Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**“Atitudes em relação à saúde e sabor dos alimentos e
imagem corporal entre mulheres”**

Priscila Koritar

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Nutrição em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

**Área de concentração: Nutrição
em Saúde Pública**

**Orientadora: Prof^a Dr^a Sonia
Tucunduva Philippi**

São Paulo

2013

“Atitudes em relação à saúde e sabor dos alimentos e imagem corporal entre mulheres”

Priscila Koritar

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação
Nutrição em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

**Área de concentração: Nutrição
em Saúde Pública**

**Orientadora: Prof^a Dr^a Sonia
Tucunduva Philippi**

São Paulo

2013

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/dissertação.

Agradecimentos

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

A Profa. Dra. Sonia Tucunduva Philippi, que me recebeu de coração e braços abertos na Sala Rosa, aceitou me orientar nesse projeto e tem sido uma orientadora para a vida.

A 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 o ser humano e para a Nutrição.

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 pra mim.

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

Ao meu amor, Guilherme, por dividir comigo sonhos, a paixão pelos estudos e a vontade de ser melhor.

As minhas amigas Fernanda Agapito, Kelly Giudici, Andréia Cardoso, Andréa Toledo, Natália Castro, Clarissa Fujiwara e Arianne Fernandes por compartilharem comigo a paixão pela Nutrição, o desejo de desvendar os mistérios dessa ciência e de torná-la um bem para a nossa sociedade, e às amigas Gabriela Yamasaki e Susan Amorim, que sempre acreditaram no meu potencial.

As meninas da Sala Rosa - Ana Carolina Leme, Marcelle Flores, Carolina Pimentel, Érika Toassa, Greisse Viero, Maria Fernanda Elias e Adriana Santos - que dividiram comigo cafés da tarde e risadas.

A Giuliana Gaudino, Adriana Santos, Giuliana Cori, Bruna Ansaldi, Claudia Barros, Andréia Bulegon, Kherly Portela e Izabel Alves, que acreditaram no meu projeto, colocaram a mão na massa comigo e me ajudaram na coleta de dados.

As nutricionistas do AMBULIM e à equipe do PROTAD, que têm me ensinado o que é ser uma nutricionista de verdade.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo financiamento da pesquisa (Processo 2011/04464-6).

Comida
sinônimo de
vida.

Resumo

Koritar P. Atitudes em relação à saúde e sabor dos alimentos e imagem corporal entre mulheres. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2013.

Introdução - O processo de escolha alimentar recebe múltiplas influências, sendo possível destacar a preocupação com a saúde, o prazer obtido por meio da alimentação e a satisfação corporal como importantes determinantes do consumo alimentar, podendo inclusive agir como fatores precipitantes e mantenedores de transtornos alimentares (TA). **Objetivos** - Avaliar como atitudes mais voltadas à saúde ou ao sabor dos alimentos diferem entre mulheres jovens de população não clínica e com TA; e a relação entre a imagem corporal e atitudes voltadas à saúde ou ao sabor entre estas mulheres. **Métodos** - 216 universitárias e 30 mulheres em tratamento para TA (18-40 anos; 83% com diagnóstico de bulimia nervosa; 17% com diagnóstico de anorexia nervosa) responderam a Escala de Atitudes em Relação à Saúde e ao Sabor (EARSS) e a Escala de Silhuetas Brasileiras. Universitárias participaram da adaptação transcultural da Escala de Sabor das EARSS e responderam ainda o Teste de Atitudes Alimentares para avaliação de risco para TA. A Escala de Sabor foi avaliada em relação à sua consistência interna, confiabilidade teste-reteste, validade discriminante e concorrente, além de análise fatorial confirmatória e exploratória. Os escores na EARSS de universitárias com e sem risco para TA e, pacientes com TA e universitárias sem risco foram comparados por meio de análise de covariância. A influência da satisfação e da percepção corporal nos escores na EARSS foi avaliada por meio do coeficiente de correlação de Pearson. **Resultados** - A Escala de Sabor foi considerada adequada e de fácil compreensão,

com boa consistência interna e confiabilidade (alpha de Crombach 0,86; Coeficiente de Correlação Intraclass 0,84). O comportamento de risco para TA foi identificado em 25% das universitárias, que não foram comparadas com pacientes. Universitárias sem risco de TA tiveram uma pontuação maior na Escala de Sabor da EARSS quando comparadas às pacientes ($p=0,009$). Universitárias com risco de TA tiveram pontuação maior na Escala de Saúde ($p=0,022$) comparadas aquelas sem risco. Pacientes apresentaram maiores níveis de insatisfação corporal ($p<0,001$) e pior percepção corporal ($p=0,015$) que a população não clínica. Em ambos os grupos, não houve correlação entre insatisfação e percepção corporal com atitudes mais voltadas à saúde ou ao prazer. **Conclusão** - Mulheres de população não clínica apresentaram atitudes mais voltadas ao sabor enquanto que aquelas com TA apresentaram atitudes mais voltadas à saúde, independente do grau de insatisfação e percepção corporal.

Descritores - saúde, sabor, prazer, imagem corporal, transtornos alimentares, atitude, escolha alimentar

Abstract

Koritar P. Attitudes regarding food health and taste and body image among women. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2013.

Introduction - Food choice process receives multiple influences, could be highlighted the concern for health, the pleasure obtained through food and the body dissatisfaction as important determinants of food consumption, and may also act as precipitating factor and maintainers of eating disorders (ED). **Objective** - To assess how attitudes towards taste versus health differ between young women with eating disorders and young women from non-clinical population, and the relationship between these attitudes with their body image.

Methods - 216 college students women and 30 women under treatment for ED (18-40 years; 83% had a diagnosis of bulimia nervosa; 17% had a diagnosis of anorexia nervosa) completed the Health and Taste Attitudes Scale (HTAS) and the Figure Rating Scales for Brazilian Adults. College students participated in the crosscultural adaptation of the Taste Scale of HTAS and answered Eating Attitudes Test - for assessing the risk for ED. The Taste Scale was assessed in terms of their internal consistency, test-retest reliability, concurrent and discriminant validity, and confirmatory factor analysis and exploratory. The scores of HTAS for students with and without risk for ED and, patients with ED and without risk for ED were compared using by means a covariance analysis. The influence of body satisfaction scores in HTAS was assessed by Pearson coefficient correlation. **Results** - The Taste Scale was considered adequate and easily understood, showed good internal consistency and reliability (Cronbach's alpha 0.86, Intraclass Correlation Coefficient 0.84). The risk behavior for ED was identified in 25.0% of the college students, who were not

compared with patients. Students had a higher score on the Taste Scale when compared to the patients ($p<0.009$). College students with ED risk had higher score on Health Scale compared with those without ED risk ($p=0.022$). Patients had higher levels of body dissatisfaction ($p<0.001$) and worse body perception ($p=0.015$) than students. In both groups, there was no correlation between body dissatisfaction and perceived attitudes more focused health or taste. **Conclusion** - Women of non-clinical population had attitudes more focused on taste and pleasure while those with ED showed attitudes more geared towards health, regardless of the degree of dissatisfaction and body perception.

Descriptors - health, taste, pleasure, body image, eating disorders, attitude, food choice

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	19
1.1. ESCOLHAS E ATITUDES ALIMENTARES	19
1.1.1 Atitudes alimentares focadas na saúde	22
1.1.2 Atitudes alimentares focadas no sabor.....	24
1.2. IMAGEM CORPORAL.....	28
1.3. TRANSTORNOS ALIMENTARES	30
1.4. JUSTIFICATIVA	32
2. OBJETIVOS.....	33
3. METODOLOGIA	34
3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	34
3.2. SUJEITOS.....	34
3.3. LOCAL DO ESTUDO	36
3.4. AMOSTRAGEM	37
3.5. VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	37
3.6. INSTRUMENTOS	38
3.6.1. Escala de Silhuetas Brasileiras.....	39
3.6.2. Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)	40
3.6.3. Escala de atitudes em relação à saúde e ao sabor (EARSS) - Health and Taste Attitudes Scale (HTAS).....	41
3.7. COLETA DOS DADOS.....	43
3.8. ANÁLISE ESTATÍSTICA	44
3.9. ASPECTOS ÉTICOS.....	45
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1 MANUSCRITO 1	47
4.2 MANUSCRITO 2	74

5. CONCLUSÃO	100
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O PROCESSO DE PESQUISA.....	101
7. REFERÊNCIAS	105
ANEXOS	110
ANEXO 1 - ESCALA DE SILHUETAS BRASILEIRAS	111
ANEXO 2 – TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT- 26)	112
ANEXO 3 – ESCALA DE SAÚDE	113
ANEXO 4 – ESCALA DE SABOR	114
ANEXO 5 - COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COEPFSPUSP	115
ANEXO 6 - CARTA DE ANUÊNCIA DO AMBULIM -IPQHCMUSP	118
ANEXO 7 - CARTA DE ANUÊNCIA DO PROATA – UNIFESP	119
ANEXO 8 - CARTA DE ANUÊNCIA DO GETA – UNICAMP	120
ANEXO 9 - CARTA DE ANUÊNCIA DO GRATA – HC-FMRP-USP	121
ANEXO 10 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	122
CURRÍCULO LATTES	123

Lista de Tabelas

MANUSCRITO 1

Tabela 1 - Modificações realizadas na versão em Português da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor de acordo com a opinião dos experts (n=14)	59
--	----

Tabela 2 - Comparação das respostas das bilíngues (n=12) as subescalas e as questões da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor em Inglês e Português	61
--	----

Tabela 3 - Resumo das evidências da validade e confiabilidade das subescalas da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor	64
--	----

MANUSCRITO 2

Tabela 1 - Caracterização das universitárias e pacientes em relação à idade, Índice de Massa Corporal e estado nutricional	87
--	----

Tabela 2 - Caracterização das pacientes em relação ao tipo de tratamento	87
--	----

Tabela 3 - Pontuação das universitárias e das pacientes nas subescalas e escalas de Saúde e de Sabor e nas subescalas de Saúde e Sabor	88
--	----

Tabela 4 - Insatisfação corporal e distorção da percepção da imagem corporal de universitárias com e sem risco para transtorno alimentar e pacientes com diagnóstico de transtorno alimentar 90

Tabela 5 - Correlação entre satisfação corporal e distorção da imagem corporal e subescalas e escalas de Saúde e Sabor 91

Lista de Quadros

MANUSCRITO 1

Quadro 1 - Escala de Atitudes em Relação ao Sabor – versão em Português	62
---	----

Siglas Utilizadas

AMBULIM - Programa de Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

AN - Anorexia Nervosa

ANCOVA - Análise de Covariância

ANOVA - Análise de Variância

BN - Bulimia Nervosa

DSM - IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª Edição.

EARSS – Escala de Atitudes em Relação à Saúde e ao Sabor

EAT-26 - Teste de Atitudes Alimentares

FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FM - Faculdade de Medicina

GETA - Grupo Interdisciplinar de Assistência e Estudos em Transtornos Alimentares

GRATA - Grupo de Assistência aos Transtornos Alimentares

HC - Hospital das Clínicas

HTAS - Health and Taste Attitude Scale

IMC - Índice de Massa Corporal

IPq - Instituto de Psiquiatria

OMS - Organização Mundial da Saúde

PROATA - Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares

RP – Ribeirão Preto

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

TA - Transtornos alimentares

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

USP - Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação está dividida em Introdução, Justificativa, Metodologia, Manuscritos, Conclusão, Considerações Finais e Referências, conforme as normas do Programa de Pós Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

1. INTRODUÇÃO

1.1. ESCOLHAS E ATITUDES ALIMENTARES

Atitudes alimentares definidas como crenças, pensamentos, sentimentos, comportamentos (que inclui o consumo alimentar) e relação para com os alimentos (ALVARENGA et al., 2010) podem ter impacto na saúde e são determinadas por múltiplos fatores – como cultura, sexo e estágio de vida - e por suas interações (KÖSTER, 2009; MARTINEZ-GONZALEZ et al., 1998; ROININEN et al., 2001; MURCOTT, 2002; POULAIN e PROENÇA, 2003).

As atitudes alimentares de um indivíduo irão ter impacto em suas escolhas alimentares. Sabe-se que as escolhas alimentares são guiadas por dois tipos de determinantes: aqueles relacionados aos alimentos, como o sabor, aparência, preço, variedade, valor nutricional e a higiene; e os relacionados ao “comedor”: biológicos, socioculturais, antropológicos, econômicos, psicológicos (KAKESHITA e ALMEIDA, 2006; POLLAN, 2006).

Entre os determinantes de escolha relacionados aos alimentos, o sabor - obtido pelo conjunto das características sensoriais - e os aspectos nutricionais com foco na saúde são tidos como os principais fatores no processo de escolha alimentar, com importante papel na promoção de hábitos alimentares mais saudáveis (EERTMANS et al., 2001; ROININEN et al., 2001; AIKMAN et al., 2006; SOARES et al., 2006; SUN, 2006; LAKE et al., 2007; US, 2010). Entretanto, estes fatores são influenciados por aspectos relacionados ao comedor e, uma

maior valorização do sabor ou da saúde durante a escolha alimentar depende das atitudes alimentares de um indivíduo.

O comedor é influenciado por mecanismos biológicos, como sexo, idade, estado nutricional, e os regulatórios inatos em consequência da deficiência de nutrientes e pelo estado fisiológico de fome e saciedade (GAHAGAN, 2012). Mas o comedor, como ser complexo, é influenciado também por mecanismos psicossociais, como a classe social, a renda, o nível de escolaridade e informação, o meio, os pares, influência da família e mídia, a cultura do país (GERMOV e WILLIAMS, 1996; ROZIN et al., 1999; MURCOTT, 2002; PETTINGER et al., 2004; ROZIN et al., 2006; LAKE et al., 2007).

A cultura, definida como uma rede de símbolos, valores e normas que permeia todas as ações humanas e as relações sociais, da qual se desprende interpretações contextuais dos significados (LARAIA, 2007), é uma variável de especial interesse, uma vez que se relaciona com as demais variáveis e pode influenciar diretamente as atitudes e as escolhas alimentares.

Neste contexto, as crenças e sentimentos que as pessoas têm com relação à comida, dependem – além dos fatores listados acima - das experiências (positivas ou negativas) vivenciadas; e, portanto, as atitudes e escolhas alimentares também podem ser influenciadas pelas nossas emoções. (ROZIN e FALLON, 1987; EERTMANS, 2001; ARANCETA et al., 2003; JAIME e MONTEIRO, 2005; ARCAN et al., 2007; JOMORI et al., 2008; BARR-ANDERSON et al., 2009; JALLINOJA et al., 2010).

Para a maior parte das pessoas, fisiologicamente, as emoções negativas estão relacionadas à perda de apetite e redução da ingestão alimentar. Entretanto, o comer emocional - que pode

ser definido como “a tendência de comer em resposta a uma série de emoções negativas como ansiedade, depressão, raiva e solidão para lidar com o afeto negativo” (RICCA et al., 2012) - pode ser influenciado pela estratégia de regulação das emoções que cada indivíduo possui (EVERS et al., 2010). O comer emocional pode estar relacionado ao aumento do consumo alimentar, caso as estratégias de regulação da emoção estejam mal adaptadas, como ocorre frequentemente em indivíduos obesos (TELCH e AGRAS, 1996; EVERS et al., 2010). Aqueles que fazem restrição alimentar também são vulneráveis ao comer em resposta a eventos emocionalmente negativos. Entre os indivíduos não praticantes de dietas, há quem aumente o consumo alimentar como consequência das emoções, mas há também quem diminua e quem não altere o consumo (MACHT, 2008).

Este comer emocional é mais estudado/relacionado às mulheres; elas costumam apresentar mais preocupação com a alimentação e peso, o que resulta comumente em mais problemas em relação aos comportamentos alimentares, à imagem corporal e aos transtornos alimentares (ROZIN, 1999; ATA et al., 2007; NEIGHBORS e SOBAL, 2007; JALLINOJA et al., 2010). Por outro lado, afirma-se que possuem maior conhecimento nutricional quando comparadas aos homens - que fazem suas escolhas alimentares mais baseadas no prazer (KIEFER, 2005).

Em indivíduos com transtornos alimentares, sabe-se que o comer emocional é mais comum entre aqueles diagnosticados com bulimia nervosa do que entre indivíduos com anorexia nervosa (SPENCE e COURBASSON, 2012). O comer emocional nos transtornos alimentares tem sido identificado como: 1) possível fator desencadeante da compulsão alimentar na bulimia e no transtorno da compulsão alimentar periódica, 2) associado com compulsão alimentar subjetiva na anorexia perfil purgativo e restrição na anorexia perfil

restritivo, e 3) mantenedor dos quadros de transtornos alimentares (HARRISON et al, 2010; RICCA et al., 2012).

1.1.1 Atitudes alimentares focadas na saúde

O que os indivíduos pensam e acreditam sobre alimentação e nutrição parece ter importante papel na promoção de hábitos alimentares mais saudáveis (EERTMANS et al., 2001; ROININEN et al., 2001; AIKMAN et al., 2006; SOARES et al., 2006; SUN, 2006; LAKE et al., 2007; US, 2010).

Os indivíduos têm se tornado mais conscientes sobre nutrição, saúde e a qualidade dos alimentos, e ser saudável tem se tornado um importante critério na compra de alimentos (CHEN, 2009). Tuorila e Cardello (2002) afirmam, no entanto, que fazer escolhas alimentares saudáveis é frequentemente visto como algo que entra em conflito com uma alimentação prazerosa.

Alimentos orgânicos - cultivados sem agrotóxicos e com uso responsável dos recursos naturais - têm sido considerados mais saudáveis que 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). Hekler et al. (2010) indicam que alguns movimentos ideológicos e sociais,

incluindo sustentabilidade do meio ambiente, direitos dos animais, justiça social, direitos do trabalhador, movimentos culturais e reforma agrária podem contribuir com a motivação para adoção de uma alimentação saudável.

Outro grupo de alimentos frequentemente associado à saúde, à prevenção de doenças e ao controle de peso são os alimentos *light* – com redução de pelo menos 25 % de determinado nutriente ou calorias (VIAENE, 1997). No entanto, para algumas pessoas a redução do teor de gordura pode estar associada a propriedades sensoriais inferiores quando comparados aos alimentos convencionais e são vistos, muitas vezes, com ceticismo e desconfiança (HAMILTON et al., 2000); por outro lado, para outras pessoas a ingestão destes alimentos pode estar associada à crença de que é possível comer em maior quantidade ao consumir produtos *light*, pelo fato de terem menor teor de gordura, mas também pela preocupação com o controle das calorias, para não engordar ou para emagrecer.

