEXO 4. Avaliação da imagem corporal

AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Escala de Silhuetas Brasileiras

As figuras abaixo apresentam uma série de silhuetas e estão numeradas de 1 a 15, observe-as atentamente e responda as questões:

- a) Qual figura melhor representa seu corpo atual?: Figura _____
 - b) Qual figura melhor representa o corpo que você gostaria de ter?: Figura _____
 - c) Qual figura representa o corpo ideal para pessoas do seu sexo? Figura _____
- (OBS: Você pode usar valores intermediários se desejar; por exemplo 4,5 ou 9,2)

Versão para mulheres:

Versão para homens:

ANEXO 5. Classificação das silhuetas de acordo com o IMC

CLASSIFICAÇÃO DAS SILHUETAS

A tabela abaixo indica a representação das silhuetas de acordo com o índice de massa corporal (IMC).

Figura	Faixa de IMC (kg/m²)	Média de IMC (kg/m²)
1	11,25 - 13,75	12,5
2	13,75 - 16,25	15
3	16,25 - 18,75	17,5
4	18,75 - 21,25	20
5	21,25 - 23,75	22,5
6	23,75 - 26,25	25
7	26,25 - 28,75	27,5
8	28,75 - 31,25	30
9	31,25 - 33,75	32,5
10	33,75 - 36,25	35
11	36,25 - 38,75	37,5
12	38,75 - 41,25	40
13	41,25 - 43,75	42,5
14	43,75 - 46,25	45
15	46,25 - 48,75	47,5

ANEXO 6. Avaliação do relacionamento com a comida

AVALIAÇÃO DO RELACIONAMENTO COM A COMIDA

Subescala de Relação com a Comida (EAAT)

Para cada questão abaixo, marque com um X a frequência com que você tem os seguintes pensamentos e/ou comportamentos, de acordo com a legenda:

S= sempre / MF = muito frequentemente / F = frequentemente / AV = As vezes / R/N = Raramente ou nunca

	S	MF	F	AV	R/N
Comer me faz sentir “sujo”.					
Eu gostaria de não precisar me alimentar.					
Eu sinto culpa quando como um alimento que eu havia decidido não comer por algum motivo.					
Tenho raiva de sentir fome.					
Tenho dificuldade em escolher o que comer, porque sempre acho que deveria comer menos e/ou a opção com menos calorias.					
Quando desejo um alimento específico, eu sei que não vou conseguir parar de comê-lo até ele acabar.					
Eu gostaria de ter total controle sobre meu apetite e minha alimentação.					
Eu procuro comer pouco na frente dos outros para depois exagerar quando estou sozinha.					
Eu tenho medo de começar a comer e não parar mais.					
Sonho com uma “pílula” que substitua a refeição.					
Em festas e <i>buffets</i> , fico nervosa e/ou descontrolada, em função da grande oferta de comida.					
Minha relação com a comida atrapalha minha vida como um todo.					

ANEXO 7. Avaliação da percepção de alimentação saudável

AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

1) Responda qual a primeira palavra que lhe vem à mente quando você pensa em:

CARNE: _____

CHOCOLATE: _____

QUINUA: _____

AÇÚCAR: _____

PÃO: _____

FEIJOADA: _____

MANTEIGA: _____

ARROZ: _____

FEIJÃO: _____

BOLO DE FESTA: _____

ABACATE: _____

PÃO DE QUEIJO: _____

2) Assuma que você estará sozinho numa ilha deserta por um ano, você terá água, laranja e outro alimento pronto para o consumo que você poderá escolher e não poderá caçar, pescar ou coletar alimentos. Escolha abaixo o alimento que você acredita ser o melhor para a sua saúde (não leve em consideração o alimento que você gostaria de comer e sim o que poderia te manter saudável ao longo deste ano dentro das circunstâncias).

___ Arroz cozido

___ Banana

___ Brócolis

___ Cachorro quente

___ Leite com chocolate

___ Maça

3) Responda em poucas linhas, qual é para você a principal função da alimentação?

4) ESTUDOS DE CASO (SORTEADO, CADA ALUNO RECEBE APENAS UM DE FORMA RANDOMIZADA)

São apresentados abaixo os dados de um paciente hipotético encaminhado a você pelo médico com indicação “perder peso, trocar gordura por massa magra e perder gordura localizada”.

Responda as perguntas abaixo de acordo com os conhecimentos que você adquiriu até este momento. Não há respostas certas ou erradas, o objetivo é conhecer sua opinião.

CASO 1

Dados demográficos:

Idade	30 anos
Sexo	Feminino

Dados antropométricos:

Peso	58,8kg
Estatura (m)	1,60m
IMC (kg/m ²)	24,5kg/m ²
Porcentagem de gordura corporal	20%
Circunferência Abdominal	77 cm

Exames bioquímicos e pressão arterial:

Colesterol total	148mg/dL
Lipoproteína de alta densidade – HDL colesterol	51mg/dL
Lipoproteína de baixa densidade– LDL colesterol	82mg/dL
Glicemia de jejum	90mg/dL
Pressão arterial	120/80mm Hg

Dieta:

Consumo energético diário	1800 kcal
Percentual da energia consumida em gorduras	20%
Consumo diário de frutas	3 porções/dia
Consumo diário de verduras e legumes	3porções/dia
Consumo de fibras	28g/dia

Escolhas e práticas alimentares:

- a) Não come frituras, nem doces, nem refrigerantes
- b) Usa habitualmente produtos diet e light
- c) Dá preferência a alimentos integrais
- d) Trocou pão por tapioca
- e) Não come arroz branco, apenas integral ou quinua
- f) Evita restaurantes e eventos sociais com comida

Hábitos de vida:

Sono	8 horas/noite
Prática de atividade física	1h de atividade moderada 3 dias por semana

A) Avalie os aspectos abaixo relacionados a este paciente. Dê uma nota de 1 a 5, considerando 1=péssimo/ 2=ruim/ 3=regular/ 4=bom/ 5=excelente:

	Qualidade da dieta
	Estado de saúde geral
	Estado nutricional
	Quantidade de energia ingerida
	Escolhas e práticas alimentares

Qualidade da dieta

1=péssimo/ 2=ruim/ 3=regular/ 4=bom/ 5=excelente

Estado de saúde geral

1=péssimo/ 2=ruim/ 3=regular/ 4=bom/ 5=excelente

B) O quanto você julga adequados as escolhas e práticas alimentares.

