

Universidade De São Paulo
Faculdade De Saúde Pública

**Ortorexia nervosa, comer intuitivo e comer positivo em
nutricionistas, gastrólogos e população geral**

Gabriela Akemi Takeda

**Dissertação apresentada à Faculdade Saúde
Pública para obtenção do título de Mestre
em Ciências**

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

Orientadora: Prof. Dra. Marle S. Alvarenga

São Paulo
2022

Ortorexia nervosa, comer intuitivo e comer positivo em nutricionistas, gastrólogos e população geral

Gabriela Akemi Takeda

Dissertação apresentada à Faculdade Saúde
Pública para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Área de Concentração: Nutrição em Saúde
Pública

Orientadora: Prof. Dra. Marle S. Alvarenga

Versão corrigida

São Paulo

2022

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

Este trabalho é dedicado
ao meu pai (*in memoriam*)
e minha mãe

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Marle Alvarenga, que admiro desde o primeiro contato, ainda na Graduação, e que admiro ainda mais agora. Obrigada por confiar no meu projeto, pelas oportunidades e ensinamentos ao longo dos últimos anos. Você é uma inspiração.

À minha mãe, Silvia Pereira, pelo amor, dedicação e suporte. Se estou completando esta etapa tão importante na minha trajetória, foi porque ela colecionou renúncias e não mediu esforços para que eu pudesse trilhar os caminhos que escolhi. Foi mãe e pai. Meu muito obrigada, sempre.

Ao meu parceiro de vida, Diego Camacho, que acompanhou as angústias, comemorou as conquistas e foi um porto seguro nessa caminhada. Ainda bem que eu disse 'sim'. Obrigada pela parceria e por ser um presente na minha vida.

Aos professores da Pós-Graduação que, mesmo diante do ensino remoto, superaram com maestria e resiliência os desafios impostos pela pandemia. E agradeço também a todos os professores que tive, desde o ensino infantil até aqui, todos foram muito importantes para minha formação.

Agradecimento especial aos professores Altay Lino e Juliana Campos pelas importantes contribuições na banca de qualificação desta pesquisa. E ao professor Wanderson Roberto da Silva, pelas orientações e parceria durante este processo.

Aos meus parceiros de orientadora, Cesar Henrique Moraes e Jéssica Moraes, que foram tão pacientes comigo. Não hesitaram em me ajudar quando precisei, orientando os meus primeiros passos na pós-graduação. Vocês foram incríveis.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa concedida.

À minha melhor amiga, Natalia Braz, e sua família. Há mais de 20 anos nossos caminhos se cruzaram e além de amiga, sempre foi um exemplo para mim. Obrigada por tantos momentos que compartilhamos e experiências que vocês me permitiram viver.

À minha irmã, Priscila Takeda, e a todos os familiares - mesmo àqueles que já estão distantes em quilômetros ou em convivência, mas que de alguma forma contribuíram para minha criação.

Aos meus amigos que estão próximos e puderam acompanhar e me ajudar neste processo, seja me ouvindo ou contribuindo com a divulgação da pesquisa. E aos que já não são tão próximos assim, mas que marcaram minha vida. Certamente são vários e esqueceria de alguém se decidisse nomeá-los aqui.

E a todos que não mencionei diretamente, mas que fizeram parte desta pesquisa ou que, de alguma forma, fizeram parte da minha vida antes desta pesquisa acontecer.

RESUMO

Takeda GA. **Ortorexia nervosa, comer intuitivo e comer positivo em nutricionistas, gastrólogos e população geral [dissertação]**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2022.

Introdução - Ortorexia nervosa (ON) é um comportamento obsessivo de fixação pela “alimentação saudável”, e alguns trabalhos apontam nutricionistas como um grupo vulnerável, mas não há a comparação dos comportamentos entre nutricionistas e outro grupo profissional que também trabalha com foco em alimentação; e a relação entre ON com aspectos intuitivos e positivos da alimentação ainda é pouco explorada. **Objetivo** - Comparar o comportamento de ON, comer intuitivo (CI) e comer positivo (CP) entre nutricionistas, gastrólogos e outras profissões; e avaliar a relação entre estes comportamentos e outros fatores. **Métodos** - Profissionais das áreas de Nutrição (n = 388), Gastronomia (n = 99) e outras profissões (n = 101), responderam à pesquisa on-line, contendo perguntas sociodemográficas, a *Teruel Orthorexia Scale* (TOS), *Intuitive Eating Scale-2* (IES-2), *Positive Eating Scale* (PES), Questionário de comportamento de risco para Transtornos Alimentares, *Body Shape Questionnaire* (BSQ-8B) ou *Male Body Dissatisfaction Scale* (MBDS). As propriedades psicométricas dos instrumentos foram previamente avaliadas por análise fatorial confirmatória, segundo parâmetros vigentes. Os escores das escalas TOS, IES-2 e PES foram comparados entre os grupos por meio do teste de Kruskal-Wallis e teste de correlação de Spearman foi realizado entre ON, CI e CP. Um modelo de análise de caminhos foi desenvolvido e testado para a amostra feminina (n = 536), para avaliar quais os fatores associados com o comportamento de ON. **Resultados** – A correlação entre ON e CI foi média e negativa, assim como para ON e CP (p < 0,001) para amostra total. Nutricionistas apresentaram menor pontuação para ON e maior para CI e CP, comparada com os demais grupos (p < 0,001), mas a análise de caminhos identificou que a profissão não explicou a variância dos achados para ON, e sim: preocupação com a forma corporal ($\beta = 0,450$; p < 0,001), o comportamento de risco para transtornos alimentares ($\beta = 0,110$; p = 0,004), o vegetarianismo ($\beta = 0,070$; p = 0,045) e a idade ($\beta = 0,081$; p < 0,007), que foram positivamente associados com ON, e o comer positivo foi negativamente associado ($\beta = -0,100$; p < 0,001). **Conclusão** – Encontrou-se relação negativa da ON com CI e CP na amostra como um todo. Mas, apesar de nutricionistas apresentarem menor pontuação para ON e maior para CP e CI, em relação aos demais grupos, os resultados do modelo de análise de caminhos para a amostra feminina não confirmaram que

a profissão esteve associada a comportamentos de ON – e sim especialmente preocupação com a forma corporal, comportamento de risco para transtornos alimentares e comer menos positivo.

Palavras-chave: Comportamento Alimentar. Nutricionistas. Ortorexia Nervosa. Comer Intuitivo. Comer Positivo.

ABSTRACT

Takeda GA. **Orthorexia nervosa, intuitive eating and positive eating in dietitians, graduates in Gastronomy and general population. [dissertation].** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2022.

Introduction - Orthorexia nervosa (ON) it is an obsessive behavior of fixation on “healthy eating”, and some studies point to dietitians as a vulnerable group, but there is no comparison of behaviors between dietitians and another professional group that also works with a focus on food, and the relationship between ON with aspects intuitive and positive aspects of eating is still little explored. **Aim** - Compare the behavior of ON, intuitive eating (CI) and positive eating (CP) among dietitians, graduates in Gastronomy and other professions, and to evaluate the relationship between these behaviors and other factors. **Methods** - Professionals from the areas of Nutrition (n = 388), Gastronomy (n = 99) and other professions (n = 101), answered the online survey, containing sociodemographic questions, the Teruel Orthorexia Scale (TOS), Intuitive Eating Scale (IES-2), Positive Eating Scale (PES), Risk Behavior Questionnaire for Eating Disorders, Body Shape Questionnaire (BSQ-8B) or the Male Body Dissatisfaction Scale (MBDS). The psychometric properties of the instruments were previously evaluated by confirmatory factor analysis, according to current parameters. The scores of the TOS, IES-2 and PES scales were compared between the professional groups using the Kruskal-Wallis test and Spearman correlation was used to the correlations between ON, CI and CP. A path analysis model was developed and tested for the female sample (n = 536), to assess which factors were associated with ON behavior. **Results** – The correlation between ON and CI was moderate and negative, as well as for ON and CP (p < 0.001) for the total sample. Dietitians had a lower score for ON and a higher score for IC and CP, compared to the other groups (p < 0.001), but the path analysis identified that the profession did not explain the variance of the findings for ON, but: body shape concern ($\beta = 0.450$; p < 0.001), vegetarianism ($\beta = 0.070$; p = 0.045), risk behavior for eating disorders ($\beta = 0.110$; p = 0.004) and age ($\beta = 0.081$; p < 0.007) , which were positively associated with ON, and positive eating was negatively associated ($\beta = -0.100$; p < 0.001). **Conclusion** – The expected negative relationship between ON and CI and CP in the sample was confirmed. But, although dietitians had lower scores for ON and higher scores for CP and CI, in relation to the other groups, the results of the structural model for the female sample did not confirm that the profession was associated with ON behavior – but especially body shape concern, risk behavior for eating disorders and less positive eating.