Assim, a busca por uma alimentação saudável pode ser determinada não somente por questões ambientais ou de saúde, mas por questões com o peso, com o corpo e com o desejo de um corpo magro. A visão de alimentação saudável está enviesada atualmente, podendo assumir um padrão rígido, perfeccionista e restritivo e, inclusive levar ao desenvolvimento de um quadro denominado ortorexia nervosa, descrito inicialmente como uma obsessão não saudável por uma alimentação saudável (BRATMAN, 1997). A ortorexia nervosa pode se iniciar com o desejo de melhorar a saúde, tratar uma enfermidade ou perder peso, entretanto, ao final, a dieta passa a ocupar um lugar central na vida, com obsessão patológica e fixação por saúde alimentar, qualidade dos alimentos e pureza da dieta que acarretam restrições alimentares significativas (MARTINS et al., 2011).

A importância do conhecimento sobre alimentação saudável na modulação das preferências alimentares é controversa, sendo que alguns estudos mostram efeito positivo, negativo ou nenhum efeito (EERTMANS, 2001). Entretanto, o ser humano parece ter uma predisposição em desenvolver preferências por associação da comida aos contextos e consequências da ingestão alimentar (JALLINOJA et al., 2010). Consequências negativas após ingestão alimentar, como náuseas, diarreia e processos alérgicos podem exercer um importante papel na formação de aversões alimentares, que podem ser mediadas por processos cognitivos como uma informação negativa ou consumo forçado (ROZIN e FALLON, 1987; EERTMANS, 2001). Por outro lado, a formação de preferências alimentares decorrentes de consequências positivas do consumo alimentar tem sido mais difícil de demonstrar.

De acordo com Steptoe et al. (1995), o enfoque dado à saúde como determinante do consumo pode encobrir outros importantes determinantes de consumo. Apesar disso, é importante que as crenças em relação à alimentação sejam compatíveis com o que de fato um alimento pode oferecer.

1.1.2 Atitudes alimentares focadas no sabor

O prazer obtido na alimentação pelo conjunto das características sensoriais parece estar no centro do desenvolvimento, manutenção e mudança de hábitos alimentares, e exerce um

papel fundamental na escolha alimentar, sendo que o prazer em comer e o sabor são inseparáveis, pois ou um sabor é apreciado ou não é (GRONOW, 1997; EERTMANS et al., 2001; JACQUIER et al., 2012).

De acordo com Birch (1999), o termo “*taste*” no sentido estrito está relacionado apenas às sensações despertadas pelo paladar, que incluem o sabor doce, salgado, azedo e amargo, entretanto, é usado comumente para denotar o complexo estímulo sensorial decorrente do olfato, paladar e tato. Beauchamp e Mennella (2011) apontam a contribuição do sistema visual e auditivo na identificação, escolha e apreciação da comida. Assim, percepções de sabor envolvem a integração de várias sensações, tanto dentro como entre as modalidades sensoriais. Apesar do sabor e do cheiro terem um papel central, a aparência da comida, incluindo cor e forma, a textura, temperatura, teor de gordura, sensações de dor estimuladas por exemplo, pela pimenta e o som da mastigação - também contribuem para a percepção do sabor (EERTMANS et al., 2001).

Um alimento provavelmente não será comprado ou consumido se não parecer saboroso ou com um odor agradável e característico, com boa aparência ou textura, independentemente da situação econômica ou da disponibilidade do mesmo (ROZIN, 1990; HETHERINGTON e ROLLS, 1996).

O ser humano nasce com uma predisposição genética para a preferência pelo sabor doce e salgado e uma rejeição a sabores azedos ou amargos (BIRCH, 1999). Durante a evolução humana, o sabor doce tem tido um papel na nutrição, ajudando a orientar a ingestão de alimentos nutritivos e prevenindo a ingestão de alimentos que pudessem ser venenosos (BIRCH, 1999). Apesar disso, o gosto por doces é diferente entre as pessoas e fatores

ambientais desempenham importante papel no desenvolvimento das preferências alimentares (BIRCH, 1999; KESKITALO et al., 2007; BEAUCHAMP E MENNELLA, 2011).

O paladar e as preferências alimentares começam a se formar durante a gestação e o aleitamento materno – sob influência da alimentação da mãe na composição do líquido amniótico e no leite materno (MENNELLA et al., 2001) e sofrem influência de múltiplos fatores. Entre estes se destacam: experiências prévias, do estágio de desenvolvimento, dos genes que influenciam a percepção do sabor (BEAUCHAMP E MENNELLA, 2011); da predisposição à reação neofóbica a novos alimentos, da habilidade por desenvolver preferências alimentares baseado nas associações com contextos e consequências do consumo de diversos alimentos (BIRCH, 1999); do acesso, da disponibilidade, de exposições repetidas aos alimentos, das situações envolvidas no consumo, das crenças e tradições culinárias, das regras de alimentação da família e do grupo e das informações da mídia (BIRCH, 1999; EERTMANS et al., 2001).

Portanto, a percepção dos alimentos e as preferências alimentares podem ser não somente inatas, mas também adquiridas por meio de experiências com a comida ao longo da vida (BEAUCHAMP E MENNELLA, 2011; BIRCH, 1999; EERTMANS et al., 2001) e o prazer obtido pela alimentação pode ser construído por meio de refeições planejadas e disciplinadas (JALLINOJA et al., 2010).

A relação entre estado emocional e atitude alimentar é complexa e há significativa variabilidade entre indivíduos com relação às mudanças na alimentação induzidas pela emoção (RICCA et al., 2012). A comida e o afeto se combinam desde o primeiro momento em que a mãe alimenta seu filho, assim, a comida não serve só para suprir uma necessidade biológica, mas também como resposta a tensões emocionais, que faz com que o alimento

possa ser visto como uma gratificação substituta, como equivalente de afeto, compensação ou recompensa (MATOS, 2006).

A comida que é utilizada como recompensa, para lidar com estresse e com afeto negativo, trazendo sensação de bem-estar e que está tipicamente associada à infância – *comfort food* - varia conforme idade e sexo (WANSINK et al., 2003), levando em consideração as preferências alimentares e o valor simbólico do alimento (GIBSON, 2006) - sendo que o desejo por alimentos doces ultrapassa todas as idades, raças e culturas (BELLISLE et al., 2012). Além disso, a associação do sabor doce com a ingestão de alimentos fonte de carboidratos provoca rápido sinal de saciedade em conjunto com uma potente recompensa sensorial; entretanto, a alta palatabilidade de alimentos e bebidas com sabor doce pode ser um gatilho para comer em excesso em pessoas suscetíveis (BELLISLE et al., 2012).

As escolhas e atitudes alimentares podem ainda ser influenciadas por mecanismos de recompensa, que ainda não são completamente entendidos. Sabe-se que o sistema de recompensa cerebral trabalha juntamente com hormônios reguladores do balanço energético e que comidas deliciosas podem estimular áreas cerebrais específicas por meio do cheiro, aparência, temperatura, viscosidade, adstringência, teor de gordura e sabor, modulando o consumo alimentar (GAHAGAN, 2012). O conceito de homeostase de recompensa sugere que o prazer decorrente do consumo alimentar deve ser satisfeito para facilitar o controle do peso corporal, evitando, particularmente, a ingestão alimentar na ausência da fome, já que a saciedade tem efeito de inibir o consumo (BELLISLE et al., 2012).

Por outro lado, a negação do prazer em comer pode ser indicativa de uma psicopatologia, pois, comportamentos como restrição do consumo alimentar, compulsão alimentar e comportamentos compensatórios são interpretados como respostas para uma regulação

intensa; ou um comer relativamente indiferenciado do estado emocional - para restringir a experiência afetiva ou para desviar a atenção de emoções negativas (RICCA et al., 2012).

Embora o sabor seja um importante determinante do consumo alimentar, muitas pessoas têm medo do prazer em comer. Um estilo de vida saudável é, comumente, assumido como algo que não pode ser prazeroso e uma alimentação prazerosa é, muitas vezes, tida como não saudável (JALLINOJA et al., 2010) - associada ao “engordativo e proibido”; tal conceito pode fazer com que a ingestão destes alimentos cause ansiedade e culpa, que podem ser agravados pelo discurso de saúde pública que ressalta o prazer disciplinado com práticas moderadas, restritas e disciplinadas (COVENEY, 2000).

1.2. 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). Ela é influenciada pelo movimento, pela sensibilidade, pela emoção e pelo processo cognitivo associado às intervenções do ambiente e da cultura (DUARTE, 2007).

Alguns dos componentes da imagem corporal podem ser avaliados com a utilização de instrumentos específicos, por meio da mensuração da satisfação e da percepção corporal que um indivíduo tem de si.

A medida da satisfação corporal indica o grau de satisfação de um indivíduo com seu corpo e pode avaliada por meio da diferença entre a imagem corporal que um indivíduo tem como real e a imagem corporal idealizada. Já a mensuração da percepção corporal indica a percepção que um indivíduo tem do seu corpo e pode ser avaliada por meio da diferença entre a imagem corporal que um indivíduo tem como real e a imagem corporal que é, de fato, real.

A satisfação e percepção corporal podem ser consideradas determinantes das escolhas e atitudes alimentares. A diferença muito grande entre a imagem corporal tem como real e a idealizada parece estar associada com desejo por magreza, altos níveis de restrição alimentar e compulsão alimentar, baixos níveis de consumo de frutas e vegetais, baixos níveis de atividade física (ANTON, 2000). Desta forma, a imagem corporal pode impactar atitudes e escolhas mais voltadas à saúde ou ao sabor e prazer.

Indivíduos com insatisfação corporal são mais vulneráveis a atitudes alimentares inadequadas, caracterizadas por um “comer transtornado”, e a tentativas malsucedidas de controle de peso - sendo um ponto importante tanto na gênese como na manutenção dos transtornos alimentares (MARKEY e MARKEY, 2005; RAMALHO et al., 2007). O comer transtornado é caracterizado por comportamentos menos frequentes e graves do que o encontrado nos transtornos alimentares; pode envolver dietas restritivas, períodos de jejum e episódios de compulsão alimentar, práticas purgativas e também exclusão de grupos de

alimentos - normalmente aqueles considerados mais calóricos (ALVARENGA e DUNKER, 2004; ALVARENGA et al., 2013).

1.3. TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares (TA) são quadros psiquiátricos que afetam, na sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo levar a grandes prejuízos biológicos e psicológicos, além do aumento de morbidade e mortalidade (OMS, 1993; APA, 2013). A anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) são os principais quadros, sendo estimada a prevalência em mulheres de 0,3% a 1,0% para AN e de 1% a 4% para BN (GARFINKEL et al., 1995; MACLAREN e BEST, 2009).

A AN caracteriza-se basicamente pela perda de peso intensa à custa de dietas restritivas, busca desenfreada pela magreza (podendo haver ou não uso de métodos compensatórios para controle de peso) e insatisfação com a imagem corporal (OMS, 1993; APA, 2013). A BN caracteriza-se por compulsão alimentar, acompanhada de métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, como vômitos auto-induzidos, uso de medicamentos, dietas e exercícios físicos, além de problemas com a imagem corporal (OMS, 1993; APA, 2013).

Embora muitos estudos sejam realizados com o intuito de conhecer melhor as características dos TA, poucos têm um enfoque nutricional. As escolhas alimentares desses indivíduos são

baseadas em crenças disfuncionais sobre a alimentação e nutrição, sendo comum a classificação dos alimentos em “bons” ou “maus” (ALVARENGA e DUNKER, 2004). Sabe-se que os determinantes da escolha alimentar em indivíduos com TA são muito ligados ao distúrbio, ao desejo de magreza e medo de ganhar peso, entretanto, eles não são estudados sistematicamente.

O ser humano tem uma importante relação emocional e social com o alimento. A relação emocional tem início no aleitamento materno ao receber alimento dos adultos, numa perpetuação da relação de bem-estar advinda do ato de ser alimentado, cuidado e presenteado com o alimento. Contudo, essa relação torna-se ameaçada na sociedade contemporânea na qual o corpo magro é valorizado e tido como padrão de beleza, pois o alimento é responsável diretamente pela manutenção do corpo que apresentamos e não apenas de nossa saúde (ARAÚJO, 2004).

Assim, não só indivíduos com TA têm relação complicada com os alimentos, mas também muitas pessoas, em função de preocupações extremas com a imagem corporal, preocupações exageradas e conceitos disfuncionais sobre saúde ou uso da comida como recompensa ou única fonte de prazer (ANTON et al., 2000; ROININEN et al., 2001).

1.4. JUSTIFICATIVA

A alimentação tem forte relação com a saúde dos indivíduos, entretanto, o processo de escolha alimentar recebe múltiplas influências. As atitudes dos indivíduos com relação à alimentação e seu corpo podem impactar diretamente suas escolhas alimentares e necessitam ser compreendidas para que se possa entender porque as pessoas comem o que comem. Tal entendimento pode direcionar melhores estratégias de educação alimentar e prevenção de comportamentos de comer transtornado.

Ainda, com relação à pacientes com TA, entender o processo de escolha alimentar pode contribuir para novas formas de abordagem no tratamento interdisciplinar destes quadros.

Entre outras metodologias possíveis, as atitudes e escolhas alimentares podem ser compreendidas quando avaliadas com o uso de instrumentos adequados. A utilização de instrumentos desenvolvidos em outros contextos socioculturais, que tenham uma cuidadosa adaptação transcultural, são recursos úteis e viáveis em pesquisas epidemiológicas em nutrição.

A avaliação de fatores envolvidos nas escolhas alimentares permite entender melhor os determinantes do consumo alimentar. Compreender a importância do sabor, do prazer, da preocupação com a saúde e da satisfação corporal no processo de escolha alimentar pode ajudar na prevenção e no tratamento de atitudes alimentares disfuncionais, que podem levar ao desenvolvimento de diversos problemas, entre eles, os transtornos alimentares em pessoas susceptíveis.

2. OBJETIVOS

2.1. Avaliar como as atitudes com relação ao sabor e a saúde na alimentação diferem entre

2.1.1. mulheres jovens de população não clínica com e sem comportamento de risco para transtornos alimentares

2.1.2. mulheres jovens de população não clínica sem comportamento de risco para transtornos alimentares e mulheres jovens com transtornos alimentares

2.2. Avaliar a relação entre satisfação corporal e percepção da imagem corporal com atitudes voltadas à saúde e ao sabor entre

2.2.1. mulheres jovens de população não clínica com e sem comportamento de risco para transtornos alimentares

2.2.2. mulheres jovens de população não clínica sem comportamento de risco para transtornos alimentares e mulheres jovens com transtornos alimentares.

3. METODOLOGIA

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo teve um delineamento transversal com coleta prospectiva e abordagem quantitativa.

3.2. SUJEITOS

A população do estudo foi constituída por mulheres de população não clínica sem comportamento de risco para transtornos alimentares, mulheres de população não clínica com comportamento de risco para transtornos alimentares e mulheres com transtornos alimentares. Os critérios de inclusão para cada um dos grupos estão apresentados abaixo:

Mulheres sem comportamento de risco para Transtornos Alimentares:

Inclusão: universitárias do sexo feminino entre 18 e 40 anos de idade, sem comportamento de risco para TA (avaliado pelo Teste de Atitudes Alimentares) (BIGUETTI et al., 2004).

Exclusão: que não tenham cursado ou estejam cursando graduação em Nutrição.

Mulheres com comportamento de risco para Transtornos Alimentares:

Inclusão: universitárias do sexo feminino entre 18 e 40 anos de idade, com comportamento de risco para TA (avaliado pelo Teste de Atitudes Alimentares) (BIGUETTI et al., 2004).

Exclusão: que não tenham cursado ou estejam cursando graduação em Nutrição.

Pacientes com Transtornos Alimentares:

Inclusão: mulheres entre 18 e 40 anos de idade, com diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa (típicos ou atípicos), segundo o 4º Manual de Doenças Mentais (DSM-IV) (APA, 1994), estabelecido por psiquiatra; recebendo tratamento psiquiátrico, psicológico e nutricional, em regime ambulatorial ou internação, há no máximo um mês.

Exclusão: psicose, depressão grave, abuso de drogas ou álcool ou tóxico-dependente (de acordo com avaliação psiquiátrica).

3.3. LOCAL DO ESTUDO

As universitárias foram selecionadas em cursos de graduação da Universidade de São Paulo (USP) compostos por grande maioria de indivíduos do sexo feminino - excluindo-se o curso de Nutrição, que não foi incluído, pois alguns trabalhos apontam atitudes alimentares mais comprometidas neste público (FIATES E SALLES, 2001). Os cursos de Medicina, Enfermagem, Pedagogia, Educação Física e Saúde Pública responderam positivamente ao pedido sendo solicitado a esses a indicação de uma turma para que a coleta fosse realizada.

As pacientes com TA foram selecionadas no Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade de São Paulo (USP), no Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares da Universidade Federal de São Paulo (PROATA-UNIFESP), no Grupo Interdisciplinar de Assistência e Estudos em Transtornos Alimentares da Universidade Estadual de Campinas (GETA-UNICAMP) e no Grupo de Assistência aos Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GRATA-HC-FMRP-USP).

3.4. AMOSTRAGEM

O cálculo do tamanho amostral foi realizado com dados de uma amostra piloto de 51 universitárias que responderam a versão adaptada ao português da Health and Taste Attitude Scale (HTAS) e dados de coleta inicial com 18 mulheres com TA no início do tratamento. Utilizou-se o teste t , adotando-se um Intervalo de Confiança de 95%, poder do teste de 80%, relação entre universitárias e pacientes de 3:1, totalizando 25 pacientes e 75 universitárias. Acrescentou-se 10 % ao n encontrado, prevendo possíveis perdas. A amostra final obtida foi de 30 pacientes e 216 universitárias.

3.5. VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis do estudo foram:

- Características antropométricas: peso, altura e Índice de Massa Corpórea (IMC);
- Satisfação corporal e percepção da imagem corporal: avaliada por meio da Escala de Silhuetas Brasileiras para mulheres adultas, desenvolvida e validada por KAKESHITA et al. (2009);

- Atitudes para com a saúde: avaliado por meio das sub-escalas de saúde da Health and Taste Attitudes Scale (HTAS) validadas para o Português por SOARES et al. (2006);
- Atitudes para com o sabor: avaliado pelas sub-escalas de sabor da Health and Taste Attitudes Scale (HTAS) validadas para a Língua Portuguesa por KORITAR et al. (prelo);
- Comportamento de risco para TA: avaliado na população não clínica pelo EAT-26, validado para a língua portuguesa por BIGUETTI et al. (2004).

3.6. INSTRUMENTOS

A data de nascimento das participantes foi questionada por pergunta direta. A avaliação do estado nutricional, tanto das pacientes com TA como das universitárias, foi realizada por meio da aferição de peso e da estatura. O peso e a estatura das universitárias foram aferidos pela pesquisadora responsável e por nutricionistas treinadas para auxiliar na coleta utilizando-se, respectivamente, balança eletrônica portátil com capacidade de até 150 kg e variação de 100 g e estadiômetro portátil, com amplitude de 200 cm e variação de 0,1 cm. A avaliação do estado nutricional das pacientes foi realizada pela equipe de nutrição do serviço especializado, utilizando os equipamentos disponíveis nas instituições. Os indivíduos foram pesados e medidos com o mínimo de vestimentas e descalços, conforme orientação da

Organização Mundial da Saúde (1995). Foi calculado o IMC pela fórmula: $IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$. A classificação do estado nutricional segundo IMC foi realizada de acordo com as categorias de estado nutricional da Organização Mundial da Saúde (2006) como baixo peso, peso normal e excesso de peso.