Dê uma nota de 1 a 5, considerando: 1=muito inadequado/ 2=inadequado/ 3=indiferente/ 4=adequado/ 5=muito adequado:

	Não come frituras, nem doces, nem refrigerantes
	Usa habitualmente produtos diet e light
	Dá preferência a alimentos integrais
	Trocou pão por tapioca
	Não come arroz branco, apenas integral ou quinua
	Evita restaurantes e eventos sociais com comida

CASO 2

Dados demográficos:

Idade 30 anos
Sexo Masculino

Dados antropométricos:

Peso 66,0kg
Estatura (m) 1,70m
IMC (kg/m²) 24,5kg/m²
Porcentagem de gordura corporal 20%
Circunferência Abdominal 90 cm

Exames bioquímicos e pressão arterial:

Colesterol total 148mg/dL
Lipoproteína de alta densidade – HDL colesterol 51mg/dL
Lipoproteína de baixa densidade– LDL colesterol 82mg/dL
Glicemia de jejum 90mg/dL
Pressão arterial 120/80mm Hg

Dieta:

Consumo energético diário 2400 kcal
Percentual da energia consumida em gorduras 25%

Consumo diário de frutas	3 porções/dia
Consumo diário de verduras e legumes	3 porções/dia
Consumo de fibras	28g/dia

Escolhas e práticas alimentares:

- a) Não come frituras, nem doces, nem refrigerantes
- b) Usa habitualmente produtos diet e light
- c) Dá preferência a alimentos integrais
- d) Trocou pão por tapioca
- e) Não come arroz branco, apenas integral ou quinua
- f) Evita restaurantes e eventos sociais com comida

Hábitos de vida:

Sono	8 horas/noite
Prática de atividade física	1h de atividade moderada 3 dias por semana

A) Avalie os aspectos abaixo relacionados a este paciente. Dê uma nota de 1 a 5, considerando 1=péssimo/ 2=ruim/ 3=regular/ 4=bom/ 5=excelente:

	Qualidade da dieta
	Estado de saúde geral
	Estado nutricional
	Quantidade de energia ingerida
	Escolhas e práticas alimentares

B) O quanto você julga adequados as escolhas e práticas alimentares.

Dê uma nota de 1 a 5, considerando: 1=muito inadequado/ 2=inadequado/ 3=indiferente/ 4=adequado/ 5=muito adequado:

	Não come frituras, nem doces, nem refrigerantes
	Usa habitualmente produtos diet e light
	Dá preferência a alimentos integrais
	Trocou pão por tapioca
	Não come arroz branco, apenas integral ou quinua
	Evita restaurantes e eventos sociais com comida

CASO 3

Dados demográficos:

Idade	30 anos
Sexo	Feminino

Dados antropométricos:

Peso	58,8kg
Estatura (m)	1,60m
IMC (kg/m ²)	24,5kg/m ²
Porcentagem de gordura corporal	20%

Circunferência Abdominal

77 cm

Exames bioquímicos e pressão arterial:

Colesterol total	148mg/dL
Lipoproteína de alta densidade – HDL colesterol	51mg/dL
Lipoproteína de baixa densidade– LDL colesterol	82mg/dL
Glicemia de jejum	90mg/dL
Pressão arterial	120/80mm Hg

Dieta:

Consumo energético diário	1800 kcal
Percentual da energia consumida em gorduras	20%
Consumo diário de frutas	3 porções/dia
Consumo diário de verduras e legumes	3porções/dia
Consumo de fibras	28g/dia

Escolhas e práticas alimentares:

- a) Evita frituras, doces, e refrigerantes
- b) Dá preferência a alimentos integrais
- c) Tem arroz, feijão, carne e vegetais como base de sua dieta
- d) Sai para comer em restaurantes no fim de semana
- e) Valoriza eventos sociais e o prazer em comer
- f) Gosta de cozinhar e comer em família

Hábitos de vida:

Sono	8 horas/noite
Prática de atividade física	1h de atividade moderada 3 dias por semana

A) Avalie os aspectos abaixo relacionados a este paciente.

Dê uma nota de 1 a 5, considerando 1=péssimo/ 2=ruim/ 3=regular/ 4=bom/ 5=excelente:

	Qualidade da dieta
	Estado de saúde geral
	Estado nutricional
	Quantidade de energia ingerida
	Escolhas e práticas alimentares

B) O quanto você julga adequados as escolhas e práticas alimentares.