Keywords: Eating Behavior. Dietitians. Orthorexia Nervosa. Intuitive Eating. Positive Eating.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Proposta de "critério diagnóstico" para Ortorexia nervosa de Dunn e Bratman (2016).....	22
Quadro 2. Instrumentos para avaliação de Ortorexia nervosa.....	26
Quadro 3. Ortorexia nervosa em nutricionistas (n=6) e estudantes de nutrição (n=26).....	33
Quadro 4. Associações significativas entre ortorexia nervosa, preocupação não patológica com alimentação saudável e variáveis avaliadas.....	105

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. <i>Continuum</i> da Ortorexia.....	30
Figura 2. Diagrama representativo do modelo estrutural completo (n=536).....	92
Figura 3. Diagrama representativo do modelo estrutural refinado (n=536).....	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estatísticas descritivas dos itens da <i>Teruel Orthorexia Scale</i> (TOS).....	65
Tabela 2. Indicadores psicométricos da <i>Teruel Orthorexia Scale</i> – TOS – versão original de 17 itens e ajustada para a amostra do presente estudo (n=588).....	67
Tabela 3. Estatísticas descritivas dos itens da <i>Intuitive Eating Scale</i> (IES-2).....	68
Tabela 4. Indicadores psicométricos da <i>Intuitive Eating Scale</i> – IES-2 – versão 23 itens e ajustada para a amostra do presente estudo (n=588).....	70
Tabela 5. Estatísticas descritivas dos itens da <i>Positive Eating Scale</i> (PES).....	71
Tabela 6. Indicadores psicométricos da <i>Positive Eating Scale</i> – PES - versão com 8 itens - adequada para a amostrado presente estudo (n=588).....	72
Tabela 7. Estatísticas descritivas dos itens do <i>Body Shape Questionnaire</i> – versão reduzida (BSQ-8B).....	73
Tabela 8. Indicadores psicométricos do <i>Body Shape Questionnaire</i> – versão reduzida - BSQ-8B - adequada para a amostra feminina do presente estudo (n=536).....	74
Tabela 9. Estatísticas descritivas dos itens da <i>Male Body Dissatisfaction Scale</i> – versão reduzida (MBDS).....	75
Tabela 10. Características sociodemográficas, classificação do estado nutricional e socioeconômica dos participantes (n=588).....	76

Tabela 11. Descrição de idade e Índice de Massa Corpórea (IMC) por grupo profissional (n=588).....	77
Tabela 12. Distribuição de região do país dos participantes por grupo profissional (n=588).	78
Tabela 13. Distribuição dos sexos por grupo profissional dos participantes (n=588).....	78
Tabela 14. Distribuição dos estratos socioeconômicos por grupo profissional dos participantes (n=577).....	78
Tabela 15. Distribuição do vegetarianismo por grupo profissional dos participantes (n=588).	78
Tabela 16. Distribuição do comportamento de risco para transtornos alimentares (TA) por grupo profissional dos participantes (n=588).....	79
Tabela 17. Descrição dos escores para preocupação com a forma corporal (BSQ) segundo grupo profissional dos participantes (n=536).....	79
Tabela 18. Avaliação de normalidade das variáveis preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS), ortorexia nervosa, comer intuitivo e comer positivo.....	80
Tabela 19. Correlação entre ortorexia nervosa, preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS), comer intuitivo e comer positivo (n=588).....	80
Tabela 20. Correlação entre ortorexia nervosa, preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS) e fatores da Intuitive Eating Scale (IES-2).....	81
Tabela 21. Medianas (Q1-Q3) de ortorexia nervosa, preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS), comer intuitivo e comer positivo segundo grupo profissional dos participantes (n=588).....	81
Tabela 22. Medianas (Q1-Q3) de ortorexia nervosa, preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS) segundo estrato socioeconômico dos participantes (n=577).	83
Tabela 23. Medianas (Q1-Q3) de ortorexia nervosa, preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS) segundo região do país dos participantes (n=588).....	83
Tabela 24. Medianas (Q1-Q3) de ortorexia nervosa, preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS) segundo sexo dos participantes (n=588).....	84
Tabela 25. Medianas (Q1-Q3) de ortorexia nervosa, preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS) segundo vegetarianismo declarado pelos participantes (n=588).....	84
Tabela 26. Medianas (Q1-Q3) de ortorexia nervosa, preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS) segundo presença ou não de comportamento de risco para transtornos alimentares (TA) entre os participantes (n=588).....	84
Tabela 27. Medianas (Q1-Q3) de ortorexia nervosa, preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS) segundo estado nutricional dos participantes (n=588).....	85

Tabela 28. Correlação (p-valor) de ortorexia nervosa, preocupação não patológica com alimentação saudável com idade e Índice de Massa Corpórea (IMC) dos participantes (n=588).....	85
Tabela 29. Frequência (%) das respostas aos itens da Escala de Ortorexia de Teruel (TOS) por grupo profissional: nutricionista (N) (n=388), gastrólogos (G) (n=99) e controle (C) (n=101).87	87
Tabela 30. Modelo estrutural completo para a amostra feminina (n=536).....	93
Tabela 31. Modelo estrutural refinado para a amostra feminina (n=536).....	95

LISTA DE ABREVIATURAS

BOT: Bratman's Orthorexia Test
BSQ: Body Shape Questionnaire
CI: Comer Intuitivo
CFI: Comparative Fit Index
CP: Comer Positivo
DOS: Düsseldorf Orthorexie Skala
EAT-26: Eating Attitudes Test-26
EAT-40: Eating Attitudes Test-40
EDE-Q: Eating Disorder Examination Questionnaire
EHQ: Eating Habits Questionnaire
EPSI: Eating Pathology Symptoms Inventory
FFQ: Food Frequency Questionnaire
IC: imagem corporal
IES-2: Intuitive Eating Scale – 2
IEQ: Inflexible Eating Questionnaire
IMC: Índice de Massa Corpórea
MBDS: Male Body Dissatisfaction Scale
MBSRQ: Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire
MOCI: Maudsley Obsessive Compulsive Inventory
ON: Ortorexia Nervosa
PES: Positive Eating Scale
PNPAS: preocupação não patológica com alimentação saudável
REDCap: Research Electronic Data Capture
RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation
SRMR: Standardized Root Mean Square Residual
TA: Transtornos Alimentares
TFEQ: Three-Factor Eating Questionnaire
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI: Tucker-Lewis Index
TOS: Teruel Orthorexia Scale (Escala de Ortorexia de Teruel)
VD: Variável dependente
VI: Variável independente

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 O QUE É ORTOREXIA NERVOSA	20
1.2 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE ORTOREXIA NERVOSA	25
1.3 ESTUDOS SOBRE ORTOREXIA NERVOSA COM NUTRICIONISTAS E ESTUDANTES DE NUTRIÇÃO	31
1.4 CONCEITO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E COMO É DISCUTIDO NA FORMAÇÃO EM NUTRIÇÃO E GASTRONOMIA.....	44
1.5 COMER INTUITIVO E COMER POSITIVO	49
1.6 JUSTIFICATIVA	52
2. OBJETIVOS	54
2.1 OBJETIVO GERAL.....	54
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	54
3. MÉTODOS	55
3.1 DELINEAMENTO	55
3.2 ASPECTOS ÉTICOS	55
3.3 AMOSTRA E CRITÉRIOS DE PARTICIPAÇÃO	55
3.4 CÁLCULO DA AMOSTRA.....	56
3.5 PROCEDIMENTOS e VARIÁVEIS DO ESTUDO	56
3.5 INSTRUMENTOS	57
3.5.1 Questionário para Avaliação de Comportamentos de Risco para Transtornos Alimentares.....	57
3.5.2 <i>Teruel Orthorexia Scale</i> – TOS.....	58
3.5.3 <i>Intuitive Eating Scale</i> – IES-2	58
3.5.4 <i>Positive Eating Scale</i> - PES.....	59
3.5.5 <i>Body Shape Questionnaire</i> - BSQ - Versão Reduzida	59
3.5.6 <i>Male Body Dissatisfaction Scale</i> - MBDS - Versão Reduzida.....	60
4. ANÁLISE DOS DADOS	61
4.1 AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DAS ESCALAS	61
4.2 ANÁLISE INVESTIGATIVA DOS OBJETIVOS DO ESTUDO	61
5. RESULTADOS	64
5.1 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS	64

5.1.1 <i>Teruel Orthorexia Scale</i> (TOS)	64
5.1.2 <i>Intuitive Eating Scale-2</i> (IES-2)	68
5.1.3 <i>Positive Eating Scale</i> (PES)	71
5.1.4 <i>Body Shape Questionnaire</i> – Versão Reduzida (BSQ-8B)	73
5.1.5 <i>Male Body Dissatisfaction Scale</i> – Versão reduzida (MBDS)	74
5.2 RESULTADOS DA ETAPA INVESTIGATIVA.....	75
5.2.1 Características Sociodemográficas e de Estado Nutricional	75
5.2.2 Ortorexia Nervosa, Preocupação não Patológica com Alimentação Saudável, Comer Intuitivo e Comer Positivo.....	79
5.2.3 Ortorexia Nervosa, Preocupação não Patológica com Alimentação Saudável, Comer Intuitivo e Comer Positivo segundo Grupo Profissional	81
5.2.4 Fatores relacionados à Ortorexia Nervosa e à Preocupação não Patológica com Alimentação Saudável	82
5.2.5 Modelo Estrutural para Ortorexia Nervosa (ON) e Preocupação não Patológica com Alimentação Saudável (PNPAS)	91
6. DISCUSSÃO.....	96
6.1 RELAÇÃO ENTRE ORTOREXIA NERVOSA (ON), COMER POSITIVO (CP) E COMER INTUITIVO (CI)	97
6.1.1 Relação entre Preocupação não Patológica com Alimentação Saudável, Comer Positivo e Comer Intuitivo.....	98
6.2 ORTOREXIA NERVOSA, PREOCUPAÇÃO NÃO PATOLÓGICA COM ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, COMER INTUITIVO E COMER POSITIVO SEGUNDO GRUPO PROFISSIONAL	100
6.2.1 Ortorexia Nervosa (ON)	100
6.2.2 Preocupação não Patológica com Alimentação Saudável (PNPAS).....	102
6.2.3 Comer Intuitivo (CI) e Comer Positivo (CP).....	103
6.3 FATORES RELACIONADOS À ORTOREXIA NERVOSA (ON) E PREOCUPAÇÃO NÃO PATOLÓGICA COM ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL (PNPAS)	104
6.3.1 Imagem Corporal	108
6.3.2 Comportamento de Risco para Transtornos Alimentares	111
6.3.3 Vegetarianismo	113
6.3.4 IMC.....	114
6.3.5 Idade	115
6.3.6 Relação entre Ortorexia Nervosa (ON) e Preocupação não Patológica com Alimentação Saudável (PNPAS).....	116