3.6.1. Escala de Silhuetas Brasileiras

A Escala de Silhuetas Brasileiras para mulheres adultas, utilizada para avaliar a percepção e insatisfação com a imagem corporal em mulheres adultas brasileiras, é composta por 15 figuras de silhuetas (Anexo 1), 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. Cada figura possui um valor numérico de 1 a 15 no verso que aumenta de acordo com a média de IMC que a figura representa. A escala apresenta coeficiente de correlação entre teste e reteste positivo e significativo para o IMC real e IMC percebido como atual (KAKESHITA et al., 2009).

No momento da coleta, as figuras foram apresentadas em cartões individuais (6x15cm) dispostos aleatoriamente em três fileiras, cada uma com cinco figuras, sendo que individualmente cada uma das participantes respondeu as seguintes perguntas:

- “Qual figura representa seu corpo atual?”
- “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 que gostaria de ter (KAKESHITA et al., 2009).

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

E 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 da participante.

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

3.6.2. Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)

O Teste de Atitudes Alimentares - EAT-26 desenvolvido por GARNER et al. (1982) e validado por BIGUETTI et al. (2004) foi utilizado para identificar universitárias com sintomas de risco para TA (Anexo 2).

O EAT-26 é um dos instrumentos mais utilizados em avaliações com pacientes com TA para medir e acompanhar sintomas, e em estudos populacionais para identificar indivíduos com preocupações anormais com alimentação e peso. O instrumento possui 26 questões e a pontuação igual ou maior que 21 classifica o indivíduo em grupo de risco para AN (BIGUETTI et al., 2004).

As universitárias que apresentaram escore igual ou superior a 21 no EAT-26 foram excluídas da análise de comparação com pacientes com TA, pois este é o ponto de corte estabelecido como sintoma ou comportamento de risco para TA (BIGUETTI et al., 2004).

3.6.3. Escala de atitudes em relação à saúde e ao sabor (EARSS) - Health and Taste Attitudes Scale (HTAS)

A HTAS foi desenvolvida com o objetivo de avaliar as atitudes em relação à saúde e sabor dos alimentos; possui duas escalas - Saúde e Sabor - cada uma dividida em três sub-escalas (ROININEN et al., 1999).

A Escala HTAS foi desenvolvida e avaliada por meio de análise fatorial confirmatória, análise teste-reteste e avaliação da confiabilidade (ROININEN et al., 1999). O instrumento autoaplicável foi desenvolvido e validado na Finlândia para indivíduos entre 18 e 81 anos de ambos os sexos e possui 38 perguntas que são pontuadas em Escala Likert de sete pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Uma alta pontuação na Escala de Saúde indica um alto grau de interesse por alimentos saudáveis, produtos light e produtos naturais, e uma alta pontuação na Escala de Sabor indica alto nível de desejo por alimentos doces, uso de alimentos como recompensa e busca de prazer pela comida. A Escala de

Saúde é boa preditora de escolhas voltadas à saúde e não ao prazer; a Escala de Sabor é boa preditora de escolhas voltadas ao prazer e não à saúde (ROININEN et al., 1999).

A Escala de Saúde foi traduzida para a língua portuguesa por SOARES et al. (2006) (Anexo 3) tendo sido encontrada equivalência de conceito e de escala para os pares de cada item (versão em Inglês e em Português).

Para utilização da escala completa no presente trabalho, a Escala de Sabor (Anexo 4) foi adaptada para a língua Portuguesa de acordo com os procedimentos sugeridos por REICHENHEIM e MORAES (2007) como uma etapa prévia deste estudo, para se obter equivalência conceitual, de itens, semântica, operacional, de mensuração e funcional. A consistência interna, validade teste reteste, validades discriminante e concorrente e, análise fatorial exploratória apontaram um instrumento válido e adequado para utilização em estudos com mulheres jovens - conforme pode ser verificado no manuscrito 1 aprovado para publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva.

A análise fatorial exploratória da Escala de Sabor comprovou a estrutura do instrumento original, sugerindo apenas a divisão de uma das subescalas da Escala de Sabor em duas subescalas. Assim, a versão em português da EARSS apresenta a seguinte divisão:

Escala de Saúde:

Interesse em Saúde Geral, que aborda o interesse por comer alimentos saudáveis - questões 1 a 8;

Interesse em Produtos Light, que avalia o interesse em consumir alimentos pouco calóricos - questões 9 a 14;

Interesse em Produtos Naturais, que avalia o interesse em consumir alimentos que não contenham aditivos e não sejam processados – questões 15 a 20.

Escala de Sabor:

Desejo pessoal por Alimentos Doces, que aborda o desejo por comer alimentos doces - questões 1 a 3;

Desejo dos outros por Alimentos Doces, que avalia a opinião pessoal em relação ao desejo de outras pessoas por alimentos doces - questões 4 a 6;

Uso da Comida como Recompensa, que leva em consideração o uso da comida como recompensa – questões 7 a 12;

Prazer, cujas questões avaliam o uso da comida como meio de obter prazer – questões 13 a 18.

3.7. COLETA DOS DADOS

A coleta de dados com as universitárias foi realizada em sala de aula pela pesquisadora responsável com o auxílio de seis nutricionistas e quatro estudantes de graduação em Nutrição treinadas previamente para a realização de medidas antropométricas e preenchimento dos instrumentos. Após apresentação dos objetivos da pesquisa, aquelas

estudantes que consentiram em participar recebiam um conjunto com os instrumentos enquanto que a pesquisadora responsável explicava a forma de preenchimento de cada um dos instrumentos.

Enquanto respondiam a EARSS e o EAT-26, as alunas eram chamadas individualmente para a aferição do peso e da estatura e para responder a Escala de Silhuetas Brasileiras.

A coleta de dados com as pacientes foi realizada pela pesquisadora responsável individualmente com cada paciente conforme a notificação dos serviços em relação à entrada de novas pacientes.

3.8. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0 (SPSS, Chicago, IL, USA). Para todas as análises foi adotado um nível de significância de $p \leq 0,05$.

A idade, estado nutricional, escores das subescalas e escalas da EARSS, insatisfação e percepção corporal estão apresentados como média e desvio padrão para a variabilidade, além de valores mínimos e máximos para os escores da EARSS.

A comparação da frequência de categorias do estado nutricional entre universitárias com e sem risco para TA e entre universitárias sem risco para TA e pacientes; tipo de tratamento entre as pacientes de acordo com diagnóstico e estado nutricional foi feita por meio do teste de Fischer.

A diferença entre IMC e idade para pacientes e universitárias foi testada por meio de uma análise de variância (ANOVA).

Foi utilizada análise de covariância (ANCOVA) para comparar as médias das subescalas e escalas da EARSS entre universitárias com e sem risco para TA e entre universitárias sem risco para TA e pacientes, utilizando como covariáveis a idade e o estado nutricional.

A correlação entre a insatisfação e percepção corporal com as variáveis idade, estado nutricional, e subescalas e escalas da EARSS foi realizada por meio do coeficiente de correlação de Pearson.

3.9. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (protocolo: 2279/2011) (Anexo 5) e obteve-se a autorização do AMBULIM - IPq-HC-FMUSP (Anexo 6), do PROATA-UNIFESP (Anexo

7), do GETA-UNICAMP (Anexo 8) e do GRATA-HC-FMRP-USP (Anexo 9) para a coleta de dados.

Todas as participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) após serem informadas dos propósitos da pesquisa (Anexo 10).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 MANUSCRITO 1

O artigo intitulado “Adaptação transcultural e validação para o Português da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor da Health and Taste Attitude Scale (HTAS)” foi aceito para publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva e corresponde ao primeiro manuscrito dessa dissertação.

Adaptação transcultural e validação para o Português da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor da Health and Taste Attitude Scale (HTAS)

Transcultural adaptation and validation to Portuguese of Taste Attitude Scale of Health and Taste Attitude Scale (HTAS)

Adaptación transcultural y validación para o portugués de la Escala de Actitudes Hacia el Sabor de la Health and Taste Attitude Scale (HTAS)

Priscila Koritar, Sonia Tucunduva Philippi, Marle dos Santos Alvarenga, Bernardo dos Santos

RESUMO

O objetivo do estudo foi apresentar a adaptação transcultural e validação da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor da *Health and Taste Attitude Scale* para o Português. A metodologia contou com a tradução da escala; avaliação da equivalência conceitual, operacional e de item - por 14 experts e 51 universitárias; avaliação da equivalência semântica e mensuração - por 12 mulheres bilíngues por meio do teste *t* pareado, do coeficiente de correlação de Pearson e coeficiente de correlação intraclass; avaliação da

consistência interna e confiabilidade teste-reteste por meio do Alpha de Cronbach e do Coeficiente de Correlação Intraclass, respectivamente - após aplicação em 216 universitárias; avaliação da validade discriminante e concorrente, por meio do teste T e do Coeficiente de Correlação de Spearman, respectivamente; além de Análise Fatorial Confirmatória e Análise Fatorial Exploratória. A escala foi considerada adequada e de fácil compreensão pelos experts e universitárias e apresentou boa consistência interna e confiabilidade (α 0,86; CCI 0,84). Os resultados apontam que a escala é válida e pode ser utilizada em estudos com mulheres para entender melhor as atitudes em relação ao sabor.

Palavras-Chave: tradução, estudos de validação, questionários, consumo alimentar, sabor

ABSTRACT

The aim of the study was show the cross-cultural adaptation and validation of the Taste Attitude Scale of the “Health and Taste Attitude Scale” to Portuguese. The methodology included the translation of the scale; evaluation of conceptual equivalence, operational and item by 14 experts and 51 undergraduates; semantic equivalence assessment and measurement by 12 women bilingual by the paired *t* test, the Pearson correlation coefficient and the coefficient intraclass correlation; internal consistency and test-retest reliability respectively by Cronbach's alpha and intraclass correlation coefficient after application at

216 undergraduates; assessment of discriminant validity and concurrent through T test and Spearman correlation coefficient, respectively, in addition to Confirmatory Factor Analysis and Exploratory Factor Analysis. The scale was considered adequate and easily understood by experts and university and showed good internal consistency and reliability (α 0.86, ICC 0.84). The results show that the scale is valid and can be used in studies with women to better understand the attitudes with taste.

Keywords: translating, validation studies, questionnaires, food consumption, taste

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue la adaptación transcultural y validación de la Escala de actitudes hacia el sabor de la escala de actitudes a la salud y el sabor por los portugueses. La metodología consistió en la traducción de la escala, la evaluación de la equivalencia conceptual, operativa y unidad - para 14 y 51 expertos del mundo académico; equivalencia semántica y medición - de 12 mujeres bilingües por la prueba t de Student, el coeficiente de correlación de Pearson y coeficiente de correlación intraclass; la consistencia interna y fiabilidad test-retest mediante el alfa de Cronbach y el coeficiente de correlación intraclass, respectivamente - después de la aplicación en 216 universidades; evaluación de la validez discriminante y concurrente mediante test T y el coeficiente de correlación de Spearman,

respectivamente, además de análisis factorial confirmatorio y el análisis factorial exploratorio. La escala se consideró apropiado y de fácil comprensión por los expertos y universitarios y ha demostrado una buena consistencia interna y fiabilidad (α 0,86; ICC 0,85). Los resultados indican que la escala es válida y puede ser utilizado en estudios con mujeres para entender mejor las actitudes hacia el sabor.

INTRODUÇÃO

As preocupações com a saúde e o sabor são fatores centrais nas escolhas alimentares^{1,2,3}; sendo que o sabor é um determinante de escolha alimentar relacionado aos alimentos (assim como variedade, valor nutritivo, aparência, preço e a higiene), e a saúde pode se relacionar tanto ao alimento, como ao comedor, por suas implicações socioculturais, antropológicos e biopsicossociais^{1,4,5}.

O prazer obtido pelas características sensoriais dos alimentos está entre os principais fatores de escolha alimentar⁶, sendo que um alimento provavelmente não será comprado ou consumido se não parecer saboroso ou com um odor agradável e característico, com boa aparência ou textura, independentemente da situação econômica ou da disponibilidade do mesmo^{6,7}.

O que as pessoas pensam e acreditam sobre alimentação e nutrição - somada à importância do sabor - tem importante papel na promoção de hábitos alimentares saudáveis^{6,8,9,10} e compreender aspectos relacionados às escolhas alimentares pode ajudar a reduzir o abismo existente entre as recomendações nutricionais e o consumo alimentar^{3,11}.

No contexto do Brasil, embora haja estudos que avaliem o que as pessoas comprem e consomem^{12,13}, poucos são voltados para buscar entender porque as pessoas comem o que comem, e quais são as atitudes alimentares relacionadas à escolha dos alimentos¹⁴ – atitudes entendidas como crenças, pensamentos, sentimentos e comportamentos e relacionamento para com os alimentos¹⁵.

Não existe uma metodologia padronizada para a avaliação das atitudes e dos determinantes de escolhas alimentares. Instrumentos voltados especificamente para avaliação de escolhas alimentares não foram desenvolvidos no Brasil. Dentre as escalas com foco em avaliação de atitudes relacionadas à escolha alimentar, a *Health and Taste Attitude Scale* (HTAS) – Escala de Atitudes em Relação à Saúde e ao Sabor (EARSS) foi desenvolvida na Finlândia com o objetivo de avaliar a importância dos aspectos de saúde e sabor dos alimentos¹⁶. A EARSS é dividida em Escala de Atitudes em Relação à Saúde e Escala de Atitudes em Relação ao Sabor, sendo a primeira formada pelas subescalas: Interesse em Saúde Geral; Interesse em Produtos Lights; e Interesse em Produtos Naturais; e a segunda, pelas subescalas: Desejo por Alimentos Doces; Uso da Comida como Recompensa; e Prazer¹⁶.

A Escala foi desenvolvida e avaliada por meio de análise fatorial exploratória e da consistência interna. O instrumento autoaplicável foi validado na Finlândia para indivíduos entre 18 e 81 anos de ambos os sexos e possui 38 perguntas pontuadas em Escala Likert de sete pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, e foi utilizado em estudos transnacionais na Europa. Alta pontuação na Escala de Saúde indica alto grau de interesse por alimentos saudáveis, produtos lights e produtos naturais; e alta pontuação na Escala de Sabor indica alto nível de desejo por alimentos doces, uso de alimentos como recompensa e busca de prazer pela comida. Desta forma, a Escala de Saúde é boa preditora de atitudes voltadas à saúde e não ao sabor, enquanto que a Escala de Sabor é boa preditora de atitudes voltadas ao sabor e prazer e não à saúde¹⁶.

A Escala de Saúde da EARSS foi traduzida para a língua portuguesa por SOARES et al. (2006)¹⁷ tendo sido encontrada equivalência de conceito e de escala para os pares de cada item (versão em Inglês e em Português), avaliada por meio do teste *t* e do coeficiente de

correlação de Pearson. O presente estudo objetivou apresentar a adaptação transcultural e validação da Escala de Sabor da EARSS para utilização em estudos no Brasil.

MÉTODOS

O processo de adaptação transcultural baseou-se nos procedimentos sugeridos por REICHENHEIM e MORAES (2007)¹⁸ para obtenção da equivalência conceitual, de itens, semântica, operacional e de mensuração. Os autores da HTAS autorizaram o seu uso para este processo.

Um cálculo amostral de 90 indivíduos foi definido para a validação da Escala de Sabor – 5 indivíduos para cada item do instrumento¹⁹. Optou-se por validar o instrumento inicialmente para a população feminina, pois sabe-se que mulheres jovens apresentam mais problemas em relação às atitudes alimentares, podendo inclusive, levar ao desenvolvimento e manutenção de transtornos alimentares^{14,15}.

Dessa forma, para a participação no pré-teste estudantes de graduação em Nutrição do sexo feminino, entre 18 e 40 anos de idade, foram convidadas, pois o objetivo era uma visão crítica em relação ao conteúdo nutricional e compreensão da escala. Para etapa de equivalência de mensuração os critérios de inclusão foram: sexo feminino, idade entre 18 e 40 anos, estar matriculada em curso de graduação da Universidade de São Paulo. Foram

contactados e responderam ao pedido de parceria em pesquisa os cursos de Medicina, Enfermagem, Pedagogia, Educação Física e Saúde Pública; sendo solicitado ao professor de contato, a indicação de uma turma para que a coleta fosse realizada. O critério de exclusão foi cursar ou ter formação em Nutrição, porque alguns trabalhos apontam atitudes alimentares disfuncionais nesta população¹⁵.

Inicialmente, as 18 questões da versão original da Escala de Sabor foram traduzidas do Inglês para o Português separadamente por dois indivíduos bilíngues com fluência falada e escrita em Português-Inglês para obtenção da equivalência semântica, conceitual e de itens.

As duas versões em Português foram então analisadas e comparadas por três nutricionistas que trabalham em pesquisas com atitudes alimentares, sugerindo modificações e definindo uma versão única (versão 1), com o objetivo de adaptar o conteúdo à cultura brasileira mantendo o significado e as ideias originais.

A versão 1 foi submetida à 14 *experts* em alimentação e atitude alimentar com domínio do Inglês e do Português (11 nutricionistas, 2 psiquiatras, 1 psicóloga) juntamente com a versão original em Inglês e as duas versões traduzidas pelos bilíngues - a fim de avaliar a equivalência conceitual, de itens e semântica. Todos *experts* eram do gênero feminino, por absoluta coincidência.

Após análise das opiniões dos *experts*, foram realizadas as modificações necessárias dando origem a uma nova versão em Português (versão 2), que foi aplicada a 51 estudantes do curso de graduação em Nutrição, em sala de aula, para avaliar possíveis dificuldades com o conteúdo e resposta ao instrumento.

Para obtenção da equivalência operacional, a versão 2 foi apresentada aos *experts* (n= 10 responderam) em 4 diferentes formatos de aplicação: a) tabela com as opções de resposta descritas; b) opções de resposta descritas abaixo de cada questão; c) seta com opções de resposta em número abaixo de cada questão; e d) seta com opções de resposta abaixo de cada questão

Para a avaliação da equivalência semântica e de mensuração, 12 jovens bilíngues foram convidadas a responder a versão 2 e a versão original em Inglês da Escala de Sabor de forma *online* no site seguro “*surveymonkey*”. Os participantes foram divididos aleatoriamente em dois grupos: um deles, respondeu primeiro a versão 2 na língua Portuguesa, e após intervalo de no mínimo cinco dias, respondeu a versão em Inglês. O outro grupo respondeu primeiro a versão em Inglês e, posteriormente, em Português. Todos bilíngues eram do gênero feminino, também por coincidência. Após análise das respostas das bilíngues à versão 2 e a versão original, discutiu-se algumas questões com 3 das bilíngues e com 10 *experts*. Foram realizadas modificações em 2 expressões, dando origem à versão final.