Dê uma nota de 1 a 5, considerando: 1=muito inadequado/ 2= inadequado/ 3=indiferente/ 4=adequado/ 5= muito adequado:

	Evita frituras, doces, e refrigerante
	Dá preferência a alimentos integrais
	Tem arroz, feijão, carne e vegetais como base de sua dieta
	Sai para comer em restaurantes no fim de semana
	Valoriza eventos sociais e o prazer em comer
	Gosta de cozinhar e comer em família

CASO 4

Dados demográficos:

Idade 30 anos
Sexo Masculino

Dados antropométricos:

Peso 66,0kg
Estatura (m) 1,70m
IMC (kg/m²) 24,5kg/m²
Porcentagem de gordura corporal 20%
Circunferência Abdominal 90 cm

Exames bioquímicos e pressão arterial:

Colesterol total 148mg/dL
Lipoproteína de alta densidade – HDL colesterol 51mg/dL
Lipoproteína de baixa densidade– LDL colesterol 82mg/dL
Glicemia de jejum 90mg/dL
Pressão arterial 120/80mm Hg

Dieta:

Consumo energético diário 2400 kcal
Percentual da energia consumida em gorduras 25%
Consumo diário de frutas 3 porções/dia
Consumo diário de verduras e legumes 3porções/dia
Consumo de fibras 28g/dia

Escolhas e práticas alimentares:

- a) Evita frituras, doces, e refrigerantes
- b) Dá preferência a alimentos integrais
- c) Tem arroz, feijão, carne e vegetais como base de sua dieta
- d) Sai para comer em restaurantes no fim de semana
- e) Valoriza eventos sociais e o prazer em comer
- f) Gosta de cozinhar e comer em família

Hábitos de vida:

Sono 8 horas/noite
Prática de atividade física 1h de atividade moderada 3 dias por semana

A) Avalie os aspectos abaixo relacionados a este paciente.

Dê uma nota de 1 a 5, considerando 1=péssimo/ 2=ruim/ 3=regular/ 4=bom/ 5=excelente:

	Qualidade da dieta
	Estado de saúde geral
	Estado nutricional
	Quantidade de energia ingerida
	Escolhas e práticas alimentares

B) O quanto você julga adequados as escolhas e práticas alimentares.

Dê uma nota de 1 a 5, considerando: 1=muito inadequado/ 2= inadequado/ 3=indiferente/ 4=adequado/ 5= muito adequado:

	Evita frituras, doces, e refrigerante
	Dá preferência a alimentos integrais
	Tem arroz, feijão, carne e vegetais como base de sua dieta
	Sai para comer em restaurantes no fim de semana
	Valoriza eventos sociais e o prazer em comer
	Gosta de cozinhar e comer em família

5) A) Quais as fontes de informação que você utiliza para se atualizar - além da faculdade? Assinale quantas forem verdadeiras:

	Revistas de banca
	Revistas da categoria
	Artigos científicos
	Congressos
	Programas de televisão
	Cursos
	Internet (sites, blogs, redes sociais)

B) Cite o nome de suas 3 principais fontes de informação:

- 6) Abaixo você encontrará dois trechos de dicas publicadas em uma revista para alimentação saudável no Natal e mais um trecho de orientação para a Páscoa:

6ª dica

Durante todo mês de dezembro, abasteça a geladeira com verduras, legumes, frutas e alimentos que possam matar a vontade do doce. Uma alimentação mais saudável nas semanas anteriores permite um docinho na noite de Natal. No final da ceia, é comum que as sobras dos alimentos sejam distribuídas entre os amigos e familiares. O ideal é aceitar a oferta apenas de saladas e alimentos mais saudáveis. Doces são os vilões da boa forma e devem passar longe da geladeira. Caso não possa recusar os pratos, doe os alimentos para quem de fato precisa se alimentar no Natal.

Foto: SXC

A) O quanto você concorda com as dicas dadas?

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

B) Você se sentiria confortável associando seu nome à matéria acima? (ou seja, que ela colocasse “segundo o nutricionista XXXXX”)

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

C) Você poderia apontar (um ou mais) pontos da reportagem acima que você considera que são úteis para a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde através da alimentação?

D) Você poderia apontar (um ou mais) pontos da reportagem acima que você discorde ou considere que não são úteis para a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde através da alimentação?

5ª dica
O ideal é ir previamente alimentado para a ceia. Consumir um iogurte desnatado ou uma fruta antes do jantar ajudará no controle da compulsão alimentar por alimentos calóricos e gordurosos. Caso a estratégia não dê certo, invista em escolhas inteligentes para não afundar a dieta. Opte por alimentos menos prejudiciais à saúde: abuse da salada e coma bem pouquinho os alimentos que prefere, mantendo a disciplina com refrigerantes, vinhos, cervejas, frituras e doces.
Foto: SXC

A) O quanto você concorda com as dicas dadas?

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

B) Você se sentiria confortável associando seu nome à matéria acima? (ou seja, que ela colocasse “segundo o nutricionista XXXXX”)

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

C) Você poderia apontar (um ou mais) pontos da reportagem acima que você considera que são úteis para a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde através da alimentação?

D) Você poderia apontar (um ou mais) pontos da reportagem acima que você discorda ou considere que não são úteis para a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde através da alimentação?

| Saúde de SP alerta para cuidados com o consumo chocolate na Páscoa

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo decidiu fazer um alerta para os cuidados com o consumo de chocolate na Páscoa. Nesta época do ano, o apelo para o consumo de ovos de chocolate pode levar ao exagero, o que é prejudicial à saúde.

O consumo exagerado do produto pode provocar excesso de peso e outros distúrbios relacionados, como aumento da glicemia, além de enxaqueca em decorrência da ação de substâncias vasodilatadoras. Também há risco de irritações na pele, no estômago e na mucosa intestinal.

“A grande quantidade de gordura também pode provocar quadros de diarreia em pessoas que abusam do chocolate. Para crianças, em especial, o consumo de chocolate deve ser controlado, principalmente no primeiro ano de vida, devido ao alto teor de açúcar e gordura”, afirma ~~Adriana Pinheiro Duarte~~, médica da Divisão de Doenças Transmitidas por Alimentos da Secretaria.