7. CONCLUSÃO	120
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS ...	121
9. REFERÊNCIAS	124
10. ANEXOS	137
ANEXO 1. PARECER CONSUBSTANCIADO – COMITÊ DE ÉTICA.....	137
ANEXO 2. QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTO DE RISCO PARATRANSTORNOS ALIMENTARES DE HAY	142
ANEXO 3. TERUEL ORTHOREXIA SCALE (TOS).....	144
ANEXO 4. INTUITIVE EATING SCALE (IES-2).....	146
ANEXO 5. POSITIVE EATING SCALE (PES).....	149
ANEXO 6. BODY SHAPE QUESTIONNAIRE – VERSÃO REDUZIDA (BSQ-8B).....	150
ANEXO 7. MALE BODY DISSATISFACTION SCALE (MBDS) - VERSÃO REDUZIDA	151
11. APÊNDICES	153
APÊNDICE 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	153
APÊNDICE 2. QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS, ANTROPOMÉTRICAS E DE CARACTERÍSTICAS ALIMENTAÇÃO.....	155
CURRÍCULO LATTES – GABRIELA AKEMI TAKEDA	156
CURRÍCULO LATTES – MARLE ALVARENGA	157

1. INTRODUÇÃO

A alimentação tem sabidamente um papel importante na promoção da saúde e prevenção de doenças, portanto, o tema alimentação e nutrição gera grande interesse na população. Porém, a preocupação e esforços para comer de modo saudável nem sempre é bem compreendida – inclusive o que se denomina de alimentação saudável pode variar grandemente.

O conceito de alimentação saudável muda em diferentes contextos históricos, a partir de diferentes formas de construção social (AZEVEDO, 2008). Muitos elementos em relação aos alimentos, além de diferentes padrões alimentares e formas de se alimentar, podem ser considerados para determinar uma alimentação saudável. E dentro desta complexidade, as pessoas podem obter tais informações de diferentes fontes (PAQUETTE, 2005).

No Guia Alimentar para População Brasileira encontramos que alimentação adequada e saudável é aquela que “envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis” (BRASIL, 2014). Embora essa referência traga a amplitude do conceito “alimentação saudável”, ele ainda é discutido e colocado pelo viés puramente biológico, ou seja, pela quantidade de calorias e/ou pela oferta de nutrientes.

Neste viés fundamentalmente biológico, o entendimento sobre o saudável pode até se tornar “patologicamente saudável”. Assim, surgiu o termo e conceito da ortorexia nervosa (ON), cunhado pelo médico americano Steven Bratman em 1997, como uma fixação em comer alimentos “adequados”. A palavra é um neologismo do termo *orto*, que significa *correto*, e o *orexis* (*apetite*). Comportamentos como a preocupação exagerada com a qualidade da alimentação, com a pureza dos alimentos e com o uso exclusivo de “alimentos politicamente corretos e saudáveis” – acarretando restrições alimentares significativas e reflexos no convívio social – são característicos do quadro (BRATMAN, 1997).

Desde a sua definição, os estudos sobre ON são crescentes, incluindo os teóricos discutindo a viabilidade do conceito, os que avaliam suas interações com outros comportamentos, além de semelhanças e diferenças com os transtornos alimentares (TA). Além

disso, diferentes questionários têm sido propostos para avaliar este comportamento, destacando-se a *Teruel Orthorexia Scale* (TOS), escala desenvolvida na Espanha e recentemente adaptada transculturalmente para o contexto brasileiro, que propõe a avaliação do comportamento ortoréxico de forma mais acurada e com boas propriedades psicométricas em amostras estudadas até aqui.

A ON não é um transtorno alimentar (TA), e, portanto, não tem critérios diagnósticos definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ou pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). O que se pode afirmar até aqui é que é um comportamento não saudável, que pode ser considerado como um quadro de comer transtornado – termo utilizado para definir o espectro de comportamentos disfuncionais em relação à alimentação, que vão desde à prática de dietas ineficazes até os comportamentos clássicos dos TA como restrição, compulsão alimentar e práticas purgativas (ADA, 2006; ALVARENGA et al., 2013).

Embora não seja um diagnóstico, o tema suscita grande interesse à Nutrição, já que os conceitos sobre o que é saudável são muito enviesados, e existem exemplos deste tipo de “proposta de alimentação saudável” que são disseminados na mídia e até mesmo por profissionais de saúde. Os comportamentos característicos da ON já foram associados aos quadros de TA e de risco para evolução de TA (BRYTEK-MATERA, 2014a; BRYTEK-MATERA et al., 2015b; SEGURA-GARCIA et al., 2015; BARTHELIS et al., 2017; GRAMAGLIA et al., 2017).

Os comportamentos ortoréxicos seguem tendências da cultura popular em direção a uma “vida saudável”. O *que se come* (tipo de alimento, quantidade de nutrientes) muitas vezes vai de encontro com o que é preconizado, portanto pode ser difícil apontar quando a preocupação com a saúde alimentar atinge proporções patológicas – podendo ser ignorado ou endossado (KOVEN e ABRY, 2015). Mas este comportamento não deve ser normalizado, mesmo na vigência dos modismos alimentares; e discute-se que um indivíduo pode desenvolver o comportamento ortoréxico na tentativa de seguir recomendações plausíveis – de profissionais ou guias alimentares, por exemplo – ao levar essas recomendações a um grau extremo (MARTINS et al., 2020).

Dentre as populações avaliadas quanto ao comportamento ortoréxico estão nutricionistas e estudantes de Nutrição, com achados apontando alta frequência neste público. Discute-se que tais achados seriam resultado da própria formação em Nutrição, na qual a tríade saúde-doença-alimentação é muitas vezes reduzida a um olhar biologicista (ALVARENGA et al., 2012; KORITAR e ALVARENGA, 2017; CAREROGLU e TOKLU, 2022). Além disso,

este público pode estar suscetível ao desejo de servir como um “modelo” de alimentação saudável para a sociedade, o que também poderia reforçar o comportamento ortoréxico.

No entanto, no Brasil o tema ainda é pouco explorado. Revisão anterior (MARTINS et al., 2011) e estudos de avaliação de ON em populações brasileiras utilizaram o ORTO-15, um dos primeiros instrumentos desenvolvidos para avaliar ON, que avançou com fortes críticas quanto à sua confiabilidade. Temos, ainda, algumas publicações enviesadas que falam de “diagnóstico” de ON, o que é um resultado equivocado, uma vez que não se trata de patologia ou quadro definido. Apenas um estudo brasileiro avaliou nutricionistas, utilizando esse questionário – e chamando atenção para suas limitações – mas não comparou os resultados com outros grupos profissionais (ALVARENGA et al., 2012).

O crescente estudo sobre ON foi acompanhado por um interesse em avaliar as associações com outros comportamentos alimentares, porém as relações com comportamentos alimentares adaptativos têm sido abordadas de maneira menos expressiva. Entre esses comportamentos estão o comer intuitivo (CI), que se refere a um conjunto de comportamentos alimentares flexíveis que são regulados por sinais fisiológicos internos, divididos em 3 pilares: permissão incondicional para comer (com sintonia), comer para atender as necessidades fisiológicas e não emocionais e seguir os sinais internos de fome e saciedade (TYLKA, 2006); e o comer positivo (CP), que avalia a relação positiva com a alimentação de uma maneira mais “geral” (SPROESSER et al., 2017). O CP ainda não foi investigado em nutricionistas, bem como a sua relação com ON, em qualquer público. No contexto brasileiro, a relação entre CI e ON ainda não foi explorada, bem como a sua investigação em nutricionistas.

Dessa forma, este estudo se fundamenta na importância de avaliar o comportamento de ON – com um instrumento mais adequado psicometricamente – no grupo de nutricionistas, mas comparando com outro grupo profissional que também trabalhe diretamente com alimentos (a saber, os gstrólogos), além de outras profissões; e explorar comportamentos não transtornados ou patológicos para com a alimentação e sua relação com o comportamento de ON: o comer intuitivo e o comer positivo. A organização do estudo se dá da seguinte forma: 1) Fundamentação teórica sobre os temas da pesquisa (“*O que é ortorexia nervosa*”, “*Instrumentos para avaliação de ortorexia nervosa*”, “*Estudos sobre ortorexia nervosa com nutricionistas e estudantes de nutrição*”, “*Conceito de alimentação saudável*” e “*Comer intuitivo e Comer positivo*”); 2) Objetivos geral e específicos; 3) Descrição dos métodos em seus subitens: “*Delineamento*”; “*Aspectos éticos*”, “*Amostra e critérios de participação*”, “*Cálculo da amostra*”, “*Procedimentos e variáveis do estudo*” e “*Instrumentos*”; 4) Análise

de dados; 5) Resultados; 6) Discussão; 7) Conclusão; 8) Considerações finais e sugestões para trabalhos futuros.