Para finalizar a equivalência conceitual e semântica, a versão final foi retrotraduzida para o Inglês por um indivíduo bilíngue com fluência falada e escrita em Português-Inglês que não havia participado das etapas anteriores de adaptação transcultural. A retrotradução e a versão final foram enviadas aos autores do instrumento para que se avaliasse se o sentido e as ideias da Escala de Sabor estavam contemplados na versão adaptada para o Português.

Para avaliação da equivalência de mensuração, foram avaliadas: a consistência interna, a validade discriminante e concorrente, a confiabilidade teste-reteste, a análise fatorial exploratória e confirmatória. Para tanto, a escala foi aplicada numa amostra de estudantes de graduação da Universidade de São Paulo, do gênero feminino. Foram contatados cursos

compostos majoritariamente por mulheres excluindo-se o curso de Nutrição. Responderam positivamente ao pedido dentro do período estipulado para a coleta os cursos de Medicina, Enfermagem, Pedagogia, Educação Física e Saúde Pública. Para estes foi solicitada a indicação de uma turma para que a coleta fosse realizada. Após a apresentação dos objetivos da pesquisa, universitárias com idade entre 18 e 40 anos que consentiram a participação responderam ao instrumento (Escala de Sabor) e podiam escolher um brinde por participar da pesquisa (uma maçã ou um chocolate). Por não haver instrumentos validados na língua Portuguesa que possam ser considerados padrão ouro nesta temática, a validade discriminante foi analisada comparando-se a média nas subescalas de acordo com a escolha do brinde por participar da pesquisa. Esperava-se que, universitárias que referem atitudes alimentares mais voltadas para o sabor escolhessem como brinde o chocolate.

Seguindo a mesma lógica, a validade concorrente foi avaliada pela correlação das subescalas da Escala de Sabor com o Índice de Massa Corporal (IMC) das universitárias. Era esperado que aquelas com atitudes alimentares mais voltadas à saúde tivessem um peso mais adequado (mesmo considerando-se obviamente que não se pode esperar que todos os indivíduos que tenham atitudes voltadas ao sabor e prazer tenham um mesmo perfil de estado nutricional).

Para avaliar a confiabilidade teste-reteste do instrumento, todas universitárias que participaram da avaliação foram convidadas a responder novamente a Escala de Sabor de forma *online* no site seguro “surveymonkey” após 21 dias da primeira coleta em média.

Análise fatorial confirmatória foi realizada para verificar se os construtos teóricos da versão original (como os itens da escala se agrupam em fatores) são válidos nesta amostra e a

análise fatorial exploratória foi realizada para conhecer como os itens da Escala de Sabor se agrupam em fatores e se comportam em relação ao construto.

A análise estatística foi realizada utilizando o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 14.0¹⁹. Para todas as análises foi adotado um nível de significância de $p \leq 0,05$. A equivalência semântica (versões Inglês e Português) foi avaliada pelo teste t pareado, pelo coeficiente de correlação de Pearson (r) e pelo coeficiente de correlação intraclasse (CCI). A consistência interna foi avaliada por meio do Alpha de Cronbach, a confiabilidade teste-reteste pelo CCI, a validade discriminante pelo teste t , a validade concorrente pelo coeficiente de correlação de Spearman. A análise fatorial exploratória foi feita com extração por eixos principais e rotação varimax¹⁹ e para a análise fatorial confirmatória foi ajustada pelo método da máxima verossimilhança por meio do programa AMOS 16.0²⁰.

As universitárias que participaram da equivalência de mensuração preencheram termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (protocolo: 2279/2011).

RESULTADOS

Na equivalência semântica, conceitual e de itens, após a análise dos *experts* da versão original em Inglês, da versão 1 em Português e das duas traduções foram sugeridas substituições de algumas palavras e adaptações de algumas expressões para obtenção da versão 2 da Escala de Sabor. As modificações realizadas nas questões de acordo com a opinião dos *experts* podem ser visualizadas na tabela 1.

Tabela 1: Modificações realizadas na versão em Português da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor de acordo com a opinião dos *experts* (n=14).

Modificações	Número de questões nas quais a palavra/ expressão aparece	
		% de Experts*
Substituição de "deliciosas" por "gostosas"	4	21,4
Substituição de "realmente deliciosa" por "bem gostosa"	1	21,4
Substituição de "possa" por "deva"	1	35,7
Substituição de "muita vontade" por "vontade incontrolável"	6	28,6
Substituição de "algo saboroso" por "algo bem gostoso para comer"	1	21,4
Substituição de "se confortar comendo" por "usar a comida para se confortar"	1	7,1
Sem alteração	4	100,0

* percentual dos experts que sugeririam/concordaram com a alteração

Na aplicação da versão 2 para os estudantes de nutrição, 67% consideraram que o instrumento era de fácil compreensão; 6% referiram dificuldade para responder as questões formuladas de forma negativa (ex: "Eu não acredito que a comida deva ser sempre uma

fonte de prazer”), 8% relataram dificuldade com o grande número de opções de resposta por questão, e 8% acharam as questões de 1 a 3 e de 4 a 6 um pouco repetitivas - apontando que em “doces” já estavam inclusos “chocolate” e “sorvete”.

Para a definição do formato de aplicação do instrumento, o formato em tabela com as alternativas descritas foi o preferido por 80% dos *experts*. Além disto, eles apontaram que as 7 opções (discordo totalmente; discordo; discordo parcialmente; não discordo nem concordo; concordo parcialmente; concordo; concordo totalmente) dificultavam a resposta ao instrumento – especialmente pela diferença sutil entre discordar/concordar e discordar/concordar parcialmente. Desta forma foram sugeridas e adotadas 5 opções de resposta: discordo totalmente; discordo; não discordo nem concordo; concordo; concordo totalmente – excluindo-se as opções discordo parcialmente e concordo parcialmente.

A tabela 2 apresenta os resultados do teste *t* pareado, do coeficiente de correlação de Pearson e do CCI utilizados para verificar a equivalência conceitual, semântica e de itens para os pares de cada questão em Português e Inglês e para as subescalas da Escala de Sabor. A comparação das respostas à versão 2 em Português e em Inglês analisadas por subescalas, apontou diferença para subescala “desejo por alimentos doces”, com um CCI próximo a 1. A comparação das respostas em Inglês e à versão 2 em Português pelas 12 jovens bilíngues para a equivalência de mensuração apontou que não houve diferença significativa para a maioria das questões ($p>0,05$), exceto para as de número 1 e 8.

Tabela 2: Comparação das respostas das bilíngues (n=12) as subescalas e as questões da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor em Inglês e Português

Subescalas	Inglês Média (dp)	Português Média (dp)	Correlação (r)	Valor-p	CCI*	Questão	Inglês Média (dp)	Português Média (dp)	Correlação (r)	Valor-p	CCI*
Desejo por Alimentos Doce	31,833 (6,548)	29,833 (6,753)	0,889	0,049	0,856	Q1	5,000 (1,809)	4,167 (1,946)	0,852	0,017	0,774
						Q2	4,833 (1,946)	4,167 (2,038)	0,604	0,220	0,585
						Q3	3,500 (2,067)	3,167 (1,749)	0,93	0,166	0,909
						Q4	6,167 (1,193)	6,167 (1,193)	0,872	1,000	0,882
						Q5	6,250 (1,055)	6,167 (1,337)	0,87	0,674	0,856
						Q6	6,083 (1,165)	6,000 (1,348)	0,579	0,809	0,6
Uso da Comida como Recompensa	24,000 (8,790)	26,000 (6,889)	0,928	0,074	0,879	Q7	3,583 (1,881)	3,417 (1,832)	0,846	0,586	0,854
						Q8	4,000 (1,954)	6,000 (0,953)	-0,39	0,018	-0,494
						Q9	3,333 (1,775)	3,333 (1,723)	0,911	1,000	0,918
						Q10	3,750 (2,340)	3,083 (1,975)	0,713	0,194	0,684
						Q11	4,583 (2,021)	4,333 (2,309)	0,851	0,491	0,849
						Q12	4,750 (2,006)	5,833 (1,528)	0,549	0,053	0,426
Prazer	32,583 (6,598)	33,000 (6,592)	0,947	0,516	0,949	Q13	4,667 (2,309)	4,833 (2,209)	0,933	0,504	0,935
						Q14	6,500 (0,905)	6,500 (0,798)	0,756	1,000	0,768
						Q15	6,000 (1,537)	6,167 (1,586)	0,969	0,166	0,966
						Q16	5,167 (1,749)	5,417 (1,730)	0,786	0,463	0,793
						Q17	5,583 (2,021)	5,250 (2,094)	0,865	0,305	0,862
						Q18	4,667 (2,015)	4,833 (2,167)	0,881	0,586	0,885

A versão final em Português, aprovada pelos autores do instrumento em sua retrotradução, está no Quadro 1.

Quadro 1. Escala de Atitudes em Relação ao Sabor – versão em Português

Instruções: Responda cada um dos itens abaixo marcando um X na coluna que melhor se aplicar:					
	Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente
1)Eu frequentemente tenho muita vontade (fissura) de comer chocolate.					
2)Eu frequentemente tenho muita vontade (fissura) de comer doces.					
3)Eu frequentemente tenho muita vontade (fissura) de comer sorvete.					
4)Na minha opinião, é estranho que algumas pessoas tenham muita vontade (fissura) de comer chocolate.					
5)Na minha opinião, é estranho que algumas pessoas tenham muita vontade (fissura) de comer doces.					
6)Na minha opinião, é estranho que algumas pessoas tenham muita vontade (fissura) de comer sorvete.					
7)Eu me recompenso comprando algo bem gostoso para comer.					
8)Eu me dou ao luxo de comprar algo realmente delicioso para comer.					
9)Quando estou me sentindo "pra baixo" eu quero me animar com algo bem gostoso para comer.					
10)Eu evito me recompensar com comida.					
11)Na minha opinião, usar a comida para se confortar é se iludir.					
12)Eu tento evitar comer comidas gostosas, quando estou me sentindo "pra baixo".					
13)Eu não acredito que a comida deva ser sempre uma fonte de prazer.					
14)A aparência da comida não faz diferença pra mim.					
15)Para mim é importante comer comidas gostosas tanto durante a semana como nos finais de semana.					
16)Quando como, eu me concentro em aproveitar o sabor da comida.					
17)Eu termino minha refeição mesmo quando eu não gosto do sabor da comida.					
18)Uma parte essencial do meu final de semana é comer comidas gostosas.					

Com relação às universitárias que participaram da avaliação da equivalência de mensuração ($n=216$); a média de idade foi 22,01 anos (DP 3,66), e o IMC médio foi de 22,48 kg/m² (DP 3,59). Do total, 86 universitárias (39,81%) responderam ao reteste.

O escore médio no teste foi de 56,2 (DP 10,79), e no reteste 60,8 (DP 11,07). O CCI entre as medidas foi de 0,85.

Com a análise fatorial confirmatória, encontrou-se um *Comparative Fit Index* (CFI) de 0,824 e *Root Mean Squared Error Approximation* (RMSEA) de 0,103, justificando uma análise fatorial exploratória, que indicou a divisão da subescala “Desejo por alimentos doces” em duas subescalas “Desejo pessoal por doces” e “Desejo dos outros por doces”. Após nova análise fatorial confirmatória, obteve-se CFI de 0,907 e RMSEA de 0,076.

O α de Cronbach e o CCI entre o teste e o reteste encontrado para cada uma das subescalas assim como a média nas subescalas de acordo com a escolha do brinde e a correlação das subescalas com o IMC estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3: Resumo das evidências da validade e confiabilidade das subescalas da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor

Análises	Parâmetro	Desejo pessoal por doces	Desejo dos outros por doces	Uso da comida como recompensa	Prazer
Consistência interna	α de Cronbach	0,83	0,94	0,83	0,35
Confiabilidade teste reteste	CCI	0,79	0,64	0,79	0,59
Validade discriminante					
Maça	média (DP)	9,20 (3,27)	11,14 (3,14)	20,97 (4,62)	21,10 (3,1)
Chocolate		9,82 (2,88)	11,50 (2,83)	18,90 (4,87)	20,94 (2,94)
		p	0,161	0,407	0,003
Validade concorrente	Coeficiente Correlação Spearman	0,069	0,039	-0,021	-0,097
IMC	p	0,310	0,567	0,762	0,157

Na validade discriminante, apenas a subescala “Uso da comida como recompensa” foi capaz de discriminar entre os grupos (que escolheram maça ou chocolate), enquanto que na validade concorrente, não foi encontrada relação entre IMC com as subescalas. A consistência interna e o CCI para a escala de Sabor como um todo foram, respectivamente, 0,86 e 0,84.

DISCUSSÃO

A adaptação transcultural da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor foi realizada com bons resultados e a validade da mesma para população jovem feminina foi atestada pelas análises realizadas.

Com relação à equivalência semântica, conceitual e de itens, após a primeira avaliação dos *experts*, 4 das 18 questões foram aprovadas da maneira como foram traduzidas. Para todas as demais, as sugestões de alteração de termos e expressões foram consideradas, revistas com os bilíngues e discutidas. Esta rediscussão e redefinição de termos ocorreram em função de expressões não facilmente traduzidas para o Português – como *indulge*, e por termos similares que podem transmitir diferentes conotações – como gostoso *versus* delicioso, poder *versus* dever. Estas alterações são parte comum do processo de adaptação garantindo adequação á cultura brasileira e manutenção da ideia original.

O pré-teste com estudantes de nutrição apontou não haver dificuldade de compreensão e preenchimento. A dificuldade apontada por algumas acadêmicas com relação às questões formuladas de forma negativa, provavelmente reflete falta de familiarização com este tipo de pergunta; e tal alteração não poderia ser feita uma vez que, formular questões em sentença negativa é um artifício utilizado no desenvolvimento de escalas para garantir que os participantes mantenham-se atentos às questões²¹. Quanto à observação de que chocolate e sorvete são ambos os tipos de doces e não precisariam estar repetidos; a proposta do instrumento original é avaliar de maneira separada cada um deles, uma vez que algumas pessoas apresentam vontade muito específica de um ou outro, fazendo com que a diferença entre eles possa ser importante¹⁶.

A apresentação do instrumento em tabela foi considerada o formato de aplicação mais adequado por ser mais claro, compacto, de melhor visualização das questões e das opções de resposta. A adoção de 5 opções de resposta também foi considerada

um facilitador na avaliação. Estas alterações são consideradas válidas e possíveis em um processo de equivalência operacional de instrumentos¹⁸.

Com relação à equivalência de mensuração, observou-se que as respostas das bilíngues à versão 2 em Português e à versão em Inglês foram similares com exceção das questões 1 e 8 - e que as questões 2, 6 e 12 apresentaram coeficientes de correlação moderados, orientando novas revisões de linguagem na adaptação. A questão 1 (bem como as demais que utilizam o termo *craving* em Inglês - 1 a 6) tiveram a substituição da expressão “uma vontade incontrolável” por “muita vontade”. Após debate com os *experts*, concluiu-se que apesar de *craving* não ter uma tradução exata para o Português, essa palavra pode ser entendida como uma vontade muito grande, uma “fissura”, mas não uma vontade que não pode ser controlada (como aquela que pacientes com compulsão alimentar relatam sentir durante os episódios de compulsão)²².

Na questão 12, a revisão levou a adoção de um termo mais comum ao Português "pra baixo" em substituição a *feeling down*, utilizado na versão em Inglês.

A diferença de resposta de três bilíngues na questão 8 em Português e Inglês, levou a discussão sobre a compreensão da mesma. Dois bilíngues afirmaram que se confundiram com as opções de resposta e outro referiu entender de maneira diferente esta questão nos dois idiomas, sugerindo uma nova versão: “Eu me dou ao luxo de comprar algo bem gostoso para comer” no lugar de “Eu me permito comprar algo bem gostoso para comer”. Uma discussão sobre a compreensão e possível equivalente em Português para o termo “*indulge*” foi realizada com os *experts* e a sugestão do bilíngue foi aceita.

A versão com as questões 1 e 8 modificadas foram reapresentadas para 10 *experts*, que responderam acreditar que as novas opções traduziam mais fielmente a ideia da questão original em Inglês, e que não eram muito informais ou impeditivos para uso numa escala. A nova versão sugerida foi preferida pela maioria (n=8), e apenas uma nova sugestão emergiu: substituir na questão 8 “algo bem gostoso” por “algo realmente delicioso”; considerou-se que “delicioso” teria um sentido que vai além do de “gostoso”, que pode expressar uma indulgência, um prazer do qual muitos se privam regularmente e que carrega uma carga de “proibido de tão delicioso”.

As modificações não foram reapresentadas aos bilíngues porque seria um viés de resposta: uma vez que as alterações foram discutidas com eles, que já conheciam as 2 versões do instrumento. Portanto, as correlações e coeficientes não foram reanalisados.

As respostas dos bilíngues às versões em Português e Inglês analisadas como subescalas se mostraram adequadas. A diferença estatística encontrada para subescala “Desejo por alimentos doces” foi considerada de menor importância uma vez que o CCI ficou próximo de 1. Além disto, na validação da Escala de Saúde da HTAS também foi encontrada diferença estatística entre a versão na língua Portuguesa e Inglesa para 4 das 20 questões, mas não se considerou este resultado um empecilho para validação e confiabilidade da escala¹⁷.

A versão retrotraduzida foi aprovada pelos autores da HTAS. As análises de validade visaram garantir que a Escala de Sabor seja adequada para utilização no Brasil, e encontrou-se boa consistência interna e confiabilidade teste reteste.

Quando analisadas separadamente por subescalas, observou-se que a consistência interna da subescala de “Prazer” foi insatisfatória. Revisando o estudo de desenvolvimento da HTAS esta subescala apresentou pior consistência interna quando comparada as demais (0,67)¹⁶; e o mesmo aconteceu no estudo transnacional com países da Europa (0,65)². Assim, isoladamente a subescala de “Prazer” não foi considerada boa preditora de atitudes voltadas ao sabor e prazer e não à saúde - como as demais subescalas da Escala de Sabor^{2,16}.

De qualquer forma, o valor obtido no presente estudo é inferior ao mencionados acima (0,67 e 0,65). Os estudos de validação e o transnacional foram realizados com indivíduos de ambos os gêneros^{2,16} e com maior amplitude de idade (entre 18 e 81 anos¹⁶ e 18 e 75 anos², respectivamente). Pode-se questionar se a subescala de “Prazer” tem consistência menor quando aplicada apenas em mulheres jovens; ou esta amostra em particular tem perfil diferente de resposta - mas tal colocação carece de comprovação e, portanto, sugere-se que a versão em Português seja avaliada com diferentes grupos quanto a sua validade. Novas avaliações podem elucidar se há uma questão de aplicação em diferentes populações ou de estrutura da escala.