A) O quanto você concorda com as dicas dadas?

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

B) Você se sentiria confortável associando seu nome à matéria acima? (ou seja, que ela colocasse “segundo o nutricionista XXXXX”)

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

C) Você poderia apontar (um ou mais) pontos da reportagem acima que você considera que são úteis para a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde através da alimentação?

D) Você poderia apontar (um ou mais) pontos da reportagem acima que você discorda ou considere que não são úteis para a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde através da alimentação?

7) Por favor, assinale o quanto você concorda com as afirmações a seguir?

Discordo totalmente (=1)	Discordo (=2)	Não concordo nem discordo (=3)	Concordo (=4)	Concordo totalmente (=5)
--------------------------	---------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

	1	2	3	4	5
Nutricionistas devem ser magros					
Nutricionistas devem ser exemplo de boa forma					
Nutricionistas não devem comer “besteiras”					
Alimentação saudável deve privilegiar alimentos naturais e minimamente processados.					
Para comer de forma saudável é importante preferir alimentos orgânicos e evitar os geneticamente modificados.					
Reservar tempo para comer, cozinhar e valorizar as refeições são atributos importantes para se ter uma alimentação saudável.					
O comportamento alimentar – como, quando, com quem, porque, de que forma – se come é tão ou mais importante do que o quê e quanto se come.					
O prazer em comer e a valorização dos aspectos psicossociais da alimentação fazem diferença para uma vida saudável.					

Atualmente, o uso de suplementos alimentares se faz necessário para ter uma vida mais saudável e ficar mais em forma.						
Minhas escolhas alimentares são condicionadas por minhas preocupações acerca do meu estado de saúde						
O sabor do alimento é mais importante do que a qualidade, quando eu avalio o alimento						
Eu acredito que meu humor afete o meu comportamento alimentar						
Eu acredito que a convicção de comer apenas alimentos saudáveis aumenta minha autoestima						
Eu acredito que o consumo de alimentos saudáveis melhore minha aparência						
Eu sou muito preocupado sobre o quão saudável os alimentos são.						
Eu sempre sigo uma dieta saudável e balanceada.						
É importante para mim que minha dieta seja pobre em gordura.						
É importante para mim que minha alimentação diária contenha muitas vitaminas e minerais.						
Eu como o que eu gosto e não me preocupo com o quão saudável o alimento é.						
O quão saudável é o alimento tem pouco impacto nas minhas escolhas.						
O quão saudáveis os petiscos são, não faz nenhuma diferença para mim.						
Eu não evito nenhum alimento, mesmo aqueles que podem elevar meu colesterol.						
Depois que eu comecei a estudar Nutrição me preocupo mais com a minha alimentação e meu peso						
Estudar Nutrição mudou minhas preferências alimentares						
Depois que comecei a estudar Nutrição tento mudar a alimentação dos meus familiares e pessoas próximas						
Estudar Nutrição aumentou minha culpa com a comida						

8) Como você avalia o grau de relevância dos fatores abaixo para uma alimentação saudável (para qualquer pessoa e não para situações clínicas específicas e doenças)?

Numerar de 1 a 14 de acordo com o grau de relevância, sendo 1 o mais importante e 14 o menos importante.

	Comer com prazer
	Controlar a ingestão de calorias
	Permitir o consumo de todos os alimentos
	Restringir açúcares
	Ter contato com os alimentos e cozinhar
	Restringir gorduras
	Evitar carboidratos, especialmente os processados Ex:farinhas brancas

	Comer de acordo com a Pirâmide Alimentar
	Evitar alimentos industrializados
	Consumir preferencialmente alimentos orgânicos
	Restringir compostos presentes nos alimentos. Ex: glúten e lactose
	Respeitar os sinais fisiológicos de fome e saciedade
	Comer especialmente alimentos frescos/naturais e pouco processados/integrais
	Comer sentado à mesa sem ver TV, computador, smartphones ou celulares

9) Para você, o que é mais importante para estar saudável? (para qualquer pessoa e não para situações clínicas específicas e doenças)?

Numerar de 1 a 12 de acordo com o grau de relevância, sendo 1 o mais importante e 12 o menos importante.

	Ter peso adequado (dentro da faixa de eutrofia)
	Praticar atividade física
	Ser magro e ter baixa porcentagem de gordura
	Comer de forma saudável
	Manter uma dieta sem açúcares simples e pobre gorduras
	Ter uma relação prazerosa com a comida
	Manter uma dieta rica em alimentos funcionais
	Controlar a ingestão de alimentos para não ganhar peso
	Ter uma relação de respeito com o próprio corpo
	Comer menos e se exercitar mais
	Ter exames clínicos dentro dos parâmetros de normalidade
	Ser feliz e ter uma vida menos estressante

10) Por favor, responda em uma frase:

“Para mim ser nutricionista significa....”

“O mais importante para exercer a profissão de nutricionista é...”

“A área que mais me interessa na nutrição é...”

ANEXO 8. Currículo Lattes

Priscila Koritar

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/06728960c794663>
Última atualização do currículo em 06/01/2018

Possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo (2010), mestrado em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2013) e, atualmente cursa doutorado na Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, tendo realizado estágio de doutorado na Universidade de Barcelona (Espanha). É membro do Grupo Especializado em Nutrição e Transtornos Alimentares (GENTA). (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Priscila Koritar
Nome em citações bibliográficas	KORITAR, P.