1.1 O QUE É ORTOREXIA NERVOSA

Steven Bratman cunhou o termo ortorexia nervosa (ON) observando sua própria experiência com alimentação e de pessoas ao seu redor. A primeira descrição de ON apresentada por ele é de uma fixação em comer alimentos “adequados”, que ocupa um espaço cada vez maior na vida da pessoa. Ainda, que o comportamento tinha uma conotação espiritual para os indivíduos, e que quando esses comportamentos “ideais” não são alcançados merecem penitência (ex. jejuns prolongados e dietas mais rigorosas) (BRATMAN, 1997).

A ON surge num contexto social que enfatiza a responsabilidade individual e a obrigação moral de preservar a saúde e prevenir doenças, um discurso conhecido como “*healthism*” (salutarismo), onde a saúde física se torna um bem moral e o corpo um símbolo de caráter pessoal, que reflete os hábitos e confere um status social. Assim, na ortorexia, as escolhas alimentares são enquadradas como escolhas de “saúde”, portanto, os comportamentos ortoréxicos podem refletir a pressão para manter a saúde e as implicações morais de se engajar em comportamentos que visam o cuidado com ela (WHITE et al., 2020).

A primeira proposta de definição de “critérios” para identificação da ON veio em 2013, descritos nesta linha: uma preocupação patológica com nutrição e dieta muito além do que é necessário para a saúde e influência indevida da dieta na autoavaliação, guiada para a saúde mais do que para a magreza; não sendo atribuível a uma condição médica ou outro transtorno mental, como anorexia nervosa, bulimia nervosa ou transtorno obsessivo-compulsivo (CENA et al., 2019). Posteriormente, Moroze et al. (2015) apresentaram uma nova proposta, com “critérios” que destacavam preocupação obsessiva em comer “alimentos saudáveis”, com foco na qualidade e composição das refeições; que levariam à desequilíbrios nutricionais ou grave prejuízo social, acadêmico ou profissional devido a pensamentos e comportamentos obsessivos enfocando as crenças do indivíduo sobre alimentação “saudável”.

No mesmo ano outros autores publicaram uma proposta de “diagnóstico” para ON, pautada em cinco critérios: 1) preocupação intensa e duradoura com uma nutrição saudável, alimentos saudáveis e alimentação saudável; 2) ansiedade pronunciada e também ampla evitação de alimentos considerados prejudiciais à saúde de acordo com crenças subjetivas; 3) pelo menos duas ideias supervalorizadas sobre a eficácia e potenciais benefícios dos alimentos para a saúde e/ou preocupação ritualizada em comprar, preparar e consumir alimentos – o que

não se deve a motivos culinários, mas sim a ideias supervalorizadas, nas quais o desvio ou impossibilidade de aderir às regras de nutrição causa medo intenso, que pode ser evitado por uma adesão rígida às regras; 4) a fixação em uma alimentação saudável causa sofrimento ou prejuízos com relevância clínica em áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes de vida e/ou afeta negativamente as crianças (ex: alimentar crianças de forma inadequada para a idade) e/ou causa deficiência nutricional devido ao comportamento alimentar transtornado, que não necessariamente é reconhecido (e que em alguns casos pode ser um indicador da gravidade); 5) pode haver perda de peso pretendida e baixo peso, mas as preocupações com o peso e a forma não devem ser determinantes do quadro (BARTHELIS, 2015a).

Em 2016, Thomas Dunn e Steven Bratman publicaram que o comportamento ortoréxico é caracterizado pelo foco obsessivo em alimentação “saudável”, que seria definida por uma teoria alimentar ou conjunto de crenças do sujeito, que seriam entendidas como promotoras de “ótima saúde”. A preocupação em seguir tais práticas gera angústia emocional, marcadas por medo exagerado de doença, senso de impureza e/ou sensações físicas negativas como ansiedade e vergonha. As regras alimentares podem se tornar progressivamente restritivas, vindo a incluir eliminação de grupos alimentares inteiros e “limpezas”. Esse agravamento comumente leva à perda de peso, mas o desejo de perder peso está ausente, escondido ou subordinado à ideiação acerca de alimentação saudável. Os comportamentos geram angústia intrapessoal ou comprometimento das funções – conforme descritas no Quadro 1 (DUNN e BRATMAN, 2016). Uma proposta de definição e critérios diagnósticos foi recém-publicada, por 47 especialistas que estudam ON, de 14 países diferentes. Esta proposta contém 27 itens, que foram divididos entre definição e aspectos clínicos, duração, consequências, início do quadro, critérios de exclusão, características associadas e possíveis fator de risco, além de diagnóstico diferencial de outras doenças psiquiátricas; porém ainda sem estudos que exploraram a mesma (DONINI et al., 2022).

Quadro 1 - Proposta de "critério diagnóstico" para Ortorexia Nervosa de Dunn e Bratman (2016)

Critério A	Critério B
<p>Foco obsessivo em alimentação “saudável” conforme definida por uma teoria alimentar ou conjunto de crenças, cujos detalhes específicos podem variar; marcado por angústia emocional exagerada em relação as escolhas alimentares percebidas como não saudáveis; perda de peso pode ocorrer como resultado das escolhas alimentares, mas não é o objetivo primário, conforme evidenciado por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamento obsessivo e/ou preocupação mental com respeito a práticas alimentares restritivas e afirmativas entendidas pelo indivíduo como promotoras de ótima saúde. 2. Violação das regras alimentares auto impostas causa medo exagerado de doença, senso de impureza pessoal e/ou sensações físicas negativas acompanhadas por ansiedade e vergonha. 3. Progressão das restrições alimentares ao longo do tempo, e podem vir a incluir a eliminação de grupos alimentares inteiros e envolver mais frequentes, progressivas e/ou graves “limpezas” (jejuns parciais) considerados como purificantes ou detoxificantes. Esse agravamento comumente leva à perda de peso, mas o desejo de perder peso está ausente, escondido ou subordinado à ideiação acerca de alimentação saudável. 	<p>O comportamento obsessivo e preocupação mental se torna clinicamente incapacitante por qualquer um dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desnutrição, perda de peso grave ou outras complicações médicas de uma dieta restritiva. 2. Angústia intrapessoal ou comprometimento das funções sociais, acadêmicas ou vocacionais secundária a crenças ou comportamentos acerca de alimentação saudável. 3. Imagem corporal positiva, autoestima, identidade e/ou satisfação excessivamente dependente da conformidade com o comportamento alimentar “saudável” autodefinido

Martins e colaboradores, incluindo as autoras da presente dissertação, publicaram em 2020 um capítulo (MARTINS et al., 2020), incluindo uma revisão integrativa sobre o tema. Destacamos ali o crescimento de estudos sobre ON: de 2011 a dezembro de 2018, foram localizados 112 artigos. Deste total, 77 (69%) eram originais, sendo que 56 avaliaram de alguma forma a presença de comportamento ortoréxico, 14 estudos se dedicaram ao desenvolvimento e validação de instrumentos e os outros 7 foram estudos qualitativos e de opiniões e crenças. A descrição e caracterização da ON foi foco de outros 10 estudos e os demais eram de resenha de livro, revisões, casos clínicos, teses/dissertações, editoriais, comentário de artigo ou errata. Após 2018, uma busca rápida na base de dados *Pubmed*, localizou mais 264 artigos discutindo e investigando de alguma forma ON.

O comportamento de ON já foi, portanto, avaliado em diferentes populações, com diferentes instrumentos. Os principais estudos foram feitos com a população geral, mas existem também avaliações com grupos que teriam maior risco para os comportamentos característicos do quadro, entre eles atletas e praticantes de atividade física, vegetarianos e adeptos de dietas alternativas (incluindo dietas para perda de peso), e estudantes e profissionais da saúde – especialmente nutricionistas e estudantes de nutrição – que serão discutidos a seguir. Tratando-se da frequência do comportamento nesses diferentes públicos, os resultados são muito heterogêneos, pelo local de estudo, população e instrumento utilizado.

Alguns estudos não avaliaram a frequência de ON, mas avaliaram associações de ON com idade, sexo, índice de massa corpórea (IMC), satisfação com a imagem corporal, alimentação “alternativa” (como vegetarianismo), comportamentos perfeccionistas, comportamentos obsessivo-compulsivos e uso de mídias sociais. Não há um resultado homogêneo nessas avaliações, mas entre os achados há mais comportamento de ON entre pessoas com sobrepeso/obesidade; aqueles com mais sintomas de perfeccionismo, orientação à aparência (importância cognitiva ou atenção e os comportamentos emitidos com o objetivo de manter ou melhorar os aspectos que a caracterizam), preocupação com excesso de peso; aqueles com menor desconforto com a imagem corporal e sinais obsessivo-compulsivos entre mulheres; os de maior IMC entre homens; aqueles com maior risco de comportamento obsessivo-compulsivo e menor risco de TA; aqueles que se percebem como possuindo um tipo físico relativamente muscular e magro; em indivíduos com dieta vegetariana/vegana (MARTINS et al., 2020); além de estudos apontando a relação negativa com o comer intuitivo (COIMBRA e FERREIRA, 2020; RODGERS et al., 2021; YAKIN et al., 2022; ANASTASIADES e ARGYRIDES, 2022).