Com relação à confiabilidade teste reteste, o CCI das subescalas “Desejo pessoal por doces” e “Uso da comida como recompensa” foram bons, enquanto das subescalas “Desejo dos outros por doces” e “Prazer” foram medianos. Tal resultado com relação à escala de Prazer tem consonância com sua menor consistência interna; e para a subescala “Desejo dos outros por doces”, tal achado pode se relacionar ao fato de se ter definido esta subescala na análise fatorial exploratória do presente trabalho – ela não existia na escala original. De qualquer forma, a consistência interna e o CCI teste

reteste da escala de Sabor como um todo foram excelentes atestando a estabilidade das respostas no tempo e a confiabilidade teste reteste da escala.

Uma tentativa de análise fatorial exploratória subdividindo as questões da subescala de “Prazer” foi realizada (dados não apresentados), mas não houve melhora da consistência interna. Dada a consistência da Escala de Sabor como um todo, considera-se que a mesma pode ser utilizada em estudos no Brasil, com cuidado e maior crítica na interpretação dos resultados obtidos com a subescala de “Prazer”.

Em relação à validade discriminante e concorrente da Escala de Sabor cabe destacar que, como primeiro instrumento nesta temática na língua Portuguesa, não existe instrumentos que possam ser considerados padrão ouro para as comparações. Na validade discriminante, houve a tentativa de relacionar a resposta ao instrumento com a escolha de um brinde mais voltado ao sabor ou a saúde. Participar de uma pesquisa poderia ter sido considerado por algumas universitárias como algo que necessite de recompensa, mas não algo relacionado necessariamente ao desejo por alimentos doces ou a obtenção de prazer pelo consumo do brinde. Nessa população, a relação entre o brinde e a resposta à Escala de Sabor foi comprovada apenas na subescala “Uso da comida como recompensa”, sendo possível discriminar entre as universitárias que escolheram maçã ou chocolate, com pontuação maior entre aquelas que escolheram maçã. Entretanto, pode-se conjecturar que estas universitárias tenham se sentido sugestionadas a escolher como brinde a maçã por se tratar de uma pesquisa com foco em nutrição e por saberem que a responsável presente era um nutricionista²³.

Na validade concorrente, uma relação positiva entre IMC e a subescala “Desejo por alimentos doces” poderia ser esperada caso o indivíduo que tenha muita vontade de comer doces, consumisse doces em excesso²⁴. Os mecanismos de uso da comida como recompensa ainda são pouco conhecidos; sabe-se que o sistema de recompensa cerebral trabalha de modo conjunto com os hormônios que regulam o balanço energético e que pode estar relacionado ao baixo ou alto consumo alimentar²⁵, o que poderia levar aos dois extremos de peso. Do mesmo modo, não se pode esperar que os indivíduos que levam em conta a aparência e se concentram em aproveitar o sabor da comida ao se alimentarem (como avaliado pela escala “Prazer”) tenham um peso maior ou menor. Não houve relação entre o IMC e a resposta das universitárias nas subescalas. Tal resultado pode apontar a fragilidade desta análise concorrente, mas também a questão do consumo de doces e consequente ganho de peso (que obviamente é muito mais complexa do que isto) e os mecanismos de recompensa.

Os índices de qualidade de ajuste (CFI e RMSEA) encontrados na primeira análise fatorial confirmatória estavam limítrofes ao adequado; CFI acima de 0,9 e RMSEA abaixo de 0,1 são indicados². Assim, foi realizada uma análise fatorial exploratória para avaliar se a divisão da Escala de Sabor se mantinha da mesma forma que a versão original, sendo sugerido o fracionamento de “Desejo por alimentos doces” nas subescalas “Desejo pessoal por doces” e “Desejo dos outros por doces”. Após a segunda análise fatorial confirmatória com a divisão da Escala de Sabor em quatro subescalas, como sugerido pela análise fatorial exploratória, obtiveram-se índices de qualidade de ajuste adequados (CFI de 0,907 e RMSEA de 0,076) indicando adequação dos construtos teóricos na versão em Português para esta população.

Frente a estes achados, o processo de adaptação transcultural da Escala de Sabor foi considerado adequado e os resultados obtidos com a validação foram satisfatórios para duas das três subescalas de Atitudes em Relação ao Sabor.

Em função desta primeira análise de validade ter sido realizada apenas com mulheres universitárias e do uso de metodologias únicas para análise das validades discriminante e concorrente, deve-se considerar as limitações de interpretação de resultados. De qualquer forma, conclui-se que, como único instrumento nesta temática disponível na língua portuguesa, a Escala de Atitudes em Relação ao Sabor pode ser considerada útil para aplicação em mulheres jovens com a possibilidade de auxiliar na compreensão da importância dos aspectos de sabor e do prazer no comer em estudos nacionais e transnacionais de consumo alimentar.

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

AGRADECIMENTO

As autoras agradecem ao apoio da FAPESP (proc. 2011/04464-6).

COLABORADORES

P. Koritar foi responsável pela elaboração do projeto, coleta e análise dos dados, redação e discussão do manuscrito. S. T. Philippi participou como orientadora do projeto e contribuiu para discussão e revisão do manuscrito. M. S. Alvarenga contribuiu com a elaboração do projeto, discussão e revisão do artigo. B. dos Santos contribuiu com análise estatística dos dados e discussão.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. 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.
3. U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services. Dietary Guidelines for Americans, 2010. 7th Edition, Washington, DC: U.S. Government Printing Office, December 2010.
4. Murcott A. Nutrition and inequalities: a note on sociological approaches. *Eur J Public Health*. 2002; 12:203-07.
5. Jomori MM, Proença RP da C, Calvo MCM. Determinantes de escolha alimentar. *Rev Nutrição*. 2008; 21:63-73.
6. Jacquier C, Bonthoux F, Baciou M, Ruffieux B. Improving the effectiveness of nutritional information policies: assessment of unconscious pleasure mechanisms involved in food-choice decisions. *Nutrition Reviews*. 2012;70:118–31.
7. Rozin P. Development in the food domain. *Dev Psychol*. 1990;26:555-62.
8. Aikman SN, Crites Jr, SL, Fabrigar LR. Beyond affect and cognition: identification of the informational bases of food attitudes. *J Appl Soc Psychol*. 2006;36:340-82.

9. Annett LE, Muralidharan V, Boxall PC, Cash SB, Wismer WV. Influence of health and environmental information on hedonic evaluation on organic and conventional bread. *J Food Sci.* 2008;73:50-7.
10. Sun YHC. Health concern, food choice motives, and attitudes toward healthy eating: the mediating role of food choice motives. *Appetite.* 2008;51:42-9.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Guia Alimentar Para a População Brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
12. 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.
13. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: aquisição alimentar domiciliar per capita; Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro. IBGE. 2010.
14. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Comparison of eating attitudes among university students from the five Brazilian regions. *Cien Saude Colet.* 2012;17:435-44.
15. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Development and Validity of the Disordered Eating Attitude Scale. *Percept Mot Skills.* 2010;110:379-95.
16. Roininen K, Lahteenmaki L, Tuorila H. Quantification of consumer attitudes to health and hedonic characteristics of food. *Appetite.* 1999;33:71-88.
17. Soares LLS, Deliza R, Gonçalves EB. Escalas atitudinais utilizadas em estudos de consumidor: tradução e validação para a língua portuguesa. *Alim Nutr.* 2006;17:51-64.
18. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública.* 2007;41:665-73.
19. SPSS Inc. SPSS for windows, version 14.0. Chicago, SPSS Inc, 2005.
20. Arbuckle JL. Amos (Version 16.0) [Computer Program]. Chicago: SPSS, 2007.
21. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 3^o ed. Oxford Press, NY, 2003.
22. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC, 1994.
23. Poulin JR, Proença RPC. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. *Rev Nutrição* 2003, 16(4): 365-386.
24. Murphy MM, Barraj LM, Bi X, Stettler N. Body weight status and cardiovascular risk factors in adults by frequency of candy consumption. *Nutr J.* 2013; 30:12:53.
25. Gahagan S. The development of Eating Behavior – Biology and Context. *J Dev Behav Pediatr.* 2012; 33:261-71.
26. Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. In: Bollen KA, Long JS. Testing structural equation models. Newbury Park: Sage. 1993, 136-162.

4.2 MANUSCRITO 2

O artigo intitulado “Atitudes para com a saúde, o sabor dos alimentos e imagem corporal entre mulheres jovens com e sem transtorno alimentar” será submetido à *Appetite* e corresponde ao segundo manuscrito dessa dissertação.

Atitudes em relação à saúde e sabor dos alimentos e imagem corporal entre mulheres

Attitudes regarding food health and taste and body image among women

Priscila Koritar, Sonia Tucunduva Philippi, Marle dos Santos Alvarenga

RESUMO

O sabor dos alimentos, as preocupações com a saúde e com a imagem corporal têm um papel importante na determinação das atitudes alimentares. Mulheres apresentam mais problemas em relação às atitudes alimentares e à imagem corporal, podendo inclusive, levar ao desenvolvimento e manutenção de transtornos alimentares. Objetivo: avaliar como as atitudes em relação ao sabor *versus* à saúde diferem entre mulheres jovens com transtornos alimentares e mulheres jovens de população não clínica e, a relação entre essas atitudes com a imagem corporal. Métodos: 216 universitárias e 30 mulheres em tratamento para TA (18-40 anos; 83,3% com diagnóstico de bulimia nervosa) responderam a Escala de Atitudes em Relação à Saúde e ao Sabor (EARSS) e a Escala de Silhuetas Brasileiras. O risco para TA entre as universitárias foi avaliado pelo Teste de Atitudes Alimentares – EAT-26. Os escores de universitárias e pacientes com TA na EARSS foram comparados por meio

de análise de covariância. A influência da satisfação e da percepção corporal nos escores da EARSS foi avaliada por meio do coeficiente de correlação de Pearson. Resultados: O comportamento de risco para TA foi identificado em 25,0% das universitárias, que não foram comparadas com as pacientes com TA. Universitárias tiveram uma pontuação maior na Escala de Sabor da EARSS quando comparadas às pacientes ($p=0,009$). Universitárias com risco de TA tiveram pontuação maior na Escala de Saúde ($p=0,022$) comparadas aquelas sem risco. Pacientes apresentaram maiores níveis de insatisfação corporal ($p<0,001$) e pior percepção corporal ($p=0,015$) que as estudantes. Em ambos os grupos, não houve correlação entre insatisfação e percepção corporal com atitudes mais voltadas à saúde ou ao sabor. Conclusão: Mulheres de população não clínica apresentaram atitudes mais voltadas ao sabor enquanto que aquelas com TA apresentaram atitudes mais voltadas à saúde, independente do grau de insatisfação e percepção corporal.

Palavras-Chave: saúde, sabor, prazer, imagem corporal, escolha alimentar, atitude, transtornos alimentares

ABSTRACT

The taste of food, health concerns and body image play an important role the determination of the eating attitudes. Women present more problems in relation to eating attitudes and body image, and may even lead to the development and maintenance of eating disorders - ED. Objective: To assess how attitudes towards

taste versus health differ between young women with eating disorders and young women from non-clinical population, and the relationship between these attitudes with their body image. Methods: 216 women university students and 30 women under treatment for ED (18-40 years; 83.3% had a diagnosis of bulimia nervosa) completed the Health and Taste Attitudes Scale (HTAS) and the Figure Rating Scales for Brazilian Adults. College students answered too Eating Attitudes Test - EAT-26. The scores of HTAS for college students and patients with ED were compared using a covariance analysis. The influence of body satisfaction scores in HTAS was assessed by Pearson coefficient correlation. Results: The risk behavior for TA was identified in 25.0% of the college students, who were not compared with patients. College students had a higher score on the Taste Scale of HTAS when compared to the patients ($p < 0.019$). College students with risk behavior for ED had a higher score on the Health Scale of HTAS when compared to college students without risk behavior for ED ($p = 0.022$). Patients had higher levels of body dissatisfaction ($p < 0.000$) and worse body perception ($p < 0.015$) than the students. In both groups, there was no correlation between body dissatisfaction and perceived attitudes more focused health or taste. Conclusion: Women of non-clinical population had attitudes more focused on taste while those with TA showed attitudes more geared towards health, regardless of the degree of dissatisfaction and body perception.

Keywords: health, taste, pleasure, body image, food choice, attitude, eating disorders

INTRODUÇÃO

As atitudes alimentares – que envolvem crenças, pensamentos, sentimentos e comportamentos para com os alimentos (Alvarenga et al., 2010), se relacionam às escolhas alimentares e podem ter impacto, portanto, no consumo alimentar, e na saúde como um todo (Rozin et al., 1999).

Dentre as diferentes atitudes e seus determinantes, estão aqueles relacionados aos alimentos: características sensoriais, preocupação com a saúde, conveniência e preço; e os relacionados ao consumidor: socioculturais, antropológicos e biopsicossociais (Roininen et al., 2001; Murcott, 2002; Steptoe et al., 2005; Pollan, 2006; Jomori et al., 2008).

O sabor dos alimentos é apontado como o principal determinante de escolha e consumo alimentar (Rozin, 1990; Hetherington e Rolls, 1996; Eertmans et al., 2001; Jacquier et al., 2012); mesmo assim, atualmente, o sabor tem uma relação conturbada e quase antitética com a saúde, pois se acredita que o que é gostoso não é saudável e engorda, e que os alimentos saudáveis não são gostosos (Jallinoja et al., 2010).

A preocupação com peso e corpo – englobada na imagem corporal – pode ter papel central nas atitudes alimentares, uma vez que o alimento passou a ser visto como responsável também pela estética corporal. Portanto, indivíduos insatisfeitos com sua imagem corporal são mais vulneráveis a atitudes alimentares disfuncionais, caracterizadas por um comer transtornado - que pode englobar exclusão de grupos de alimentos, dietas restritivas, períodos de jejum e episódios de compulsão alimentar e

uso de métodos inadequados para controle do peso, sendo um ponto importante tanto na gênese como na manutenção dos transtornos alimentares (Alvarenga e Dunker, 2004; Alvarenga et al., 2013; Markey e Markey, 2005; Ramalho et al., 2007).

As mulheres parecem ser mais vulneráveis a uma relação conturbada com o alimento, uma vez que são mais preocupadas com os possíveis efeitos da alimentação no corpo (e peso); elas podem ter, portanto, mais problemas em relação às atitudes alimentares, à imagem corporal e maior prevalência de transtornos alimentares - TA (Rozin, 1999; Ata et al., 2007; Neighbors e Sobal, 2007; Jallinoja et al., 2010). Os pacientes com TA seriam o exemplo extremo de atitudes alimentares disfuncionais, com preocupação excessiva e conceitos disfuncionais sobre alimentação, nutrição e saúde na busca por um corpo ideal que determina as suas atitudes alimentares.

De qualquer forma, alguns indivíduos têm atitudes mais positivas com relação ao sabor dos alimentos e ao prazer em comer, enquanto outros são mais orientados pela preocupação com a saúde e imagem corporal. Compreender a importância destes fatores pode ajudar na condução de programas de educação alimentar mais efetivos e na prevenção e tratamento de atitudes alimentares disfuncionais e comer transtornado.

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar como as atitudes em relação à saúde *versus* ao sabor com relação à alimentação diferem entre mulheres jovens com transtornos alimentares e mulheres jovens de população não clínica e, a relação entre essas atitudes com a imagem corporal.

METODOLOGIA

Locais do estudo

Este foi um estudo transversal com coleta prospectiva realizada em cursos de graduação da Universidade de São Paulo e nos 4 principais centros especializados no tratamento de transtornos alimentares do Brasil: Programa de Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (AMBULIM-IPq-HC-FM-USP), Programa de atenção aos Transtornos Alimentares da Universidade Federal de São Paulo (PROATA-UNIFESP), Grupo Interdisciplinar de Assistência e Estudos em Transtornos Alimentares da Universidade Estadual de Campinas (GETA-UNICAMP) e Grupo de Assistência aos Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GRATA-HC-FMRP-USP).

Participantes

Grupo 1: Estudantes do sexo feminino, entre 18 e 40 anos, de alguns cursos selecionados de graduação da Universidade de São Paulo (USP). Foram contatados cursos de graduação da USP compostos por grande maioria de indivíduos do sexo feminino - com exceção do curso de Nutrição, porque alguns trabalhos apontam atitudes alimentares disfuncionais nesta população (Fiates e Salles, 2001). Os cursos de Medicina, Enfermagem, Pedagogia, Educação Física e Saúde Pública responderam positivamente e foi solicitado que indicassem uma turma para que a coleta fosse realizada.

Grupo 2: Pacientes do sexo feminino, entre 18 e 40 anos, com diagnóstico de transtornos alimentares [anorexia nervosa (AN) ou bulimia nervosa (BN) - típicos ou atípicos] estabelecido por psiquiatra, segundo o 4º Manual de Doenças Mentais (DSM-IV) (APA, 1994). O critério de inclusão foi estar em tratamento nutricional especializado para TA há no máximo um mês. Os critérios de exclusão foram: apresentar psicose, depressão grave ou tóxico-dependência - de acordo com avaliação psiquiátrica.

Desenho do estudo e instrumentos

Todas as participantes responderam a data de nascimento e foi realizada avaliação do estado nutricional por meio do índice de massa corporal (IMC), depois de aferição de peso e da estatura. A classificação do estado nutricional segundo IMC foi realizada de acordo com as categorias de estado nutricional da Organização Mundial da Saúde (2006) como baixo peso, peso normal e acima do peso (excesso de peso e obesidade).

As atitudes para com a saúde e sabor dos alimentos foram avaliadas por meio da Escala de Atitudes em Relação à Saúde e Sabor (EARSS) (Roininen et al., 1999). A EARSS é dividida em Escala de Atitudes em Relação à Saúde (Escala de Saúde) e Escala de Atitudes em Relação ao Sabor (Escala de Sabor). A Escala de Saúde foi adaptada para o Português por Soares et al. (2006) e é formada pelas subescalas: Interesse em Saúde Geral; Interesse em Produtos Lights; e Interesse em Produtos Naturais. A Escala de Sabor foi adaptada para o Português por Koritar et al. (submetido), e uma análise fatorial exploratória apontou as subescalas: Desejo pessoal por doces; Desejo dos outros por doces; Uso da Comida como Recompensa; e Prazer. A avaliação psicométrica da EARSS entre mulheres jovens no Brasil mostrou propriedades adequadas (Koritar et al., 2013 - prelo).

Alta pontuação na Escala de Saúde indica alto grau de interesse por alimentos saudáveis, produtos lights e produtos naturais; e alta pontuação na Escala de Sabor indica alto nível de desejo por alimentos doces, uso de alimentos como recompensa e

busca de prazer pela comida. Assim, segundo Roininen et al. (1999), a Escala de Saúde seria boa preditora de atitudes voltadas à saúde e não ao prazer, enquanto que a Escala de Sabor seria boa preditora de atitudes voltadas ao prazer e não à saúde.