Endereço

Endereço Profissional	Faculdade de Saúde Pública-USP. Avenida Doutor Arnaldo, 715 Cerqueira César 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617705 Ramal: 231 URL da Homepage: www.fsp.usp.br
-----------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2014	Doutorado em andamento em Pós Graduação em Nutrição em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil. Título: Alimentação saudável na perspectiva dos estudantes de graduação em Nutrição do Estado de São Paulo. Orientador: ☺ Marle dos Santos Alvarenga. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
2011 - 2013	Mestrado em Nutrição em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil. Título: A influência da preocupação com a saúde, da busca por prazer e da insatisfação corporal na escolha alimentar, Ano de Obtenção: 2013. Orientador: ☺ Sonia Tucunduva Philippi. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil. Palavras-chave: saúde; sabor; prazer; Imagem Corporal; transtornos alimentares; atitude.
2006 - 2010	Grande área: Ciências da Saúde Graduação em Nutrição e Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública-USP, FSP-USP, Brasil.
2002 - 2003	Curso técnico/profissionalizante em Nutrição e Dietética. Escola Técnica Estadual Carlos de Campos, ETECC, Brasil.

Formação Complementar

2016 - 2016	Habilidades de Comunicação para Atuação em Consultório. (Carga horária: 3h). Nutrição Comportamental, NC, Brasil.
2016 - 2016	Terapia Cognitivo Comportamental para Nutricionistas. (Carga horária: 7h). Nutrição Comportamental, NC, Brasil.
2013 - 2013	Bases metodológicas para a escrita científica. (Carga horária: 24h). Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil.
2013 - 2013	Nutrigenômica. (Carga horária: 3h). Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição, SBAN, Brasil.

ANEXO 9. Currículo Lattes

Marle dos Santos Alvarenga

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5371596102267709>
Última atualização do currículo em 07/01/2018

Possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo (1993), mestrado em Nutrição Humana Aplicada pela Universidade de São Paulo (1997) e doutorado em Nutrição Humana Aplicada pela Universidade de São Paulo (2001). Concluiu seu pós doutorado no Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP, com bolsa FAPESP - e short term scholar na Pennsylvania University (2010). Tem formação em Intuitive Eating pelo INTUITIVE EATING PRO Skills Training Teleseminar e Mindfulness Based Eating Training - MBEAT. Atualmente é professor visitante do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e é credenciada como orientadora no programa de pós graduação em Nutrição em Saúde Pública. Professor da Especialização e Mestrado Profissional do Centro Universitário São Camilo. É supervisora do grupo de Nutrição do Programa de Transtornos Alimentares - Ambulim (IpQ-HC-FMUSP), coordenadora do Grupo Especializado em Nutrição, Transtornos Alimentares e Obesidade - GENTA; e idealizadora do Instituto Nutrição Comportamental. Tem experiência em consultório, atuando principalmente com transtornos alimentares, obesidade e comportamento alimentar. Sua área de pesquisa inclui os transtornos alimentares, a insatisfação corporal, a influência da mídia, o comportamento alimentar, os determinantes de consumo e as atitudes alimentares de diferentes populações clínicas e não clínicas. Envolve também a adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa e a avaliação do estigma com relação à obesidade. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Marle dos Santos Alvarenga
Nome em citações bibliográficas	Alvarenga, M. S.; Alvarenga MS; Alvarenga M; Alvarenga MDS; Alvarenga Marle; ALVARENGA, MARLE S.

Endereço

Endereço Profissional	Consultório Particular. Rua Cotoxó 303 sala 127 Pentztes 05021000 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 36723869 URL da Homepage: http://www.genta.com.br
-----------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1997 - 2001	Doutorado em Nutrição Humana Aplicada (Conceito CAPES 4). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Bulimia nervosa: avaliação do padrão e comportamento alimentares, Ano de obtenção: 2001. Orientador: Sonia Tucunduva Philippi. Palavras-chave: Bulimia Nervosa; Comportamento alimentar; Transtornos alimentares; Padrão alimentar. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Nutrição e Alimentação.
1994 - 1997	Mestrado em Nutrição Humana Aplicada (Conceito CAPES 4). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Anorexia nervosa e bulimia nervosa: aspectos nutricionais, Ano de Obtenção: 1997. Orientador: Sonia Tucunduva Philippi. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: Bulimia Nervosa; Anorexia Nervosa; Transtornos alimentares; Aspectos nutricionais. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Nutrição e Alimentação.
2003 - 2005	Especialização em Especialização em Nutrição Clínica. Conselho Federal de Nutricionistas, CFN, Brasil.

Apêndice 1. Instituições de ensino por mesorregião e município.

Mesorregião	Municípios	Privada (n=38)	Pública (n=4)
Araçatuba	Araçatuba	UNIP	
Araraquara	Araraquara	UNIARA	
	São Carlos	UNICEP	
Assis	Assis	UNIP	
Bauru	Bauru	UNIP	
Campinas	Campinas	PUC UNIP	
	Jaguariúna	FAJ	
Macro Metropolitana Paulista	Bragança Paulista	FESB	
	Jundiaí	UNIANCHIETA UNIP	
	Sorocaba	UNIP UNISO	
Marília	Tupã	UNIESP	
Metropolitana de São Paulo	Santana de Parnaíba	UNIP	
	Santo André	FMABC FAINC	
	São Caetano do Sul	USCS	
	São Paulo	FMU Mackenzie São Camilo São Judas SENAC UNIABC UNICSUL UNIP	USP
Piracicaba	Limeira	UNIP	UNICAMP
	Piracicaba	UNIMEP	
Presidente Prudente	Adamantina	FAI	
Ribeirão Preto	Franca	UNIFRAN	
	Ribeirão Preto	UNIP	USP
São José do Rio Preto	Fernandópolis	FIFE	
	São José Do Rio Preto	UNILAGO UNIP UNIRP	
Vale do Paraíba Paulista	Santos	UNIP	UNIFESP
	São José dos Campos	UNIP	
	Taubaté	UNITAU	

Apêndice 2. Distribuição das instituições de ensino de acordo com mesorregião e município.