Pelas características do quadro, destaca-se a necessidade de avaliar associações entre ON e TA. Ambos os quadros apresentam crenças, pensamentos, sentimentos e comportamentos disfuncionais para com a alimentação. Muitos esforços têm sido feitos para diferenciar a ON de TA atualmente descritos ou de comprovarem a existência de tal correlação. Alguns estudos que avaliaram ON mostraram que ela possui sintomatologia (ZICKGRAF et al., 2019) e padrões alimentares (PLICHTA et al., 2020) distintos dos TA. Estudos que entrevistaram profissionais da saúde corroboram essa diferenciação, na Holanda (RYMAN et al., 2019) e na Austrália e Nova Zelândia (REYNOLDS e McMAHON, 2020). Outros estudos, porém, colocam que ON vai de encontro aos critérios diagnósticos dos TA (PARRA CARRIEDO et al., 2020). Muitos discutem a possível sobreposição de ON e TA, com o foco no peso sendo um importante condutor da sintomatologia de ON (ŁUCKA et al., 2019).

Alguns autores argumentam, portanto, que a ON não é um diagnóstico único, mas sim uma manifestação de um TA restritivo já descrito, como a anorexia nervosa ou bulimia nervosa (BHATTACHARYA et al., 2022). No entanto, outros argumentam que a ON é um padrão de TA distinto, observando que os tamanhos de efeito para a relação entre ON e outros sintomas de TA tendem a ser moderados e, desta forma, não sugestivos de uma sobreposição completa entre os dois comportamentos (ZAGARIA et al., 2021). A literatura atual deixa em aberto a questão de como a ON se relaciona com os TA e se a relação é específica para certos domínios de sintomas dos TA ou limitada a comportamentos alimentares não patológicos relacionados ao peso (ATCHISON e ZICKGRAF, 2022).

A ON também vem sendo investigada com relação à problemas com a imagem corporal (IC), que é um conceito psicológico multidimensional, incluindo a aparência física e abrangendo atitudes e percepções em relação ao próprio corpo. A parte atitudinal da IC compreende a avaliação subjetiva (satisfação ou insatisfação corporal e crenças relacionadas), bem como o investimento cognitivo, comportamental e emocional. Já o componente perceptivo corresponde à representação mental que um indivíduo criou frente a realidade vista do próprio corpo ou partes dele. Os distúrbios da IC podem abranger problemas com o componente atitudinal, com o componente perceptivo ou ambos. Em termos de atitudes, o distúrbio da IC pode se manifestar, por exemplo, por meio da insatisfação do indivíduo com sua aparência, preocupação com a forma corporal, ansiedade ou vergonha em relação ao corpo, crença distorcida sobre a aparência, investimento comportamental excessivo na aparência ou evitação do corpo (PAUZÉ et al., 2021).

Alguns estudos se dedicaram a investigar a associação entre ON e distúrbios da IC, uma vez que aspectos da IC podem estar associados com maior preocupação com alimentação.

Algumas pesquisas têm, de fato, encontrado uma relação positiva entre ON e alterações do componente atitudinal da IC. Porém existem resultados que sugerem o contrário, mostrando uma relação ainda controversa sobre a qual não se pode afirmar se o distúrbio da IC é ou não uma característica da ON. Assim, busca-se esclarecer se os distúrbios da IC se apresentariam como uma característica central, um critério de exclusão ou somente como uma característica associada a ON (PAUZÉ et al., 2021; ŞENTÜRK et al., 2022).

1.2 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE ORTOREXIA NERVOSA

Diferentes instrumentos para rastrear comportamentos característicos da ON foram desenvolvidos e aplicados. Eles estão sumarizados no Quadro 2.

Quadro 2. Instrumentos para avaliação de Ortorexia nervosa

INSTRUMENTO	ITENS E AVALIAÇÃO	USO NA LITERATURA	CONSISTÊNCIA INTERNA
Bratman's Orthorexia Test (BOT) BRATMAN, 2000 Estados Unidos	10 questões com respostas dicotômicas ("sim"=1 ponto e "não"=0 ponto); escore de 0-10 pontos, com ponto de corte ≥ 4	Trabalhos que o usaram não encontraram uniformidade quanto ao critério de classificação. Sem adaptação transcultural para o contexto brasileiro	A qualidade psicométrica não foi estabelecida para a versão original. Um estudo avaliou a versão alemã com limitação na consistência interna ($\alpha = 0,65$)
ORTO-15 DONINI et al., 2005 Itália	15 itens com respostas do tipo <i>likert</i> (sempre, frequentemente, às vezes e nunca); escore (inversamente proporcional ao comportamento de ON) de 15-60 pontos, com ponte de corte ≤ 40	Foi traduzido para diferentes contextos, com propostas de adaptações para melhor ajuste psicométrico, entre elas para o turco (ORTO-11), polonês (ORTO-6), português brasileiro (ORTO-12), húngaro (ORTO-11-Hu), alemão (ORTO-9-GE), espanhol (ORTO-11-ES), inglês (ORTO-7) e francês (ORTO-12-FR), além do próprio italiano (ORTO-R)	A qualidade psicométrica não foi estabelecida para a versão original. Porém, avaliações posteriores apresentaram baixa consistência interna ($\alpha = 0,44$ e $0,77$), que melhoraram após adaptações, porém ainda limitadas: ORTO-11 ($\alpha = 0,62$), ORTO-12 ($\alpha = 0,39$), ORTO-11-Hu ($\alpha = 0,82$), ORTO-9-GE ($\alpha = 0,67$), ORTO-10 ($\alpha = 0,76$), ORTO-6 ($\alpha = 0,70$), ORTO-12-FR ($\alpha = 0,73$), ORTO-11-ES ($\alpha = 0,80$)

<p>Eating Habits Questionnaire (EHQ) GLEAVES et al., 2013 Estados Unidos</p>	<p>21 itens com respostas do tipo <i>likert</i> (falso=1, levemente verdadeiro=2, parcialmente verdadeiro=3, totalmente verdadeiro=4); escore de 21-84 pontos, sem ponto de corte</p>	<p>Traduzido para o italiano e polonês; com proposta da <i>Eating Habits Questionnaire-Revised – EHQR em 2020</i></p>	<p>Bons parâmetros de consistência interna na versão original ($\alpha = 0,90$), mas diferentes aplicações encontraram estrutura fatorial distinta, com 1, 3 e 5 fatores</p>
<p>Düsseldorfer Orthorexie Skala (DOS) BARTHELIS et al., 2015b Alemanha</p>	<p>10 itens com respostas do tipo <i>likert</i> (não se aplica a mim=1, não se aplica muito a mim=2, se aplica em partes a mim=3, se aplica a mim=4); escore de 10-40 pontos, ponto de corte ≥ 30</p>	<p>Traduzido para o português brasileiro (DOS-BR) (SOUZA et al., 2021), além do inglês ((E)-DOS), chinês (C-DOS) e espanhol (DOS-ES)</p>	<p>Estudo original apresentou bons parâmetros de consistência interna ($\alpha = 0,84$), bem como as traduções para o inglês ($\alpha = 0,88$), chinês ($\alpha = 0,84$), espanhol ($\alpha = 0,84$) e português brasileiro ($\alpha = 0,80$)</p>
<p>Teruel Orthorexia Scale (TOS) BARRADA e RONCERO, 2018 Espanha</p>	<p>17 itens com respostas do tipo <i>likert</i> (não concordo=0, concordo um pouco=1, concordo bastante=2, concordo fortemente=3), divididos em “Ortorexia Nervosa” (8 itens) com escore de 0-24 pontos e “Ortorexia Saudável” (9 itens) com escore de 0-27 pontos, sem ponto de corte</p>	<p>Traduzido para o português brasileiro (DA SILVA et al., 2021), para o inglês na versão TOS-16 (CHACE e KLUCK, 2022), árabe (MHANNA et al., 2022), polonês (GORTAT e SAMARDAKIEWICZ, 2022) e francês (MAÏANO et al., 2022)</p>	<p>Estudo original apresentou bons parâmetros de consistência interna ($\alpha = 0,81-0,90$), bem como as traduções para o inglês ($\alpha = 0,86$), árabe ($\alpha = 0,85$), polonês ($\alpha = 0,78$), francês ($\omega = 0,93$) e português brasileiro ($\alpha = 0,91$)</p>
<p>Orthorexia Nervosa Inventory (ONI) OBERLE et al., 2021 Estados Unidos</p>	<p>24 itens com respostas do tipo <i>likert</i> (verdadeiro=1, ligeiramente verdadeiro=2, principalmente verdadeiro=3, muito</p>	<p>Traduzido para o turco (KAYA et al., 2022)</p>	<p>Estudo original apresentou bom parâmetro de consistência interna ($\alpha = 0,88-0,90$)</p>

	verdadeiro=4); escore de 24-96 pontos, sem ponto de corte		
Test of Orthorexia Nervosa (TON-17) ROGOWSKA et al., 2021 Estados Unidos	17 itens com respostas do tipo <i>likert</i> (discordo fortemente=1, discordo=2, indeciso=3, concordo=4, concordo fortemente=5); escore de 17-85 pontos, ponto de corte >61	-	Estudo original apresentou parâmetro aceitável de consistência interna ($\alpha = 0,79$)

Fonte: MARTIS et al., 2020; NIEDZIELSKI e KAZMIERCZAK-WOJTAS, 2021

Além dos instrumentos citados no quadro, outros já foram desenvolvidos, porém tiverem propriedades psicométricas insuficientes (*Body-Image Screening Questionnaire - BISQ; Scale to Measure Orthorexia in Puerto Rican Men and Women*) ou ainda carecem de aplicação em estudo original (*Orthorexia Nervosa Scale - ONS; Burda-Orthorexia Risk Assessment - B-ORA; Barcelona Orthorexia Scale - BOS*) (BAUER et al., 2019; OPITZ et al., 2020).