A avaliação da satisfação corporal e da percepção da imagem corporal foi realizada por meio da Escala de Silhuetas Brasileiras para adultos do gênero feminino, composta por 15 figuras de silhuetas, na qual as médias de IMC correspondentes a cada figura variam de 12,5 a 47,5 kg/m², com diferença constante de 2,5 pontos entre cada figura e com um número de 1 a 15 no verso de cada figura que aumenta de acordo com o IMC que a figura representa (Kakeshita et al., 2009). As figuras foram apresentadas em cartões individuais com as perguntas: “Qual figura representa seu corpo atual?” e “Qual figura representa o corpo que você gostaria de ter?”. A satisfação ou insatisfação com a imagem corporal foi avaliada de acordo com a diferença entre as figuras que representam o corpo atual e o que gostaria de ter (ATUAL – GOSTARIA) e a percepção da imagem corporal foi obtido pela diferença entre a figura que representa o corpo atual e a faixa de IMC na qual a participante se encontra - divididas como nas figuras 1 a 15 (ATUAL – FIGURA CORRESPONDENTE A FAIXA DE IMC) (Kakeshita et al., 2009).

Para comparação entre universitárias e pacientes, aquelas universitárias com comportamento de risco para TA foram excluídas. O comportamento de risco para TA foi avaliado por meio do Teste de Atitude Alimentar - EAT-26 (Biguetti et al., 2004), no qual uma pontuação ≥ 21 classifica o indivíduo em grupo de risco para TA.

Análises estatísticas

O cálculo do tamanho amostral foi realizado com dados de uma amostra piloto de universitárias (n=51) que responderam a versão adaptada ao português da Health and Taste Attitude Scale (HTAS) e dados de coleta inicial com mulheres com TA (n=18). Utilizou-se o teste *t*, adotando-se um Intervalo de Confiança de 95%, poder do teste de 80%, relação entre universitárias e pacientes de 3:1, totalizando 25 pacientes e 75 universitárias. Acrescentou-se 10 % ao *n* encontrado, prevendo possíveis perdas. A amostra final obtida foi de 30 pacientes e 216 universitárias.

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0 (SPSS, Chicago, IL, USA). Para todas as análises foi adotado um nível de significância de $p \leq 0,05$.

A idade, estado nutricional, escores das subescalas e escalas da EARSS, insatisfação e percepção corporal estão apresentados como média e desvio padrão para a variabilidade, além de valores mínimos e máximos para os escores da EARSS.

A comparação da frequência de categorias do estado nutricional entre universitárias com e sem risco e entre universitárias sem risco e pacientes, tipo de tratamento entre as pacientes de acordo com diagnóstico e estado nutricional foi feita por meio do teste de Fischer.

A diferença entre IMC e idade para pacientes e universitárias foi testada por meio de uma análise de variância (ANOVA).

Foi feita uma análise de covariância (ANCOVA) para comparar as médias das subescalas e escalas da EARSS entre universitárias com e sem risco e entre universitárias sem risco e pacientes, utilizando como covariáveis a idade e o estado nutricional.

A correlação entre as variáveis (idade, estado nutricional, subescalas e escalas da EARSS, insatisfação e percepção corporal) foi realizada por meio do coeficiente de correlação de Pearson.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP (protocolo 2279). Obteve-se autorização dos coordenadores dos centros especializados no tratamento de TA para coleta com as pacientes – que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); e também dos cursos de graduação participantes, cujas universitárias assinaram o TCLE.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 30 pacientes com TA e 216 universitárias, das quais 25% (n=54) apresentaram comportamento de risco para TA, sendo excluídas da comparação com as pacientes.

Da amostra de universitárias, 70 eram estudantes de Enfermagem (32,4%), 63 cursavam Medicina (29,2%), 42 Pedagogia (19,4%), 22 Educação Física (10,2%), 13 licenciatura para Geografia ou Matemática (6,0%) e, 6 eram estudantes do curso de graduação em Saúde Pública (2,8%).

A tabela 1 apresenta a caracterização das universitárias e das pacientes de acordo com o diagnóstico de TA em relação à idade, IMC e classificação do estado nutricional; enquanto que a tabela 2 apresenta a caracterização das pacientes em relação ao diagnóstico e classificação do estado nutricional de acordo com o tipo de tratamento.

Tabela 1. Caracterização das universitárias e pacientes em relação à idade, Índice de Massa Corporal e estado nutricional

	Universitárias sem risco para TA	Universitárias com risco para TA	Pacientes (n=30)			Universitárias sem risco X com risco	Universitárias sem risco X Pacientes
	(n=162)	(n=54)	AN (n=5)	BN (n=25)	Total		
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)		
Idade (anos)	22,3 (3,5)	21,8 (2,6)	22,5 (5,4)	26,5 (7,2)	25,8 (7,0)	0,739	<0,001
IMC (kg/m²)	22,4 (3,8)	23,7 (3,5)	16,4 (2,2)	28,1 (6,6)	26,1 (7,5)	0,124	<0,001
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Estado Nutricional							
Baixo Peso	15 (9,3)	0	4 (80,0)	1 (4,0)	5 (16,7)	<0,001	<0,001
Eutrofia	121 (74,7)	37 (68,5)	1 (20,0)	9 (36,0)	10 (33,3)		
Excesso de Peso	26 (16,0)	17 (31,5)	0	15 (60,0)	15 (50)		

Tabela 2. Caracterização das pacientes em relação ao tipo de tratamento

	Diagnóstico			<i>p</i>	Estado Nutricional			<i>p</i>
	AN	BN	Total		Baixo Peso	Eutrofia	Excesso de Peso	
	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	
Ambulatorial	3 (60,0)	21 (84,0)	24 (80,0)	0,254	3 (60,0)	9 (100,0)	10 (71,4)	0,145
Internação	2 (40,0)	4 (16,0)	6 (20,0)		2 (40,0)	0	4 (28,6)	

A pontuação na Escala de Saúde, na Escala de Sabor e nas subescalas estão apresentadas na tabela 3. A consistência interna da EARSS nesta avaliação com universitárias foi adequada (Alpha de Cronbach 0,71), e mediana para pacientes (Alpha de Cronbach 0,50).

Tabela 3. Pontuação das universitárias e das pacientes nas subescalas e escalas de Saúde e de Sabor e nas subescalas de Saúde e Sabor

	Universitárias sem risco (n=162) Média (DP); mín- máx	Universitárias com risco (n=54) Média (DP); mín- máx	Pacientes (n=30) Média (DP); mín- máx	Universitárias sem risco X com risco <i>p</i>	Universitárias sem risco X Pacientes <i>p</i>
Escala de Saúde	59,4 (9,4); 32-88	65,7 (9,8); 40-82	65,4 (11,6); 43-91	<0,001	0,022
Interesse em saúde geral	24,8 (6,3); 8-46	29,3 (5,8); 10-39	26,4 (6,3); 11-35	<0,001	0,361
Interesse em produtos lights	16,4 (3,6); 6-26	16,8 (4,1); 8-27	19,6 (4,9); 8-28	0,462	<0,001
Interesse em produtos naturais	18,2 (3,9); 9-30	19,6 (3,6); 10-29	19,5 (4,0); 12-30	0,012	0,620
Escala de Sabor	51,4 (8,5); 34-72	50,8 (8,7); 32-68	46,3 (8,7); 30-63	0,626	0,009
Desejo pessoal por doces	9,6 (3,0); 3-15	10,1 (3,1); 3-15	10,2 (3,6); 3-15	0,384	0,129
Desejo dos outros por doces	11,3 (2,9); 3-15	11,8 (3,0); 3-15	11,5 (3,6); 3-15	0,375	0,425
Uso da comida como recompensa	20,5 (4,6); 8-30	19,9 (5,3); 9-30	18,2 (6,0); 7-30	0,488	0,026
Prazer	21,3 (3,2); 12-29	20,7 (2,8); 15-26	17,8 (4,9); 7-27	0,31	<0,001

Com relação à imagem corporal, independente do estado nutricional, pacientes com TA apresentaram maior insatisfação e distorção da percepção corporal, seguido de universitárias com risco para TA - com diferença na insatisfação corporal para com as universitárias sem risco para TA (Tabela 4).

As correlações (r) entre insatisfação corporal e percepção corporal com estado nutricional estão apresentadas na tabela 4. Segundo os coeficientes de regressão da ANCOVA a cada ponto de aumento do IMC, a insatisfação e a distorção da percepção corporal aumentam, respectivamente, 0,360 e 0,177 para universitárias sem risco de TA, 0,326 e 0,096 para universitárias com risco de TA e, 0,326 e 0,048 para as pacientes.

Tabela 4. Insatisfação corporal e distorção da percepção da imagem corporal de universitárias com e sem risco para transtorno alimentar e pacientes com diagnóstico de transtorno alimentar

		Insatisfação Corporal		Universitárias sem risco X com risco	Universitárias sem risco X Pacientes	Distorção Corporal		Universitárias sem risco X com risco	Universitárias sem risco X Pacientes
Estado Nutricional		Média (DP)	r	p	p	Média (DP)	r	p	p
Universitárias sem risco	Baixo Peso (n=15)	-2,53 (± 1,36)	0,557*			0,00 (±1,25)	0,330*		
	Eutrofia (n=121)	0,64 (± 1,69)				1,88 (± 1,61)			
	Excesso de Peso (n=26)	2,54 (± 1,58)				2,77 (± 1,45)			
	Total (n=162)	0,65 (± 2,05)				1,85 (± 1,69)			
Universitárias com risco	Baixo Peso	-	0,390*	<0,001	<0,001	-	0,172	0,172	0,015
	Eutrofia (n=37)	2,11 (± 2,60)				2,27 (± 1,58)			
	Excesso de Peso (n=17)	3,76 (± 1,64)				2,71 (± 1,21)			
	Total (n=54)	2,63 (± 2,45)				2,41 (± 1,74)			
Pacientes	Baixo Peso (n=5)	0,40 (± 2,61)	0,569*			0,40 (± 1,67)	0,136		
	Eutrofia (n=10)	5,00 (± 4,19)				4,00 (± 3,46)			
	Excesso de Peso (n=15)	7,60 (± 2,92)				3,13 (± 2,30)			
	Total (n=30)	5,53 (± 4,17)				3,00 (± 2,84)			

Não foram encontradas correlações superiores a 0,350 entre satisfação corporal e percepção da imagem corporal com as subescalas e escalas de Saúde e Sabor, para universitárias e pacientes (Tabela 5). Para todos os grupos, a correlação da idade com todas as subescalas e escalas da EARSS foi inferior a 0,400.

Tabela 5. Correlação entre satisfação corporal e distorção da imagem corporal e subescalas e escalas de Saúde e Sabor

	Universitárias sem risco para TA		Universitárias com risco para TA		Pacientes	
	Satisfação Corporal	Distorção da Imagem Corporal	Satisfação Corporal	Distorção da Imagem Corporal	Satisfação Corporal	Distorção da Imagem Corporal
Interesse em Saúde Geral	-0,106	-0,128	0,083	-0,034	-0,112	-0,169
Interesse em Produtos Lights	-0,100	-0,028	0,124	0,026	-0,012	-0,340
Interesse em Produtos Naturais	0,003	0,018	0,022	0,164	0,131	0,010
Total Saúde	-0,108	-0,089	0,110	0,050	-0,021	-0,230
Desejo pessoal por doces	0,043	0,027	0,225	-0,175	-0,151	-0,091
Desejo dos outros por doces	0,023	0,021	0,311*	-0,183	0,125	0,319
Uso da Comida como Recompensa	-0,005	0,028	0,259	0,050	-0,123	0,101
Prazer	0,013	-0,031	0,018	-0,102	-0,202	-0,318
Total Sabor	0,018	0,015	0,278*	-0,128	-0,184	-0,009

DISCUSSÃO

Este trabalho investigou uma comparação de atitudes alimentares voltadas ao sabor *versus* voltadas à saúde entre mulheres jovens de população não clínica e com diagnóstico de transtorno alimentar e encontrou que aquelas de população não clínica possuem mais atitudes alimentares voltadas ao prazer enquanto que pacientes com TA possuem mais atitudes voltadas à saúde.

Independente da idade e do IMC, pacientes com TA tiveram pontuações maiores na Escala de Saúde, em consequência da maior pontuação na subescala Interesse em produtos light, enquanto que as universitárias sem risco para TA tiveram pontuações mais altas na Escala de Sabor, como consequência da maior pontuação nas subescalas Uso da comida como recompensa e Prazer. Encontrou-se também que universitárias sem risco para TA tiveram pontuação inferior àquelas com risco para TA na Escala de Saúde e nas subescalas Interesse em saúde geral e Interesse em produtos naturais e pontuação maior na subescala de Prazer.

O resultado de atitudes menos voltadas ao sabor entre pacientes era, de alguma forma esperado, uma vez que se sabe que pacientes com TA têm atitudes alimentares mais comprometidas, visão sobre alimentação saudável mais rígida, um importante controle da ingestão calórica e uma grande preocupação e medo do consumo de açúcar e gorduras, sendo comum nesta população a adoção de alimentos light (Alvarenga e Dunker, 2004). Desta forma, atitudes mais voltadas ao sabor – e ao prazer – podem estar comprometidas pelo medo da comida. Ainda, as atitudes podem ser mais voltadas à saúde porque o conceito

de saudável de pacientes com TA pode ser enviesado, “ortoréxico” e relacionado, na verdade, ao controle de peso (Alvarenga e Dunker, 2004).

A comparação dos dados da EARSS não é simples uma vez que essa é uma temática ainda não explorada no país, além de ser o primeiro trabalho no cenário brasileiro a utilizar esse instrumento e, até onde se tem conhecimento, a avaliar atitudes alimentares voltadas ao sabor *versus* voltadas à saúde em mulheres com TA.

No cenário internacional, Roininen et al. (1999) usando o instrumento na Finlândia, encontraram que mulheres tiveram pontuação significativamente maior em todas as subescalas da EARSS quando comparadas aos homens, com exceção da subescala Uso da comida como recompensa e que participantes mais jovens eram menos preocupados com a saúde e mais interessados no sabor que indivíduos mais velhos. Em estudo transnacional na Finlândia, Holanda e Inglaterra, Roninen et al. (2001) encontraram também que mulheres tiveram pontuação significativamente maior em todas as subescalas da EARSS quando comparadas aos homens.

No presente trabalho, a idade foi controlada na comparação dos escores – que continuaram diferentes entre os grupos. Também se optou por aplicar a escala nesta primeira avaliação apenas em mulheres, para permitir a comparação com pacientes com TA – cujo público é majoritariamente feminino; e estudos futuros podem comparar as atitudes entre gêneros.

De qualquer forma, a escala foi capaz de diferenciar mulheres jovens com atitudes alimentares mais disfuncionais (seja com diagnóstico ou comportamento de risco para TA). Deve-se considerar, no entanto, que mesmo atingindo o n amostral calculado, a consistência interna da EARSS para pacientes ficou abaixo do desejado; o número de pacientes avaliadas foi pequeno, contemplou 25 pacientes com diagnóstico de BN e 5 com diagnóstico de AN

formando um grupo não homogêneo que foi considerado em conjunto. Assim, estudos futuros devem contemplar uma amostra ampliada de pacientes com TA e comparar os diferentes diagnósticos. Ressalta-se de qualquer forma, que para esta primeira avaliação de atitudes voltadas ao Sabor e a Saúde usando a EARSS, estes participantes permitiram encontrar diferenças entre grupos que sabidamente têm mais atitudes disfuncionais – atestando, portanto, que esta disfuncionalidade se estende de alguma maneira à saúde, ao sabor e ao prazer.

Com relação à imagem corporal, encontrou-se que a insatisfação corporal em todos os grupos esteve correlacionada de maneira moderada com o estado nutricional; e a distorção da percepção corporal se correlacionou fracamente ao estado nutricional das universitárias sem risco. De forma semelhante, Alvarenga et al. (2010), em estudo com universitárias brasileiras encontrou que aquelas que tinham excesso de peso escolheram figuras ideais menores do que as atuais. Também Kakeshita e Almeida (2006) encontraram que a maior parte dos universitários com eutrofia ou excesso de peso escolheu figuras atuais maiores que aquelas que representariam seu corpo real (de acordo com o seu IMC), indicando distorção da percepção corporal.

Mulheres com transtornos alimentares apresentaram maior insatisfação corporal e pior percepção corporal quando comparadas a mulheres sem TA. Sabe-se que a insatisfação corporal está relacionada a práticas inadequadas de controle de peso, incluindo atitudes alimentares inadequadas e outros comportamentos compensatórios (Alvarenga et al., 2013). Entretanto, nessa população, independente da idade e do IMC, a satisfação corporal e a percepção corporal não estiveram relacionadas às atitudes alimentares voltadas à saúde ou ao prazer.

Para esta primeira avaliação usando EARSS apenas idade, estado nutricional, insatisfação e percepção corporal foram considerados juntamente com as atitudes em relação à saúde e ao sabor. Os dados do presente estudo parecem apontar que é ter diagnóstico de TA – ou apresentar comportamento de risco para TA – que faz diferença nas atitudes, e não a idade, o IMC, a insatisfação e a percepção corporal (apesar dos distúrbios de imagem corporal fazerem parte do diagnóstico da anorexia nervosa e da bulimia nervosa). Estes dados precisam ser confirmados em outras amostras populacionais e em amostras maiores de pacientes com TA. De qualquer forma, deve-se considerar que realmente uma série de outros fatores – diferentes destes analisados – podem contribuir para atitudes positivas ou negativas: como sexo, influência da mídia e da cultura, da família e dos amigos, renda e nível de escolaridade, preço e disponibilidade dos alimentos, preocupação com o meio ambiente e direito dos animais, entre outros (Germov e Williams, 1996; Rozin et al., 1999; Murcott, 2002; Pettinger et al., 2004; Rozin et al., 2006; Arcan et al., 2007; Lake et al., 2007; Barr-Anderson et al., 2009; Hekler et al., 2010).

Os resultados encontrados podem fazer crer que mulheres com TA negligenciam mais o prazer em comer. Sabe-se que, indivíduos com TA, em momentos de restrição fazem suas escolhas alimentares em função do distúrbio alimentar, do desejo de magreza, do medo de ganhar peso e das crenças, pensamentos e sentimentos em relação aos alimentos, sendo esperado alto grau de interesse por alimentos pouco calóricos, muitas vezes tidos como saudáveis, produtos light e produtos naturais. A negação do prazer em comer pode estar relacionada à negação da fome, da feminilidade e da doença em si, entretanto, essa é uma relação paradoxal, pois acabam tendo compulsões alimentares, nas quais comem tudo aquilo que não se permitem nos momentos de restrição (Alvarenga e Dunker, 2004).

Não se pode afirmar se os resultados encontrados no presente trabalho correspondem, de fato, à realidade, uma vez que são “práticas declaradas” e, estão sujeitas, de acordo com Poulin e Proença (2003), às transformações, deformações, consequências de fenômenos cognitivos - como a reestruturação semântica, o esquecimento ou, negação - podendo ser confirmados com estudos futuros correlacionando essas atitudes e medidas de consumo ou escolha alimentar.