Mesorregião	Geral (n=42) n (%)	Pública (n=4) n (%)	Privada (n=38) n (%)	Municípios	Geral (n=42) n (%)	Pública (n=4) n (%)	Privada (n=38) n (%)
Araçatuba	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,6)	Araçatuba	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,6)
Araraquara	2 (4,8)	0 (0,0)	2 (5,3)	Araraquara São Carlos	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,6)
Assis	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,6)	Assis	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,6)
Bauru	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,6)	Bauru	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,6)
Campinas	3 (7,1)	0 (0,0)	3 (7,9)	Campinas Jaguariúna	2 (4,8)	0 (0,0)	2 (5,3)
Macro Metropolitana Paulista	5 (11,9)	0 (0,0)	5 (13,2)	Bragança Paulista Jundiaí Sorocaba	1 (2,4) 2 (4,8) 2 (4,8)	0 (0,0) 0 (0,0) 0 (0,0)	1 (2,6) 2 (5,3) 2 (5,3)
Marília	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,6)	Tupã	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,6)
Metropolitana de São Paulo	13 (30,9)	1 (25,0)	12 (31,6)	Santana de Parnaíba Santo André São Caetano do Sul São Paulo	1 (2,4) 2 (4,8) 1 (2,4) 9 (21,4)	0 (0,0) 0 (0,0) 0 (0,0) 1 (25,0)	1 (2,6) 2 (5,3) 1 (2,6) 8 (21,1)
Piracicaba	3 (7,1)	1 (25,0)	2 (5,3)	Limeira Piracicaba	2 (4,8) 1 (2,4)	1 (25,0) 0 (0,0)	1 (2,6) 1 (2,6)
Presidente Prudente	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,6)	Adamantina	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,6)
Ribeirão Preto	3 (7,1)	1 (25,0)	2 (5,3)	Franca Ribeirão Preto	1 (2,4) 2 (4,8)	0 (0,0) 1 (25,0)	1 (2,6) 1 (2,6)
São José do Rio Preto	4 (9,5)	0 (0,0)	4 (10,5)	Fernandópolis São José Do Rio Preto	1 (2,4) 3 (7,1)	0 (0,0) 0 (0,0)	1 (2,6) 3 (7,9)
Vale do Paraíba Paulista	4 (9,5)	1 (25,0)	3 (7,9)	Santos São José dos Campos Taubaté	2 (4,8) 1 (2,4) 1 (2,4)	1 (25,0) 0 (0,0) 0 (0,0)	1 (2,6) 1 (2,6) 1 (2,6)

Apêndice 3. Distribuição dos universitários de acordo com mesorregião e município.

Mesorregião	Geral (n=625) n (%)	Pública (n=110) n (%)	Privada (n=515) n (%)	Municípios	Geral (n=625) n (%)	Pública (n=110) n (%)	Privada (n=515) n (%)
Aracatuba	3 (0,5)	0 (0,0)	3 (0,6)	Aracatuba	3 (0,5)	0 (0,0)	3 (0,6)
Araraquara	6 (1,0)	0 (0,0)	6 (1,2)	Araraquara São Carlos	1 (0,2) 5 (0,8)	0 (0,0) 0 (0,0)	1 (0,2) 5 (1,0)
Assis	4 (0,6)	0 (0,0)	4 (0,8)	Assis	4 (0,6)	0 (0,0)	4 (0,8)
Bauru	10 (1,6)	0 (0,0)	10 (1,9)	Bauru	10 (1,6)	0 (0,0)	10 (1,9)
Campinas	21 (3,4)	0 (0,0)	21 (4,1)	Campinas Jaguariúna	20 (3,2) 1 (0,2)	0 (0,0) 0 (0,0)	20 (3,9) 1 (0,2)
Macro Metropolitana Paulista	32 (5,1)	0 (0,0)	32 (6,2)	Bragança Paulista Jundiaí Sorocaba	3 (0,5) 23 (3,7) 6 (1,0)	0 (0,0) 0 (0,0) 0 (0,0)	3 (0,6) 23 (4,5) 6 (1,2)
Marília	23 (3,7)	0 (0,0)	23 (4,5)	Tupã	23 (3,7)	0 (0,0)	23 (4,5)
Metropolitana de São Paulo	330 (52,8)	63 (57,3)	267 (51,8)	Santana de Parnaíba	10 (1,6)	0 (0,0)	10 (1,9)
				Santo André	13 (2,1)	0 (0,0)	13 (2,5)
				São Caetano do Sul	3 (0,5)	0 (0,0)	3 (0,6)
				São Paulo	304 (48,6)	63 (57,3)	241 (46,8)
Piracicaba	32 (5,1)	17 (15,5)	15 (2,9)	Limeira Piracicaba	24 (3,8) 8 (1,3)	17 (15,5) 0 (0,0)	7 (1,4) 8 (1,6)
Presidente Prudente	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,2)	Adamantina	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,2)
Ribeirão Preto	67 (10,7)	17 (15,5)	50 (9,7)	Franca Ribeirão Preto	44 (7,0) 23 (3,7)	0 (0,0) 17 (15,5)	44 (8,5) 6 (1,2)
São José do Rio Preto	47 (7,5)	0 (0,0)	47 (9,1)	Fernandópolis São José Do Rio Preto	8 (1,3) 39 (6,2)	0 (0,0) 0 (0,0)	8 (1,6) 39 (7,6)
Vale do Paraíba Paulista	49 (7,8)	13 (10,8)	49 (9,5)	Santos São José dos Campos Taubaté	15 (2,4) 10 (1,6) 24 (3,8)	13 (10,8) 0 (0,0) 0 (0,0)	2 (0,4) 10 (1,9) 24 (4,7)