Observa-se, portanto, que há várias propostas de instrumentos para avaliação da ON, porém, o mais utilizado até aqui (ORTO-15) – inclusive no contexto brasileiro – possui limitações psicométricas consideráveis. Além disso, o instrumento tem questões conceituais, incluindo por exemplo, itens como “Normalmente, você se dispõe a pagar mais por alimentos saudáveis?”, “Você pensa que no mercado existem alimentos não saudáveis?” e “Ultimamente, você costuma estar sozinho(a) quando se alimenta?”. Esses itens são pouco específicos, já que podem refletir questões econômicas, sociais ou de estilo de vida, que não necessariamente caracterizam a inflexibilidade alimentar proposta pela ON. Em revisão do tema, CENA et al. (2019) concluem que, devido às instáveis propriedades psicométricas do ORTO-15, um dos desafios mais importantes é traçar um limite entre a adoção de uma dieta saudável e aquela que desenvolve crenças, atitudes e comportamentos inflexíveis relacionados à nutrição com consequências prejudiciais à saúde, já que nem toda preocupação com o comer é patológica ou inadequada. Existem críticas também aos outros instrumentos mais utilizados, embora tenham apresentado boas propriedades psicométricas. A EHQ, por exemplo, não considera as emoções negativas (ou seja, ansiedade, medo, tristeza e angústia) que podem estar associadas à ON (BARRADA e RONCERO, 2018). Em amostra alemã, a DOS não foi capaz de diferenciar os comportamentos entre pacientes anoréxicos e ortoréxicos (BARTHELIS et al., 2017).

Nesse sentido, destaca-se a TOS (BARRADA e RONCERO, 2018), escala desenvolvida na Espanha, para avaliar a preocupação excessiva com a alimentação considerada saudável, propondo a diferenciação entre aspectos “patológicos e os não patológicos” dessa tendência. A escala apresentou boas propriedades psicométricas, assim como em suas recentes adaptações. Foi adaptada transculturalmente para o português brasileiro (DA SILVA et al., 2021), além de já ter sido adaptada também para o inglês (CHACE e KLUCK, 2022), árabe (MHANNA et al., 2022), polonês (GORTAT e SAMARDAKIEWICZ, 2022) e francês (MAÏANO et al., 2022). Localizamos até o momento, 16 estudos que também utilizaram a TOS para estudo da ON.

Além da dimensão da ortorexia nervosa, já conhecida e descrita, representada pela preocupação extrema com a alimentação, os autores da TOS propõem uma outra dimensão: a “ortorexia saudável”. Essa dimensão é representada pelo interesse pela alimentação saudável, independente da psicopatologia e até inversamente associada a ela. Esse interesse envolve a tendência ao autocontrole e a capacidade de focar a atenção nas escolhas alimentares, como manifestação de um cuidado com a saúde, sem preocupação excessiva, sendo interpretado como um comportamento protetor (DA SILVA et al., 2022). Desde então, a “ortorexia saudável” vem sendo considerada em alguns estudos, mas ainda pouco compreendida, quando comparada à ON, e a viabilidade do termo permanece em debate.

Diante disso, DA SILVA et al. (2022) publicaram uma proposta de *continuum* para ortorexia, que vai desde a não preocupação com alimentação saudável até a fixação extrema, passando por um ponto médio representado pelo interesse em comer para promover a saúde, mas a preocupação não desencadeia comportamentos que causem objetivamente danos psicológicos, físicos, ocupacionais ou outros (Figura 1).

Figura 1. *Continuum* da Ortorexia

Dimensão da Ortorexia	NÃO-ORTOREXIA	SAUDÁVEL	NERVOSA
			
Interpretação clínica	Alimentação supostamente pouco saudável	Preocupação não-patológica com alimentação saudável	Preocupação patológica com alimentação saudável
Regulação psicológica	Sem busca pela alimentação saudável	Busca menor ou moderada pela alimentação saudável	Busca maior pela alimentação saudável

Fonte: adaptado de DA SILVA et al., 2022

O autor que cunhou a ortorexia nervosa (Steven Bratman) se opõe ao uso do termo "ortorexia saudável" e prefere descrever esse comportamento como interesse pela saúde, e que o termo “ortorexia” deve ser usado apenas como uma abreviação para “ortorexia nervosa”, assim como “anorexia” é uma abreviação para “anorexia nervosa” quando se trata de TA (DA

SILVA, 2022). Embora o termo “ortorexia saudável” esteja sendo utilizado em alguns trabalhos na literatura, optamos por no presente estudo nomear essa dimensão da ortorexia como “preocupação não patológica com alimentação saudável” (PNPAS) – o que será explicitado e feito a partir dos métodos.

1.3 ESTUDOS SOBRE ORTOREXIA NERVOSA COM NUTRICIONISTAS E ESTUDANTES DE NUTRIÇÃO

Além de avaliar a população em geral e estudantes, alguns estudos tentaram identificar diferentes grupos “vulneráveis” à ON. Há um grupo razoável de estudos com profissionais e estudantes da área de saúde - tais como estudantes de Educação física, de Psicologia, de Medicina e médicos; nutricionistas e estudantes de Nutrição. Discute-se que devido às características da formação, o conhecimento sobre alimentação poderia reforçar a preocupação excessiva com ela.

No Quadro 3 vemos os estudos encontrados avaliando ON entre nutricionistas e estudantes de Nutrição. Os resultados, assim como para outros grupos, são muito discrepantes, já que não há uniformidade dos instrumentos e respectivos pontos de corte para classificar ON.

Dos estudos que avaliaram nutricionistas (n=6), a frequência de ON variou de 41,9% a 90,3%, utilizando ORTO-15 com o ponto de corte 40 (n=4). Utilizando o ORTO-11 a frequência caiu para 59,8% (n=1), usando o BOT para 12,8% (n=1), e o DOS-BR para 3,9% (n=1). Entre os estudos com estudantes de Nutrição (n=26), os que estimaram frequência de ON (n=19) apontaram 31,2% a 37,9% utilizando o ORTO-15 com ponto de corte 35 (n=4); e 58,7% a 94,7% utilizando ponto de corte 40 (n=9). Quando o instrumento utilizado foi o BOT, a frequência encontrada variou de 33% a 68,2% (n=3). Nessa mesma população, com outros instrumentos foram encontradas frequências de 3,3% (utilizando DOS), 23,3% (utilizando o ORTO-11-ES) e 70,6% (utilizando ORTO-11 com ponto de corte 27). Nenhum estudo com este público até o momento utilizou a TOS.

Alguns destes estudos, além de estimarem frequência de ON, também apontaram algumas associações com outros comportamentos, com resultados também heterogêneos. A associação com IMC foi positiva em alguns e negativa em outros (ASIL e SURUCUOGLU, 2015; TREMELLING et al., 2017; PENAFORTE et al., 2017; GRAMMATIKOPOULOU, 2018; DE MARCHI e BARATTO, 2018; ABDULLAH et al., 2020; DA SILVA e

FERNANDES, 2020); o escore para ON tendeu a ser maior para quem apresentou maior pontuação para transtorno obsessivo-compulsivo (GEZER e KABARAN, 2013; ASIL e SURUCUOGLU, 2015); a frequência de ON com relação ao ano do curso de Nutrição foi maior para aqueles mais ou menos avançados dependendo do estudo (KORINTH et al., 2009; GUBIEC, 2015; DEPA et al., 2017; HARRIS, 2017; VILLA et al., 2021; YILMAZ, 2021); há trabalhos que encontraram frequência maior de ON entre o sexo masculino e outros entre o feminino (GUBIEC, 2015; KARAKUS et al., 2017; ABDULLAH et al., 2020; BRYK et al., 2020; YILMAZ, 2021); a associação com a preocupação e inflexibilidade com a imagem corporal também foi positiva em alguns e negativa em outros (BRYTEK-MATERA et al., 2015a; PENAFORTE et al., 2017; SERBACK, 2018), bem como para comportamento de risco para TA (GEZER e KABARAN, 2013; BO et al., 2014; ASIL e SURUCUOGLU, 2015; TREMELLING et al., 2017; AGOPYAN et al., 2019; BUSSATA et al., 2022; YILMAZ, 2021). Além dos achados supracitados, ON foi maior entre os nutricionistas e estudantes que relataram preocupar-se mais com o teor de aditivos alimentares e calorias na hora de escolher o que comer; aqueles com relatos de história anterior ou atual de transtorno alimentar; que afirmaram ter se preocupado mais com a alimentação após iniciarem Nutrição, na percepção de amigos e familiares; que relataram pesar os alimentos nas refeições; e relataram ter diagnóstico de algum tipo de alergia/intolerância alimentar (SOUZA, 2021).