A despeito da complexidade das atitudes e das escolhas alimentares e da necessidade de ampliação da visão sobre determinantes do consumo alimentar, diversos estudos têm mostrado que o foco na saúde tem baixo impacto na mudança do consumo alimentar e na adoção de uma alimentação mais saudável, enquanto que o sabor e o prazer são considerados como fatores fundamentais na escolha alimentar do ser humano (Rozin, 1990; Steptoe, 1995; Eertmans, 2001; Tuorila e Cardello, 2002; Hekler et al., 2010; Jacquier et al., 2012).

Ao apresentar diferença nas atitudes voltadas ao sabor e ao prazer entre mulheres com e sem transtornos alimentares, esse trabalho visa chamar a atenção para importância do sabor e do prazer como determinantes da escolha alimentar, corroborando para uma nova reflexão para políticas de alimentação e nutrição e para as diretrizes de tratamento e prevenção de TA, principalmente para as mulheres. Tais intervenções devem incluir o prazer e o sabor dos alimentos como foco de atenção, numa discussão integrada com a saúde e alimentação adequada.

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

AGRADECIMENTO

As autoras agradecem ao apoio da FAPESP (proc. 2011/04464-6).

REFERÊNCIAS

- Alvarenga M, Dunker KLL. Padrão e comportamento alimentar na anorexia e na bulimia nervosa. In: Philippi ST e Alvarenga MS. Organizadoras. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. Barueri: Manole; 2004. p. 131-48.
- Alvarenga MS, Lourenço BH, Philippi ST, Scagliusi FB. Disordered eating among Brazilian female college students. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(5):879-88.
- Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Development and Validity of the Disordered Eating Attitude Scale. Perceptual and Motor Skills. 2010; 110: 379-395.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC, 1994.
- Arcan C, Neumark-Sztainer D, Hannan P, van den Berg P, Story M, Larson N. Parental eating behaviors, home food environment and adolescent intakes of fruits, vegetables and dairy foods. *Public Health Nutr*. 2007;10:1257-65.
- Ata RN, Ludden AB, Lally MM. The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *J Youth Adolescence*. 2007;36:1024-37.
- Barr-Anderson DJ, Larson NI, Nelson MC, Neumark-Sztainer D, Story M. Does television viewing predict dietary intake five years later in high school students and young adults? *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2009;6:7.
- 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.
- 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.
- Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutr*. 2001;14 (supl):3-6.
- Germov J, Williams L. The epidemic of dieting women: the need for a sociological approach to food and nutrition. *Appetite*. 1996;27(2):97-108.
- Hekler EB, Gardner CD, Robinson TN. Effects of a college course about food and society on student's eating behaviors. *Am J Prev Med*. 2010;38(5):543-7.
- Hetherington M, Rolls BJ. Sensory-specific satiety: theoretical frameworks and central characteristics. In: Capaldi ED. *Why we eat what we eat: the psychology of eating*. Washington, DC: American Psychological Association. 1996;267-90.
- Jacquier C, Bonthoux F, Baciou 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.
- Jomori MM, Proença RP da C, Calvo MCM. Determinantes de escolha alimentar. *Rev Nutrição*. 2008; 21(1): 63-73.
- Stepoe 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.
- Kakeshita IS, Almeida SS. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da autoimagem 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.
- Koritar P, Phillipi 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*. (submetido).
- 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.
- Markey CN, Markey PM. Relations between body image and dieting behaviors: an examination of gender differences. *Sex Roles*. 2005;53(7/8):519-30.
- Murcott A. Nutrition and inequalities: a note on sociological approaches. *Eur J Public Health*. 2002; 12: 203-07.
- Neighbors LA, Sobal J. Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among university students. *Eat Behav*. 2007;8(4):429-39.
- Pettinger C, Holdsworth M, Gerber M. Psycho-social influences on food choice in Southern France and Central England. *Appetite*. 2004;42:307-16.
- Pollan M. O dilema do onívoro. Editora Intrínseca. 2006.
- Poulain JP, Proença RPC. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. *Rev. Nutr*. 2003;16(4):365-86.
- Ramalho A, Gardotti CM, Borges MBF, Oliveira MD, Palavras M, Nunes P, Sampaio SMD. Imagem corporal na adolescência. *Junguiana*. 2007;25:133-42.
- 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, Fischler C, Imada S, Sarubin A, Wrzesniewski A. Attitudes to food and the role of food in life in the U.S.A., Japan, Flemish Belgium and France: possible implications for the diet-health debate. *Appetite*. 1999; 33:163-80.
- Rozin P, Fischler C, Shields C, Masson E. Attitudes towards large number of choices in the food domain: a cross-cultural study of five countries in Europe and the USA. *Appetite*. 2006;46:304-08.
- Rozin P. Development in the food domain. *Dev Psychol*. 1990;26(4):555-62.
- 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.
- Stepoe 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.

Tuorila H, Cardello AV. Consumer responses to an off-flavor in juice in the presence of specific health claims. *Food Quality and Preferences*. 2002;13:561-69.

World Health Organization (WHO). Global database on Body Mass Index. Geneva: WHO; 2006. (acessado em 20 de setembro de 2010). Disponível em: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.

5. CONCLUSÃO

Mulheres de população não clínica apresentaram atitudes mais voltadas ao sabor, como resposta ao uso da comida como recompensa e do prazer em comer, enquanto que mulheres com transtornos alimentares apresentaram atitudes mais voltadas à saúde, como consequência de uma maior preocupação com o valor calórico dos alimentos e do peso corporal; apesar disso, não houve correlação entre insatisfação e percepção corporal e atitudes voltadas à saúde ou ao sabor.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O PROCESSO DE PESQUISA

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 entrar 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.

Então, ao final do primeiro ano de graduação na 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 Sonia Tucunduva Phillipi e a Profa Marle dos Santos Alvarenga, que me iniciaram nessa trajetória e se tornaram muito mais do que mestres.

Durante a graduação fiz iniciação científica, participei de congressos e cursos sobre essa temática, sendo que um deles transformaria minha visão do que é ser nutricionista, o curso júnior de transtornos alimentares para estudantes de nutrição do AMBULIM-IPq-HCFMUSP, ministrado pela Profa Fernanda Baeza Scagliusi.

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 da Universidade de São Paulo com muito ânimo, milhares de ideias e sonhos, imaginando que esse caminho seria um pouco mais fácil... Mas, no meio de tantas outras ideias que foram surgindo, surgiram também muitos desafios, e o projeto se mostrou muito maior do que eu, a Profa Sonia e a Profa Marle poderíamos imaginar no início.

Para 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 eu precisaria realizar a adaptação transcultural de um instrumento - o que para muitos já seria um mestrado - mas para mim se tornou apenas uma longa etapa preliminar.

A coleta de dados também foi uma surpresa e um grande desafio, que me mostrou como é difícil fazer pesquisa no Brasil. A dificuldade de conseguir autorização para coleta, de atingir o tamanho amostral, foi uma realidade tanto no grupo das universitárias quanto no grupo das pacientes, o que me levou a busca de novas parcerias para a coleta de dados com pacientes, inclusive em outras cidades. Independente dos esforços, esse trabalho apresenta alguns pontos limitantes, como a dificuldade de conseguir uma amostra maior e mais homogênea de pacientes com TA, especialmente pelo rígido critério de estarem há no máximo 1 mês em tratamento nutricional especializado.

Assim, o tempo foi se tornando cada vez mais escasso para tabular, analisar e discutir tantos dados, fazendo-me optar pela redução da apresentação dos dados coletados na presente dissertação, com o compromisso, entretanto, de não deixar de lado nenhum deles após o término do mestrado.

Dessa forma, optei por apresentar nessa dissertação os dados da adaptação transcultural da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor, das atitudes com relação ao sabor e a saúde na alimentação entre mulheres jovens de população não clínica e mulheres jovens com transtornos alimentares e, da relação entre satisfação corporal e percepção corporal com atitudes voltadas à saúde e ao sabor entre mulheres com e sem TA.

Assim, esse trabalho disponibiliza mais uma escala válida para estudos no cenário nacional, trazendo à tona um aspecto que ainda é pouco explorado das atitudes alimentares. Além disso, ele reforça diferença entre grupos (sabidamente diferentes) com relação a atitudes disfuncionais e mostra que apesar das importantes diferenças em relação à imagem corporal nesses grupos, esse fator não influencia nas atitudes voltadas à saúde e ao sabor.

Restam dados coletados a partir do Questionário de Frequência Alimentar baseado na Pirâmide Alimentar Brasileira para avaliar a relação do consumo alimentar com atitudes voltadas ao sabor e a saúde na alimentação destas mulheres e dados relativos à escolha de um brinde (maçã ou chocolate) pelas universitárias pela participação na pesquisa para avaliar se essa escolha poderia ser preditiva de atitudes mais voltadas ao sabor ou à saúde na alimentação nessa população.

Apesar do principal resultado deste trabalho mostrar que mulheres de população não clínica (universitárias) têm atitudes mais voltadas ao sabor enquanto que mulheres com TA têm

atitudes mais voltadas à saúde, essa pesquisa mostra que ainda há muito para ser desvendado sobre as atitudes alimentares das mulheres e sugere a avaliação outros fatores que podem influenciar nessas atitudes, como influência da mídia, dos pais e dos pares e, de movimentos sociais e ideológicos.

Fica claro, entretanto, que como seres humanos, nascemos com a capacidade de diferenciar os sabores, as texturas, temperatura dos alimentos e, sentir prazer com isso. O que é ótimo! Porque comer é há algo que precisamos fazer desde o dia que nascemos até a nossa morte. É necessário para nossa sobrevivência como espécie. Mas nascemos também com uma carga genética, dentro de uma família, inserida 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.

7. REFERÊNCIAS

1. Aikman SN, Crites Jr, SL, Fabrigar LR. Beyond affect and cognition: identification of the informational bases of food attitudes. *J Appl Soc Psychol.* 2006;36:340-82.
2. Alvarenga M, Dunker KLL. Padrão e comportamento alimentar na anorexia e na bulimia nervosa. In: Philippi ST e Alvarenga MS. Organizadoras. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional.* Barueri: Manole; 2004. p. 131-48.
3. Alvarenga MS, Lourenço BH, Philippi ST, Scagliusi FB. Disordered eating among Brazilian female college students. *Cad. Saúde Pública.* 2013;29(5):879-88.
4. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Development and validity of the Disordered Eating Attitude Scale. *Percept Mot Skills.* 2010;110:379-95.
5. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. Washington DC, 1994.
6. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Washington DC, 2013.
7. Anton SD, Perri MG, Riley JR. Discrepancy between actual and ideal images: impact on eating and exercise behaviors. *Eat Behav.* 2000;1(2):153-60.
8. Aranceta J, Pérez-Rodrigo C, Ribas L, Serra-Majem LI. Sociodemographic and lifestyle determinants of food patterns in Spanish children and adolescents: the enKid study. *Eur J Clin Nutr.* 2003;57(suppl 1):40-4.
9. Araújo BC. Aspectos psicológicos da alimentação. In: Philippi ST e Alvarenga MS. Organizadoras. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional.* Barueri: Manole; 2004. p.103-18.
10. Arcan C, Neumark-Sztainer D, Hannan P, van den Berg P, Story M, Larson N. Parental eating behaviors, home food environment and adolescent intakes of fruits, vegetables and dairy foods. *Public Health Nutr.* 2007;10:1257-65.
11. Ata RN, Ludden AB, Lally MM. The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *J Youth Adolescence.* 2007;36:1024-37.
12. Barr-Anderson DJ, Larson NI, Nelson MC, Neumark-Sztainer D, Story M. Does television viewing predict dietary intake five years later in high school students and young adults? *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2009;6:7.
13. Beauchamp GK, Menella JÁ. Flavor perception in human infants: development and functional significances. *Digestion.* 2011;83(suppl1):1-6.
14. Bellisle F, Drewnowski A, Anderson GH, Westerterp-Plantenga M, Martin CK. Sweetness, satiation and satiety. *J Nutr.* 2012;144S-54S.
15. 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.
16. Birch LL. Development of food preferences. *Annu. Rev. Nutr.* 1999;19:41-62.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. *Guia Alimentar Para a População Brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável.* Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
18. Bratman SMD. Original essay on orthorexia, 1997. [cited 2009 Jun 25]. Available from: <<http://www.orthorexia.com>>
19. Catalina Zamora CML, Bote Bonaechea B, Garcia Sánchez F, Rios Rial B. Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Esp Psiquiatr.* 2005;33(1):66-8.

20. 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.
21. Coveney J. Food, morals and meaning: the pleasure and anxiety of eating. London: Routledge. 2000.
22. Duarte E. Aspectos Neurofuncionais da Imagem Corporal. In: Tavares MCGCF, organizador. O dinamismo da imagem corporal. São Paulo: EdPhorte. 2007.p. 17-31.
23. 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.
24. Evers C, Marijn Stock F, Ridder DTD. Feeding your feelings: emotional regulation strategies and emotional eating. *Pers Soc Psychol Bull*. 2010;36:792-804.
25. Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutr*. 2001;14 (supl):3-6.
26. Gahagan S. The development of eating behavior – Biology and Context. *J Dev Behav Pediatr*. 2012;33(3):261-71.
27. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S, Kaplan AS, Woodside DB. Bulimia Nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1052-8.
28. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982; 12: 871-78.
29. Germov J, Willians L. The epidemic of dieting women: the need for a sociological approach to food and nutrition. *Appetite*. 1996;27(2):97-108.
30. Gibson EL. Emotional influences on food choice: sensory, physiological and psychological pathways. *Physiology & Behavior*. 2006;89:53-61.
31. Gronow J. The sociology of taste. London: Routledge. 1997.
32. Hamilton J, Knox B, Hill D, Parr H. Reduced fat products-Consumer perceptions and preferences. *British Food Journal*. 2000;102(7):494-506.
33. Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychol Med*. 2010;40:1887-97.
34. Hekler EB, Gardner CD, Robinson TN. Effects of a college course about food and society on student's eating behaviors. *Am J Prev Med*. 2010;38(5):543-7.
35. Hetherington M, Rolls BJ. Sensory-specific satiety: theoretical frameworks and central characteristics. In: Capaldi ED. Why we eat what we eat: the psychology of eating. Washington, DC: American Psychological Association. 1996;267-90.
36. Honkanen P, Verplanken B, Olsen SO. Ethical values and motives driving organic food choice. *Journal of Consumer Behaviour*. 2006;5(5):420-30.
37. Jacquier C, Bonthoux F, Baciou 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.
38. Jaime PC, Monteiro CA. Fruit and vegetables intake by Brazilian adults, 2003. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(suppl):19-24.
39. 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.
40. Jomori MM, Proença RPC, Calvo MCM. Determinantes de escolha alimentar. *Rev Nutr*. 2008;21:63-73.

41. Kakeshita IS, Almeida SS. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da autoimagem em universitários. *Rev Saúde Pública*. 2006;40 (3):497-504.
42. 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.
43. Keskitalo K, Knaapila A, Kallela M, Palotie A, Wessman M, Sammaslisto S, Peltonen L, Tuorila H, Perola M. Sweet taste preferences are partly genetically determined: identification of a trait locus on chromosome 16¹⁻³. *Am J Clin Nutr*. 2007; 86:55-63.
44. Kiefer I, Rathmanner T, Kunze M. Eating and dieting differences in men and women. *JMHG*. 2005;2(2):194-201.
45. Koritar P, Phillipi 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*. (prelo).
46. Köster EP. Diversity in the determinants of food choice: a psychological perspective. *Food Quality and Preference*. 2009;20:70-82.
47. Laraia RB. *Cultura – Um conceito antropológico*. 21 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2007.
48. 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.
49. Macht M. How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*. 2008;50:1-11.
50. MacLaren VV, Best LA. Female students' disordered eating and the big five personality facets. *Eat Behav*. 2009;10:192-5.
51. Markey CN, Markey PM. Relations between body image and dieting behaviors: an examination of gender differences. *Sex Roles*. 2005;53(7/8):519-30.
52. Martinez-Gonzalez MA, Lopez-Azpiazu I, Kearney J, Kearney M, Gibney M, Martinez JA. Definition of healthy eating in the Spanish adult population: a national sample in a pan-European survey. *Public Health*. 1998;112(2):95-101.
53. Martins MCT, Alvarenga MS, Vargas SVA, Sato KSCJ, Scagliusi FB. Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. *Rev. Nutr*. 2011;24(2):345-57.
54. Matos MIR. Quando o hábito alimentar se transforma em transtorno alimentar. In: Franques ARM e Arenales-Loli. MS. Organizadoras. *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade*. São Paulo: Vetor; 2006. p 137-60.
55. Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. *Pediatrics*. 2001;107:1-6.
56. Murcott A. Nutrition and inequalities: a note on sociological approaches. *Eur J Public Health*. 2002;12:203-07.
57. Neighbors LA, Sobal J. Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among university students. *Eat Behav*. 2007;8(4):429-39.
58. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. 1st ed. Porto Alegre: Artmed; 1993.
59. Pettinger C, Holdsworth M, Gerber M. Psycho-social influences on food choice in Southern France and Central England. *Appetite*. 2004;42:307-16.
60. Pollan M. *O dilema do onívoro*. Editora Intrínseca. 2006.
61. Poulain JP, Proença RP da C. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. *Rev Nutrição*. 2003;16(4):365-86.

62. Ramalho A, Gardotti CM, Borges MBF, Oliveira MD, Palavras M, Nunes P, Sampaio SMD. Imagem corporal na adolescência. *Junguiana*. 2007;25:133-42.
63. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública*. 2007;41:665-73.
64. Ricca V, Castellini G, Fioravanti G, Lo Sauro C, Rotella F, Ravaldi C, Lazzeretti L, Faravelli C. Emotional eating in anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Compr Psychiatry*. 2012;53:245-51.
65. Roininen K, Lahteenmaki L, Tuorila H. Quantification of consumer attitudes to health and hedonic characteristics of food. *Appetite*. 1999;33:71-88.
66. 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.
67. Rozin P, Fallon AE. A perspective on disgust. *Psychol Rev*. 1987;94:23-41.
68. Rozin P, Fischler C, Imada S, Sarubin A, Wrzesniewski A. Attitudes to food and the role of food in life in the U.S.A., Japan, Flemish Belgium and France: possible implications for the diet-health debate. *Appetite*. 1999;33:163-80.
69. Rozin P, Fischler C, Shields C, Masson E. Attitudes towards large number of choices in the food domain: a cross-cultural study of five countries in Europe and the USA. *Appetite*. 2006;46:304-08.
70. Rozin P. Development in the food domain. *Dev Psychol*. 1990;26(4):555-62.
71. Slade PD. What is body image? *Behav Res Ther*. 1994;32:497-502.
72. 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.
73. Spence S, Courbasson C. The role of emotional dysregulation in concurrent eating disorders and substance use disorders. *Eat Behav*. 2012;13:382-5.
74. Steptoe 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.
75. Sun YHC. Health concern, food choice motives, and attitudes toward healthy eating: the mediating role of food choice motives. *Appetite*. 2008;51:42-9.
76. Telch CF, Agras WS. Do emotional states influence binge-eating in the obese? *Int J Eat Disord*. 1996;20:271-9.
77. Triches RM, Giugliani ERJ. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):541-7.
78. Tuorila H, Cardello AV. Consumer responses to an off-flavor in juice in the presence of specific health claims. *Food Quality and Preferences*. 2002;13:561-69.
79. U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services. Dietary Guidelines for Americans, 2010. 7th Edition, Washington, DC: U.S. Government Printing Office, December 2010.
80. Viaene J. Consumer behaviour towards light products in Belgium. *British Food Journal*. 1997;99(3):105-13.
81. Wansink B, Cheney MM, Chan N. Exploring comfort food preferences across age and gender. *Physiology & Behavior*. 2003;79:739-47.
82. World Health Organization (WHO). Expert Committee on Physical Status: the use and interpretation of anthropometry physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee. (Technical Report Series, n.854). Geneva. 1995.