Apêndice 4. Palavras relatadas por alimento de acordo com as categorias criadas

Categorias	Alimento	Exemplos de palavras referidas
Animal	Carne	Boi, peixe, sangue, músculo
	Manteiga	Animal, origem animal, vaca
	Feijoada	Porco, dó dos porcos
Apreciação	Carne	Amo, gosto muito, delícia, não vivo sem
	Chocolate	Delícia, muito bom, amo, hum
	Quinoa	Gostoso, bom, adoro
	Açúcar	Bom, adoro, prazer, gostoso
	Pão	Gostoso, amo, paixão, delícia
	Feijoada	Saborosa, delicioso, bom demais, água na boca
	Manteiga	Gostosa, saborosa, delícia
	Arroz	Gostoso, muito bom, delícia, saboroso,
	Feijão	Gostoso, delícia, muito bom, saboroso, amo
	Bolo de Festa	Delícia, muito bom, eu amo, maravilhoso, eba, humm
Associação culinária	Abacate	Prazer, gosto muito, maravilhoso, agradável
	Pão de Queijo	Adoro, delicioso, prazer, comida predileta, vida
	Carne	Churrasco, parmegiana, refogada com legumes
	Chocolate	Brigadeiro, sorvete, bolo, quente
	Quinoa	Salada, iogurte, pão integral, com frutas
	Açúcar	Doces, café, suco, refrigerante, leite
	Pão	Lanche, quentinho, presunto e queijo, tipo de farinha
	Feijoada	Linguiça, feijão, couve, farofa, refeição farta
	Manteiga	Pão francês, na chapa, receitas, ghee, brigadeiro, ovo
	Arroz	Branco, feijão, soltinho, integral, risoto, temaki
Característica	Feijão	Preto, com Arroz, fresquinho, bem temperado
	Bolo de Festa	Recheado, cobertura, chocolate, nozes, sem chantilly
	Abacate	Comida mexicana, fruta, vitamina, com leite
	Pão de Queijo	Quente, polvilho, integral, recheado, chipa, forno
	Chocolate	Doce, marrom
	Quinoa	Grão, bege, duro, semente, cereal, integral
	Açúcar	Doce, dulce, doçura
	Manteiga	Amarela, macia, cremosa, textura diferente
	Arroz	Cereal, grão
	Feijão	Grão, semente
	Bolo de Festa	Doce, muito doce, doce demais
	Abacate	Verde, amanteigado
	Pão de Queijo	Amarelo, fofinho

continua

Categorias	Alimento	Exemplos de palavras referidas
Consequência Negativa	Carne	Pesado, enjoio, má digestão
	Chocolate	Engordar, hipoglicemia, obesidade, diabetes
	Açúcar	Diabetes, obesidade, câncer, engorda, prejudicial à saúde
	Pão	Engorda, glicemia, inchar, inflamação, desconforto
	Feijoadada	Pesada, Indigestão, Obesidade, engorda, sono
	Manteiga	Enjoativo, engorda, espinhas,
	Arroz	Força, sustentação, saciar a fome
	Feijão	Gases, desconforto
	Bolo de Festa	Engorda, barriga, diabetes, mix de malefícios, peso, ânsia
Consequências positivas	Pão de Queijo	Queimação, azia, pesado, flatulento, engorda
	Carne	Saciedade
	Quinoa	Emagrecer, benefícios, faz bem
	Pão	Saciedade, suporte
	Feijoadada	Sustentação
Controle	Feijão	Saúde, sustentação, força, saciedade
	Carne	Moderação, esporadicamente, quantidade
	Chocolate	Moderação, evitar, disciplina, controle
	Açúcar	Moderação, comer pouco, evitar, eliminar
	Pão	Raramente, moderação, evitar, comer pouco
	Feijoadada	Evitar, Raridade, moderação, pegar leve
	Manteiga	Moderação, raro, bem pouca, evitar
	Arroz	Moderado, diminuir, equilíbrio
	Bolo de Festa	Moderação, 1 pedaço pequeno, evitar, jamais
	Abacate	Corrida, dieta, não, raridade, nunca
Desaprovação	Pão de Queijo	Moderação, de vez em quando, pouco, às vezes
	Carne	Não gosto, insuportável, ruim, desgosto
	Chocolate	Não gosto, enjoativo, muito doce
	Quinoa	Ruim, sem graça, não gosto, horrível
	Açúcar	Muito doce, enjoativo, não gosto, ruim
	Pão	Sem graça, indiferente,
	Feijoadada	Odeio, detesto, horrível, nunca
	Manteiga	Não gosto, horrível, detesto
	Arroz	Sem graça, não gosto muito, como por comer
	Feijão	Ruim, não gosto, odeio, como por obrigação
	Bolo de Festa	Não gosto, ruim, melecado, enjoativo, odeio
	Abacate	Ruim, horrível, detesto, sem gosto
	Pão de Queijo	Enjoativo, fedido, não gosto, ruim