Quadro 3. Ortorexia nervosa em nutricionistas (n=6) e estudantes de nutrição (n=26)

NUTRICIONISTAS					
Estudo	Amostra	Instrumento	Frequência de ON	Outros comportamentos avaliados	Comparação com outras profissões
KINZL et al. Áustria, 2006	283 nutricionistas (♀)	BOT	Aproximadamente metade apresentava algum comportamento ortoréxico (34,9%) ou ortorexia (12,8%)	Participantes mostraram grande restrição (p=0,001) e altos graus de desinibição do comportamento alimentar (p=0,002) (TFEQ - versão alemã)	-
ALVARENGA et al. Brasil, 2012	392 nutricionistas (93% ♀)	ORTO-15 (ponto de corte <40)	81,9% apresentaram comportamento ortoréxico	-	-
ASIL e SURUCUOGLU Turquia, 2015	117 nutricionistas (86,3% ♀)	ORTO-15 (ponto de corte <40)	41,9% dos nutricionistas apresentaram alto risco para ON	Correlação positiva entre ON e risco de TA (EAT-40) e IMC maior que 25kg/m ² (p<0,05). Os que apresentaram alto risco para ON pontuaram mais para transtorno obsessivo-compulsivo (MOCI)	-

TREMELLING et al. Estados Unidos, 2017	636 nutricionistas (96,7% ♀)	ORTO-15 (ponto de corte <40)	49,5% estavam em risco para ON	Participantes em risco para ON tiveram maior pontuação para comportamentos de risco para TA (EDE-Q) e menor IMC	-
SOUZA Brasil, 2021	309 nutricionistas e 177 estudantes de Nutrição (91,6% ♀)	ORTO-15 (ponto de corte <40) e DOS-BR (ponto de corte \geq 30)	90,3% com presença de ON avaliada pelo ORTO-15 e 3,9% classificada com risco/presença de ON pelo DOS-BR. Em estudantes as frequências encontradas foram de 92,1% e 4%, respectivamente	Risco/presença de ON medido pelo DOS-BR foi maior entre os indivíduos que relataram preocupar-se mais com o teor de aditivos alimentares e calorias na hora de escolher o que comer; aqueles com relatos de história anterior ou atual de transtorno alimentar; que afirmaram ter se preocupado mais com a alimentação após iniciarem Nutrição, na percepção de amigos e familiares; que relataram pesar os alimentos nas refeições; e relataram ter diagnóstico de algum tipo de alergia/intolerância alimentar	-
CAFEROGLU e TOKLU Turquia, 2022b	1429 nutricionistas e estudantes de Nutrição (90,8% ♀)	ORTO-11	59,8% apresentaram ON	TA (avaliado pelo EAT-26) aumentou o risco de ON aproximadamente cinco vezes ($p < 0,001$)	-

ESTUDANTES DE NUTRIÇÃO					
KORINTH et al. Alemanha, 2009	219 estudantes de Nutrição (89% ♀) e 114 estudantes de outros cursos (87% ♀)	BOT	Frequência não estimada	As tendências ortoréxicas eram mais presentes nos anos mais avançados do curso de nutrição ($p < 0,05$). Entre os alunos de anos mais avançados, os de nutrição apresentaram escolhas alimentares mais saudáveis, enquanto os controles correspondentes mostraram escolhas alimentares ligeiramente mais prejudiciais à saúde (FFQ; $p < 0,01$)	Estudantes de nutrição mostraram níveis mais elevados de restrição alimentar ($p < 0,01$) do que os do grupo de controle (TFEQ). Desinibição e ON não diferiram entre os grupos
GEZER e KABARAN Turquia, 2013	106 estudantes (♀)	ORTO-11	Frequência não estimada	Quanto maior o risco para ON maior o risco de comportamentos obsessivo-compulsivos (MOCI) e menor risco para TA (EAT-40)	-
BO et al. Itália, 2014	53 estudantes de Nutrição (77,4% ♀), 200 de Educação Física (32,5% ♀) e 187 de Biologia (70,6% ♀)	ORTO-15 (ponto de corte < 35)	35,9% nos de estudantes de Nutrição, 22,5% nos de Biologia e 26,5% nos de Educação Física	Estudantes de Nutrição apresentaram risco 2x maior para TA (EAT-26; $p = 0,03$)	Na comparação com estudantes de Educação Física e Biologia, não houve diferença estatística entre os grupos

SOUZA e RODRIGUES Brasil, 2014	150 estudantes (♀)	ORTO-15 (ponto de corte <40)	88,7% apresentavam risco de desenvolver comportamento ortoréxico	Ao correlacionar ON com a série cursada, o estado nutricional e com o distúrbio da imagem corporal, verificou-se que não houve associação entre as variáveis ($p>0,05$)	-
BRYTEK-MATERA et al. Polônia, 2015a	327 estudantes de Nutrição, Psicologia e Pedagogia (86,5% ♀)	ORTO-15 (ponto de corte <24)	43,2% dos homens e 68,6% das mulheres apresentaram altos níveis de comportamento ortoréxico (todos os cursos)	Em estudantes do sexo feminino com ON, a análise de regressão linear encontrou alta satisfação em áreas corporais (partes), baixa orientação para condicionamento físico, baixa preocupação com sobrepeso e baixa orientação para a aparência como preditores independentes de maior fixação em alimentação saudável (MBSRQ; $p<0,001$)	-
GUBIEC Polônia, 2015	155 estudantes (90,3% ♀)	BOT e ORTO-15 (ponto de corte <40)	BOT: 33% apresentando ON (a partir de 4 pontos) e 39% apresentando risco aumentado para ON (2 a 3 pontos) ORTO-15: 59% apresentando ON	Tendências ortoréxicas mais pronunciadas no sexo feminino do que no masculino. BOT indica o declínio mais forte na tendência para o comportamento ortoréxico entre o 1º e o 2º ano da graduação	-

DITTFELD Polônia, 2016	299 estudantes de Nutrição e 201 de Fisioterapia	BOT	26,6% dos estudantes de Nutrição e 14,9% dos de Fisioterapia classificados como “fanáticos por saúde” (5 a 9 respostas “sim”). Nenhum estudante apresentou ON (10 respostas “sim”)	Mais estudantes de Nutrição declararam mudança nas atitudes alimentares após início do curso (88,2% vs 52%; $p<0,05$) e que o conhecimento sobre alimentação e nutrição os faz sentir-se melhor do que o restante da população (45,4% vs 23,4%; $p<0,05$)	Nos estudantes de Fisioterapia a frequência caiu para 14,9% ($p=0,003$)
DEPA et al., Alemanha, 2017	188 estudantes de Nutrição (93,6 ♀) e 266 de Economia (46,6 ♀)	DOS (ponto de corte ≥ 30)	3,4% apresentaram ON e 11,4% com risco para desenvolvimento de ON	Semestres iniciais foram significativamente associados com ON ($p=0,005$)	Estudantes de Nutrição e Economia não apresentaram diferenças significativas

<p>HARRIS Estados Unidos, 2017</p>	<p>30 estudantes de pós-graduação em Nutrição (♀) e 30 estudantes de pós-graduação em naturopatia (♀)</p>	<p>Não especifica instrumento de nenhum construto, menciona questionário de 185 itens com instrumentos já validados ou publicados anteriormente</p>	<p>Frequência não estimada</p>	<p>Estudantes de Nutrição que haviam completado o primeiro ano de curso apresentaram escores de restrição alimentar (p=0,021) e ON (p=0,010) menores e os de comer intuitivo (p=0,024) e 'permissão incondicional para comer' (p=0,001) maiores, quando comparados aos alunos ingressantes no curso. Estudantes de Nutrição praticaram mais atividades físicas semanais (p=0,038) e consumiram menos açúcar adicionado do que os de Naturopatia (p=0,019). Entre os novos alunos, os escores de 'permissão incondicional para comer' foram menores nos estudantes de Nutrição (p=0,038). Entre os que haviam completado o primeiro ano do curso, os de Naturopatia apresentaram mais restrição alimentar (p=0,041) e controle rígido (p=0,018) e escores menores para 'permissão incondicional para comer' (p=0,007)</p>	<p>Sem diferença entre os grupos para ON</p>
---	---	---	--------------------------------	--	--

KARAKUS et al. Turquia, 2017	208 estudantes (86% ♀)	ORTO-11	Sem estimar frequência	Tendência ortoréxica foi maior no sexo masculino ($p=0,050$) e em estudantes que moravam com a família ($p=0,002$)	-
PENAFORTE et al. Brasil, 2017	141 estudantes (90,8% ♀)	ORTO-15 (ponto de corte <40)	87,2% apresentaram comportamentos alimentares com tendência a ON	Estudantes com ON apresentaram maior preocupação com a imagem corporal (BSQ; $p=0,005$) e excesso de peso ($IMC>25\text{kg/m}^2$; $p=0,010$)	-
RODRIGUES et al. Brasil, 2017	113 estudantes de Nutrição (84% ♀)	ORTO-15 (ponto de corte <40)	94,69% apresentaram traços de ON	Não houve associação entre ON e período cursado ou sexo	-
AGOPYAN et al. Turquia, 2018	136 estudantes (♀)	ORTO-11 (ponto de corte <27)	70,6% foram considerados ortoréxicos	Correlação positiva entre ON e TA (EAT-40; $p<0,05$)	-
TEZZA et al., 2018	91 estudantes de Nutrição e 194 estudantes de outros cursos (♀)	ORTO-15 (ponto de corte <40)	229 estudantes (78,7%) apresentaram score indicativo de ON, sendo 83 de Nutrição (85,6%) e 146 dos demais cursos (75,3%)	-	Estudantes de Nutrição com chance quase duas vezes maior de apresentarem escore indicativo de ON (OR 1,94; IC95% 1,01-3,74)