83. World Health Organization (WHO). Global database on Body Mass Index. Geneva: WHO; 2006. (acessado em 20 de setembro de 2010). Disponível em: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.

ANEXOS

ANEXO 1 - ESCALA DE SILHUETAS BRASILEIRAS

Responda abaixo das figuras com **1** para “Qual figura representa seu corpo atual”; com **2** para “Qual figura representa o corpo que você gostaria de ter” e com **3** “Qual figura representa o corpo ideal”.

ANEXO 2 – TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT- 26)

Responda as questões marcando um X na coluna que melhor se aplicar: S = sempre /

MV = muitas vezes / AV = às vezes / PV = poucas vezes / QN = quase nunca / N = nunca

	S	MV	AV	PV	QN	N
1. Fico apavorada com a ideia de estar engordando.						
2. Evito comer quando estou com fome.						
3. Sinto-me preocupada com os alimentos.						
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.						
5. Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.						
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.						
7. Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (pão, arroz, batata, etc.)						
8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.						
9. Vomito depois de comer.						
10. Sinto-me extremamente culpada depois de comer.						
11. Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.						
12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.						
13. As pessoas me acham muito magra.						
14. Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo.						
15. Demoro mais tempo para fazer as minhas refeições do que as outras pessoas.						
16. Evito comer alimentos que contenham açúcar.						
17. Costumo comer alimentos dietéticos.						
18. Sinto que os alimentos controlam minha vida.						
19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos.						
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.						
21. Passo muito tempo pensando em comer.						
22. Sinto desconforto após comer doces.						
23. Faço regimes para emagrecer.						
24. Gosto de sentir meu estômago vazio.						
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.						
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições.						

ANEXO 3 – ESCALA DE SAÚDE

Instruções: Responda cada uma das questões abaixo marcando um X na coluna que melhor se aplicar:

	Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente
1) Eu sou muito preocupado sobre o quão saudável os alimentos são.					
2) Eu sempre sigo uma dieta saudável e balanceada.					
3) É importante para mim que minha dieta seja pobre em gordura.					
4) É importante para mim que minha alimentação diária contenha muitas vitaminas e minerais.					
5) Eu como o que eu gosto e não me preocupo com o quão saudável o alimento é.					
6) O quão saudável é o alimento tem pouco impacto nas minhas escolhas.					
7) O quão saudáveis os petiscos são, não faz nenhuma diferença para mim.					
8) Eu não evito nenhum alimento, mesmo aqueles que podem elevar meu colesterol.					
9) Eu acredito que a ingestão de alimentos light mantém o nível de colesterol sob controle.					
10) Eu acredito que comer produtos light mantém o corpo em boa forma.					
11) Na minha opinião, ao ingerir produtos light as pessoas podem comer mais sem ingerir tantas calorias.					
12) Na minha opinião o uso de produtos light não melhora a saúde.					
13) Na minha opinião produtos light não ajudam a reduzir o nível de colesterol.					
14) Eu não acredito que alimentos light sejam mais saudáveis que alimentos convencionais.					
15) Eu não como alimentos processados porque eu não sei o que eles contêm.					
16) Eu procuro comer alimentos que não contenham aditivos*.					
17) Eu gostaria de comer apenas legumes, verduras e saladas cultivadas organicamente.					
18) Na minha opinião, alimentos aromatizados artificialmente não são prejudiciais à saúde.					
19) Na minha opinião, alimentos cultivados organicamente não são melhores para a minha saúde do que aqueles cultivados convencionalmente.					
20) Eu não ligo de ingerir aditivos* na minha alimentação diária.					

* aditivos são substâncias adicionadas aos alimentos como conservantes, corantes, aromatizantes ou adoçantes.

ANEXO 4 – ESCALA DE SABOR

Instruções: Responda cada uma das questões abaixo marcando um X na coluna que melhor se aplicar:

	Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente
1) Eu frequentemente tenho muita vontade (fissura) de comer chocolate.					
2) Eu frequentemente tenho muita vontade (fissura) de comer doces.					
3) Eu frequentemente tenho muita vontade (fissura) de comer sorvete.					
4) Na minha opinião, é estranho que algumas pessoas tenham muita vontade (fissura) de comer chocolate.					
5) Na minha opinião, é estranho que algumas pessoas tenham muita vontade (fissura) de comer doces.					
6) Na minha opinião, é estranho que algumas pessoas tenham muita vontade (fissura) de comer sorvete.					
7) Eu me recompenso comprando algo bem gostoso para comer.					
8) Eu me dou ao luxo de comprar algo realmente delicioso para comer.					
9) Quando estou me sentindo "pra baixo" eu quero me animar com algo bem gostoso para comer.					
10) Eu evito me recompensar com comida.					
11) Na minha opinião, usar a comida para se confortar é se iludir.					
12) Eu tento evitar comer comidas gostosas, quando estou me sentindo "pra baixo".					
13) Eu não acredito que a comida deva ser sempre uma fonte de prazer.					
14) A aparência da comida não faz diferença pra mim.					
15) Para mim é importante comer comidas gostosas tanto durante a semana como nos finais de semana.					
16) Quando como, eu me concentro em aproveitar o sabor da comida.					
17) Eu termino minha refeição mesmo quando eu não gosto do sabor da comida.					
18) Uma parte essencial do meu final de semana é comer comidas gostosas.					

ANEXO 5 - COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COEPFSPUSP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/066/12

08 de março de 2012.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, **analisou**, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2279, intitulado "**A INFLUÊNCIA DA PREOCUPAÇÃO COM A SAÚDE, DA BUSCA POR PRAZER E DA INSATISFAÇÃO CORPORAL NA ESCOLHA ALIMENTAR DAS MULHERES**", do grupo III, sob responsabilidade da pesquisadora Priscila Koritar e orientação da Professora **Sonia Tucunduva Philippi**, considerando-o **APROVADO "AD REFERENDUM"**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê por ocasião do encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Claudio Leone

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª

Prof.ª Assoc. **Sonia Tucunduva Philippi**
Departamento de Nutrição
Faculdade de Saúde Pública da USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/156/12

27 de julho de 2012.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, **analisou**, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2279, intitulado "**A INFLUÊNCIA DA PREOCUPAÇÃO COM A SAÚDE, DA BUSCA POR PRAZER E DA INSATISFAÇÃO CORPORAL NA ESCOLHA ALIMENTAR DAS MULHERES**", do grupo III, sob responsabilidade da pesquisadora **Priscila Koritar** e orientação da Professora **Sonia Tucunduva Philippi**, considerando **APROVADO "AD REFERENDUM"** a realização da coleta de dados em outros dois serviços especializados no tratamento de Transtornos Alimentares.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê por ocasião do encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Claudio Leone

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª

Prof.ª Assoc. **Sonia Tucunduva Philippi**
Departamento de Nutrição
Faculdade de Saúde Pública/USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César - CEP 01246-904 - São Paulo - SP
Contato: (55 11) 3061 7779 | coep@fsp.usp.br | www.fsp.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/210/12

27 de novembro de 2012.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua 10.ª/12 Sessão Ordinária, realizada em 23/11/2012, analisou de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2279, intitulado "A INFLUÊNCIA DA PREOCUPAÇÃO COM A SAÚDE, DA BUSCA POR PRAZER E DA INSATISFAÇÃO CORPORAL NA ESCOLHA ALIMENTAR DAS MULHERES", do grupo III, sob responsabilidade da pesquisadora Priscila Koritar e orientação da Professora Sonia Tucunduva Philippi, considerando APROVADO a inclusão de pacientes do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê por ocasião do encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Claudio Leone

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª

Prof.ª Assoc. Sonia Tucunduva Philippi
Departamento de Nutrição
Faculdade de Saúde Pública/USP

ANEXO 6 - CARTA DE ANUÊNCIA DO AMBULIM -IPQHC FMUSP

DEPARTAMENTO & INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FMUSP

Prof. Dr. Valentin Gentil
Professor Titular do
Departamento de Psiquiatria
vgentil@usp.br

Prof. Dr. Wagner Farid Gattaz
Professor Titular e Presidente do Conselho
Diretor do IPq
gattaz@usp.br

Prof. Dr. Eurípedes Constantino Miguel
Professor Titular de Psiquiatria
da Infância e Adolescência e
Chefe do Departamento de
Psiquiatria
ecmiguel@usp.br

São Paulo, 07 de fevereiro de 2012.

A
Dra. Priscila Koritar
Pós-Graduanda (mestrado) Saúde Pública da USP

Senhora Pós-Graduanda.

Informamos a V.Sª que o Conselho do Departamento de Psiquiatria aprovou "ad referendum" o desenvolvimento de seu projeto nesta instituição, conforme título "A influência da reocupação com a saúde, da busca por prazer e da insatisfação corporal na escolha alimentar das mulheres", tendo como responsável acadêmico o Prof. Dr. Táki Athanássios Cordás.

Atenciosamente.

Prof. Dr. Eurípedes Constantino Miguel
Professor Titular e Chefe do
Departamento de Psiquiatria

C.cópia: Prof. Dr. Táki Athanássios Cordás

ANEXO 7 - CARTA DE ANUÊNCIA DO PROATA – UNIFESP

São Paulo, 03 de julho de 2012

AUTORIZAÇÃO

Analisei o projeto de pesquisa da aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Priscila Koritar, sob a orientação da Profa Dra Sonia Tucunduva Philippi, intitulado "A influência da preocupação com a saúde, da busca pelo prazer e da insatisfação corporal na escolha alimentar das mulheres" e autorizo a pesquisadora a aplicar os instrumentos de pesquisa deste projeto nas pacientes em acompanhamento no Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares (PROATA – ambulatório e hospital dia do CAPS_ITAPEVA), vinculado ao Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM). Este projeto acha-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo,

Dra Angélica de Medeiros Claudino

Coordenadora do Programa de Orientação e Assistência aos Pacientes com Transtornos Alimentares (PROATA) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM)

ANEXO 8 - CARTA DE ANUÊNCIA DO GETA – UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA

23 de abril de 2012.

AUTORIZAÇÃO

Referente à solicitação da pesquisadora Priscila Koritar, aluna de mestrado do programa de pós-graduação vinculado à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, de incluir pacientes em tratamento no GETA como sujeitos da pesquisa intitulada "A INFLUÊNCIA DA PREOCUPAÇÃO COM A SAÚDE, DA BUSCA POR PRAZER E DA INSATISFAÇÃO CORPORAL NA ESCOLHA ALIMENTAR DAS MULHERES".

Após a análise criteriosa dos aspectos éticos do projeto e considerando que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo aprovou-o "Ad Referendum", autorizo a pesquisadora aplicar os questionários que compõem o instrumento de pesquisa às pacientes em acompanhamento no GETA – UNICAMP, dispensando-a da submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP.

Dr. Celso Garcia Jr.

Coordenador do GETA (Grupo Interdisciplinar de Assistência e Estudos em Transtornos Alimentares)
DPMP/FCM/UNICAMP

Ilma. Srta.
Priscila Koritar
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

Deptº de Psicologia Médica e Psiquiatria/FCM/UNICAMP
Cidade Universitária "Zeferino Vaz"
Caixa Postal 6111
Campinas – SP – Brasil
CEP 13081-970

Telefax: (019) 3521-7206
Ramal: 17206
E-mail:
psicurso@fcm.unicamp.br

ANEXO 9 - CARTA DE ANUÊNCIA DO GRATA – HC-FMRP-USP

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA-LAB.NUTRIÇÃO

Prof. Dr. José Ernesto dos Santos
Av. Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto-SP - CEP 14049-900
Fone Fax (016) 602-2366
e-mail: jedsanto@fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 27 de setembro de 2012.

AUTORIZAÇÃO

Após análise do projeto de pesquisa da aluna de mestrado Priscila Koritar do Programa de Pós Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo sob a orientação da Professora Dra Sonia Tucunduva Philippi, intitulado "A influência da preocupação com a saúde, da busca pelo prazer e da insatisfação corporal na escolha alimentar das mulheres" já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, autorizo a pesquisadora aplicar os instrumentos de pesquisa deste projeto nas pacientes em acompanhamento no GRATA – HC USP Ribeirão Preto.

Prof. Dr. José Ernesto dos Santos
Coordenador do GRATA

Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

ANEXO 10 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome: _____	RG: _____
Data de nascimento: / /	Peso (kg): Altura (m):

Você está sendo convidada a participar do Projeto de Pesquisa “A influência da preocupação com a saúde, da busca por prazer e da insatisfação corporal na escolha alimentar das mulheres”, cujo objetivo é avaliar quanto a preocupação com a saúde, as características sensoriais e a insatisfação corporal diferem entre mulheres.

Você deverá preencher 4 questionários sobre suas características alimentares, seu peso e seu comportamento alimentar; alguns participantes serão convidados a preencher 1 destes questionários novamente após 1 mês. Os resultados obtidos serão divulgados em publicações científicas, sem a menção dos seus dados pessoais; caso desejar, você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa. Sua participação não envolve nenhum risco nem modificação no tratamento oferecido pelo AMBULIM, podendo desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Suas dúvidas em relação à pesquisa poderão ser esclarecidas a qualquer momento com um dos pesquisadores responsáveis. A mestrande Priscila Koritar pode ser encontrada no telefone (11) 8124-4752 ou no e-mail prikoritar@gmail.com, a Prof. Dra. Sonia T. Philippi pode ser encontrada no telefone (11) 3066-7701 ou no e-mail: philippi@usp.br e o Prof Dr Táki A. Cordás pode ser encontrado no telefone (11) 2661-6975. O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP pode ser acessado pelo e-mail: coep@fsp.usp.br ou pelo telefone 3066-7779 e o Comitê de Ética Médica em Pesquisa pode ser contactado pelo telefone 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20 ou pelo e-mail: cappesq@hcnet.usp.br.

Declaro que, após ter entendido o que me foi explicado e ter esclarecido eventuais dúvidas, consinto em participar desta pesquisa.

São Paulo, de de 20 .

assinatura do participante da pesquisa

assinatura do responsável pelo estudo

CURRÍCULO LATTES

05/08/13

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Priscila Koritar)

Priscila Koritar Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0672856501794563>

Última atualização do currículo em 05/08/2013

Possui graduação em Nutrição pela Faculdade de Saúde Pública-USP (2010) e atualmente cursa mestrado em Nutrição em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública - USP. (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
 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil
 Telefone: (11) 30617705
 Ramal: 231
 URL da Homepage: www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/titulação

2011 Mestrado em andamento em Nutrição em Saúde Pública.
 Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo.
 Título: A influência da preocupação com a saúde, da busca por prazer e da insatisfação corporal na escolha alimentar, Orientador: Sonia Tucunduva Philippi.
 Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.
2006 - 2010 Graduação em Nutrição e Saúde Pública.
 Faculdade de Saúde Pública-USP.
2002 - 2003 Curso técnico/profissionalizante em Nutrição e Dietética.
 Escola Técnica Estadual Carlos de Campos.

Formação Complementar

2013 - 2013 Bases metodológicas para a escrita científica. (Carga horária: 24h).
 Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo.
2012 - 2012 Treinamento do Software Stata 10 - módulo 1. (Carga horária: 20h).
 Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo.
2011 - 2011 I Curso de Aconselhamento Nutricional. (Carga horária: 14h).
 Instituto de Psiquiatria HC-FMUSP.
2009 - 2009 Extensão universitária em Tratamento da Obesidade e da Compulsão Alimentar. (Carga horária: 64h).
 Instituto de Psiquiatria HC-FMUSP.
2008 - 2009 Extensão universitária em Transtornos Alimentares para estudantes de Nutrição. (Carga horária: 385h).
 Instituto de Psiquiatria HC-FMUSP.

05/08/13

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Sonia Tucunduva Philippi)

Sonia Tucunduva Philippi

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/3124107436743041>

Última atualização do currículo em 02/08/2013

Sonia Tucunduva Philippi é nutricionista sanitária. Concluiu o doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo em 1990. Atualmente é Professora Associada da Universidade de São Paulo. Publicou 70 artigos em periódicos especializados e 204 trabalhos em anais de eventos. Possui 13 livros publicados, sendo 4 obras organizadas, e 38 capítulos de livros. Desenvolveu o software Virtual Nutri Plus. Participou de 70 eventos internacionais e 278 nacionais. Orientou 33 dissertações de mestrado e 9 teses de doutorado, além de ter orientado 21 alunos de iniciação científica, e uma de pós-doutorado. Participou de 271 bancas de trabalhos de conclusão. Recebeu 34 prêmios e/ou homenagens. Atua na área de Nutrição e Alimentos, com ênfase em Saúde Pública. Em suas atividades profissionais interagiu com 210 colaboradores em co-autorias de trabalhos científicos. Docente, Pesquisadora e Orientadora de alunos de Pós-Graduação, Pós-Doutorado, Iniciação Científica. Coordena e participa de Projetos de Pesquisa na área de Nutrição, Consumo Alimentar, Guias Alimentares, Transtornos Alimentares, DCNT, Tabelas de Alimentos, Informatização. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Sonia Tucunduva Philippi
Nome em citações bibliográficas	PHILIPPI, S. T.;sonia tucunduva philippi;PHILIPPI, SONIA TUCUNDUVA;philippi, st;PHILIPPI, ST;PHILIPPI, SONIA T.;PHILIPPI, SONIA T;PHILIPPI ST;Philippi ST;ST Philippi

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição. Av Dr Arnaldo 715 Cerqueira Cesar 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30626748 Ramal: 231
-----------------------	---

Formação acadêmica/titulação

2003	Livre-docência. Faculdade de Saúde Pública. Título: Transição no consumo alimentar de crianças de 0 a 59 meses na cidade de São Paulo, Ano de obtenção: 2003. Palavras-chave: Consumo alimentar; alimentação infantil; Inquéritos nutricionais; Crianças. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição / Subárea: Análise Nutricional de População / Especialidade: Consumo Alimentar. Setores de atividade: Nutrição e Alimentação.
1984 - 1990	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Estudo e aplicação do enfoque de risco nutricional em crianças de zero a