continua

Categorias	Alimento	Exemplos de palavras referidas
Emoção negativa	Chocolate	Nervoso
	Pão	Culpa
	Pão de Queijo	Culpa
Emoção positiva	Chocolate	Felicidade, alegria, satisfação
	Bolo de Festa	Alegria, felicidade, afeto, diversão
	Pão de Queijo	Felicidade, alegria, conforto
Frequência	Carne	1 porção, diário
	Chocolate	Às vezes, quase todos os dias, sempre
	Quinoa	Raramente, consumo diário, consumo pouco
	Açúcar	Sempre presente, todos os dias, consumo regular
	Pão	Diariamente, no fim de semana, hábito
	Arroz	Consumo diário, cotidiano, sempre presente
	Feijão	Diário, não pode faltar, todo dia no almoço
Função	Chocolate	TPM, calmante, bem-estar, prazer,
	Quinoa	Saúde, dieta, índice glicêmico, função intestinal
	Açúcar	Ansiedade, adoçante, adoçar, aditivo
	Abacate	Faz bem à saúde, cabelo, bem-estar
Julgamento negativo	Carne	Desnecessário, nojo
	Chocolate	Dispensável, credo, gordices, mau,
	Quinoa	Frescura, eca, credo, desnecessário,
	Açúcar	Veneno, perigoso, dispensável, vilão, medo
	Pão	Dispensável, desnecessário, substituível
	Feijoada	Nojento, dia do lixo, credo, veneno, gordice
	Manteiga	Não precisa, não faz falta, eca, veneno diário, sebo
	Arroz	Desnecessário, agrotóxico, substituível
	Feijão	Eca, dispendo, substituível
	Bolo de Festa	Ferrou, veneno, bomba, gordice, porcária, caloria vazia
	Abacate	Credo, eca, oleoso, pesado, boom
	Pão de Queijo	Borracha, sem nutrientes, desgosto, eca, gordice

continua

Categorias	Alimento	Exemplos de palavras referidas
Julgamento positivo	Carne	Importante, essencial, necessário
	Chocolate	Indispensável, tudo
	Quinoa	Saudável, importante, excelente, ideal
	Açúcar	Necessário, não pode faltar, preciso
	Pão	Essencial, não fico sem, sagrado, alimento base
	Feijoadada	Luxo KK,
	Manteiga	Melhor que margarina, comida de verdade, pode consumir
	Arroz	Saudável, necessário, não abro mão, base alimentar
	Feijão	Saudável, ótimo, insubstituível, base alimentar
	Bolo de Festa	Essencial, pode,
	Abacate	Saudável, melhor fruta, perfeito
	Pão de Queijo	Perfeição, uma boa opção
Lembrança / memória	Chocolate	Infância, páscoa, festa
	Pão	Família, vó, aconchego, convívio, hábito brasileiro
	Feijoadada	Brasil, tradição, cultura, da vó, domingo em família
	Manteiga	Fazenda, Saudade
	Arroz	Brasil, China, tradicional, comida caseira
	Feijão	Família, comida caseira, Brasil, tempero da vó
	Bolo de Festa	Festa, aniversário, comemoração, parabéns, infância
	Abacate	Infância, inverno, avó, fazenda, passado
	Pão de Queijo	Minas Gerais, cultura, lembrança, mãe, interior
Morte	Carne	Morte, cadáver, sofrimento animal
Nutrição	Carne	Proteína, ferro, vitaminas, gordura saturada
	Chocolate	Gordura, calórico, lactose, carboidrato
	Quinoa	Fibras, aminoácidos, nutritivo, proteína vegetal
	Açúcar	Carboidrato, calórico, sem nutriente
	Pão	Carboidrato, energia, glúten, sódio
	Feijoadada	Caloria, colesterol, ferro, nutriente
	Manteiga	Gordura, gordura saturada, colesterol, lipídio
	Arroz	Carboidrato, energia, amido, nutritivo
	Feijão	Ferro, proteína, cálcio, energia, fibra
	Bolo de Festa	Calorias, glúten, carboidrato, açúcar
	Abacate	Energia, lipídeos, ácidos graxos essenciais
	Pão de Queijo	Calórico, carboidrato, intolerância à lactose, conservante

continua

Categorias	Alimento	Exemplos de palavras referidas
Outros	Carne	Comodismo, insustentável
	Chocolate	Sociedade
	Quinoa	Desconhecimento, moda, pesquisa, leve, caro, natural
	Açúcar	Contradição, polêmico, desafio
	Pão	Trabalho, padaria, fome, normal, polêmico,
	Feijoada	Exceção, diferente, comum
	Manteiga	França, industrializada, desvalorizada, dúvida
	Arroz	Massa, simples, indiferente, escola
	Feijão	Normal, comum, exagero, equilíbrio
	Bolo de Festa	Indiferente, depende, luxo KK, fim de semana
	Abacate	Indiferença, leve, algo desconhecido
	Pão de Queijo	Difícil, massa, normal, opção, caro
Quantidade	Feijoada	Bastante, muito, abundância, excesso
Refeição	Carne	Almoço, alimento, refeição
	Quinoa	Café da manhã, comida, alimento
	Pão	Café da manhã, café da tarde, desjejum
	Feijoada	Quarta-feira, almoço, almoço de domingo
	Manteiga	Café da manhã
	Arroz	Almoço, jantar, refeição
	Feijão	Almoço, jantar, refeição
	Abacate	Noite, café da manhã,
Tipo	Pão de Queijo	Café da tarde, Café da manhã, lanche, refeição rápida
	Carne	Vermelha, fígado, filé mignon, filé de frango
	Chocolate	Ao leite, meio amargo, trufa, belga
	Açúcar	Branco, demerara, light, qual tipo?
	Pão	Francês, italiano, integral, doce, caseiro
Vegetarianismo	Manteiga	Doriana, aviação, margarina, Becel, tipo
	Carne	Vegetarianismo
Vício / compulsão	Quinoa	Vegetariano
	Carne	Vício
	Chocolate	Vício, compulsão
	Açúcar	Vício, viciante, tentador
	Pão	Tentação, vício, comer muito, perdição
	Bolo de Festa	Perdição, tentação
	Pão de Queijo	Vício, tentador