GRAMMATIKO POULOU Grécia, 2018	176 estudantes (79,5% ♀)	BOT	68,2% apresentaram ON (a partir de 4 respostas "sim")	Presença de ON associada com maior IMC (p=0,026), menor ingestão energética (p=0,043) e de gordura saturada (p=0,049). A análise de regressão linear múltipla revelou que o comportamento ortoréxico foi associado com maior IMC (p<0,001) e circunferência da cintura (p=0,038), e menor ingestão energética (p=0,002)	-
DE MARCHI e BARATTO Brasil, 2018	82 estudantes (94% ♀)	ORTO-15 (ponto de corte <40)	80% apresentaram comportamento ortoréxico	Comportamento ortoréxico positivamente correlacionado com prática de atividade física (p<0,0001) e inversamente correlacionado com IMC - visualizou-se que quanto mais baixo o valor de IMC maior a probabilidade ao comportamento (p<0,0358)	-
McDONOUGH Estados Unidos, 2018	170 estudantes de Nutrição, outras áreas da saúde e áreas não correlatas (90,5% ♀)	EHQ e ORTO-15	Frequência não estimada	Estudantes de Nutrição mostraram níveis significativamente mais altos de compulsão alimentar (p=0,004), restrição cognitiva (p=0,049), restrição alimentar (p=0,034), atitudes negativas em relação à obesidade (p=0,002) e "muscle building" (p=0,001) do que os estudantes dos demais cursos da saúde (EPSI)	Não foi encontrada diferença significativa nos comportamentos de ON de estudantes de Nutrição comparados a outras áreas da saúde e estudantes que não são da área

SERBACK, Estados Unidos, 2018	569 estudantes de Nutrição (95,4♀)	ORTO-15 (ponto de corte <40) e EHQ	58,7% apresentaram tendência ortoréxica (ORTO-15)	Tendência maior em estudantes do primeiro ano de curso. Menor sintomatologia de ON (ORTO-15) foi associada a maior restrição alimentar, psicopatologia alimentar e geral, inflexibilidade da imagem corporal e redução da alimentação intuitiva (IEQ; $p < 0,001$)	-
ABDULLAH et al. Jordânia 2020	421 estudantes e nutricionistas (294 ♀)	ORTO-15 (ponto de corte <35)	31,6% dos estudantes apresentaram ON	ON foi influenciada por maior IMC ($p = 0,007$) e sexo masculino ($p = 0,043$)	-
BRYK et al. Brasil, 2020 (trabalho de conclusão de curso não publicado)	95 estudantes de Medicina, Nutrição e Psicologia (75,8% ♀)	ORTO-15 (ponto de corte <35)	Foi verificado que 37,9% dos estudantes apresentaram risco de desenvolver ortorexia	Verificou-se que os estudantes do sexo masculino foram os que possuíram maior risco de desenvolver ON ($p = 0,039$)	Estudantes de Nutrição foram os que tiveram maior risco de desenvolver a ortorexia, porém sem diferença estatisticamente significativa
DA SILVA e FERNANDES Brasil, 2020	195 estudantes de Nutrição e Educação Física (55,7% ♀)	ORTO-15 (ponto de corte <40)	85,1% dos estudantes apresentaram ON	Correlação negativa entre ON e IMC ($p = 0,048$)	Estudantes de Nutrição apresentaram pontuação maior, porém sem diferença significativa

VILLA et al. Chile, 2021	90 estudantes de Nutrição (87,8% ♀)	ORTO-11-ES	23,3% da população estudada estava em risco de sofrer de ON	As variáveis associadas foram estar cursando o segundo ano do curso (OR 2,22), ser de escola “charter” (OR 3,00) e ter coabitação limitada a ≤ 1 pessoa (OR 2,47). Os níveis de atividade física declarados estavam associados ao risco de sofrer ON (Sedentário OR 2,42, Pesado OR 3,53), assim como o tempo gasto na rede social Instagram (<1 h OR 2,77, >3 h OR 1,80)	-
YILMAZ Turquia, 2021	639 estudantes da área de Ciências da Saúde (88,7% ♀), sendo 91 de Nutrição	ORTO-15 (ponto de corte <40)	Sem estimativa de frequência	Homens apresentaram maior tendência para ON (p=0,022) e estudantes do terceiro ano comparados com os do segundo ano de curso (p<0,05). Escores do ORTO-15 foram maiores no grupo com maior risco para TA avaliado pelo EAT-40 (p<0,001)	Estudantes de Nutrição apresentaram menor tendência à ON comparados aos demais cursos (p<0,001)
BUSATTA et al. Itália, 2022	30 estudantes de Nutrição, 30 pacientes com TA e 30 indivíduos controle	ORTO-15	Sem estimativa de frequência	Ortorexia nervosa esteve positivamente correlacionada com psicopatologia dos TA somente nos pacientes com TA e não nos demais grupos	Não houve diferença entre escores de estudantes de Nutrição e grupo controle (p=0,96)
GUGLIELMETT I et al. Itália, 2022	671 estudantes de (54% ♀) dos cursos de ciências da saúde, ciências econômicas-humanas, ciências do esporte e Nutrição	ORTO-15	31,2% apresentaram ON (ponto de corte <35)	Prática de dietas foi o maior fator de risco para ON, exceto para estudantes de Nutrição. O tipo de esporte praticado foi determinante para ON para estudantes de ciências econômicas-humanas e uso de suplementos para os de ciências do esporte	Sem diferença entre as áreas cursadas

QUEIROZ et al. Brasil, 2022	126 estudantes de Nutrição, Direito e Engenharia	ORTO-15 (ponto de corte <40)	Risco de ON em 60% dos estudantes de Nutrição	Grupos não foram diferentes para classificação do IMC, distorção e insatisfação corporal	Sem diferença entre os grupos (p=0,760)
--	--	------------------------------	---	--	---

BOT: Bratman's Orthorexia Test; DOS: Düsseldorf Orthorexie Skala; EAT-26: Eating Attitudes Test-26; EAT-40: Eating Attitudes Test-40; EDE-Q: Eating Disorder Examination Questionnaire; EHQ: Eating Habits Questionnaire; EPSI: Eating Pathology Symptoms Inventory; FFQ: Food Frequency Questionnaire; IEQ: Inflexible Eating Questionnaire; IMC: Índice de Massa Corporal; MBSRQ: Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire; MOCI: Maudsley Obsessive Compulsive Inventory; TFEQ: Three-Factor Eating Questionnaire

Pode-se observar que nenhum estudo com nutricionistas fez comparação entre grupos profissionais, e a maioria com estudantes de Nutrição também foi sem comparação com um “grupo controle”; daqueles que fizeram alguma comparação entre cursos, a maioria não mostrou associação entre o curso e os comportamentos ortoréxicos, porém foram realizados somente com estudantes. Além disso, uma minoria buscou compreender as associações com variáveis importantes para a compreensão da ON neste público, que vão além da profissão (como aspectos da imagem corporal, comportamento de risco para transtornos alimentares e prática do vegetarianismo - além de aspectos positivos da alimentação).

1.4 CONCEITO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E COMO É DISCUTIDO NA FORMAÇÃO EM NUTRIÇÃO E GASTRONOMIA

Embora não seja considerado um diagnóstico ou um TA, o construto da ON traz a oportunidade de refletir sobre o que é de verdade uma alimentação saudável, e a importância deste conceito ser avaliado entre nutricionistas. A discussão dessa temática é complexa, já que comer engloba o campo culinário e gastronômico, as culturas, influências religiosas, biologia e medicina, além de ser afetada por questões econômicas, políticas, sociais, meteorológicas, fiscais e sanitárias (AZEVEDO, 2008; MARTINS et al., 2011; BRASIL, 2014).

A construção típica do conceito de “alimentação saudável” em nosso contexto atual é, ainda, biologicista. Nessa perspectiva, a alimentação é tida como uma forma de curar ou prevenir doenças, relacionada estritamente com a saúde do ponto de vista fisiológico. É fato que a alimentação está potencialmente relacionada às questões de saúde e doença, mas não é uma condição *per se*. Mas é daí que surge a dicotomização dos alimentos em “bons” e “ruins”, “saudáveis” e “não saudáveis”.

Há muito tempo cientistas sociais afirmam que o comer envolve também seleção, escolhas, ocasiões e rituais, portanto está diretamente relacionado com a sociabilidade, com ideias e significados, com as interpretações de experiências e situações. Entende-se que, para serem comidos ou comestíveis, os alimentos precisam ser elegíveis, preferidos, selecionados e preparados ou processados pela culinária, e tudo isso é matéria cultural (CANESQUI e DIEZ-GARCIA, 2005). Do ponto de vista sociológico, entende-se que

somente a informação não é preponderante para as escolhas alimentares. Um indivíduo pode ter, portanto, o conhecimento biológico sobre alimentação, porém outros elementos fazem parte dessas escolhas, como as experiências, crenças, valores, gosto. Em determinadas situações podem ser predominantes um desses aspectos, porém o que parece é que no modelo biologicista essa estrutura móvel da alimentação é desconsiderada, ao ignorar os aspectos sociais e simbólicos do sujeito (DIEZ-GARCIA, 1997).

Do ponto de vista sociocultural, a alimentação engloba o convívio do indivíduo (família, amigos, relações de trabalho), dos grupos a que gostaria de pertencer e de ser aceito (status social, identificação com o grupo) ou do grupo ao qual o indivíduo não deseja estar associado (distinção), no qual verifica-se as influências das normas de um grupo sobre os indivíduos (JOMORI et al., 2008).

Podemos dizer que tais questões compõem as camadas que incluem os fatores individuais, dos ambientes sociais e físicos, considerando o modelo ecológico que descreve as várias influências sobre o que as pessoas comem. No entanto, deve-se considerar também que as escolhas alimentares possuem o *macro nível* de influência, composto pela sociedade mais ampla, no qual inclui-se marketing de alimentos, normas sociais, produção de alimentos e sistemas de distribuição, políticas agrícolas e estruturas econômicas de preços (STORY et al., 2008).

Portanto, quando falamos em alimentação saudável, apesar das políticas públicas serem a influência mais distal na regulação das escolhas alimentares no nível individual, precisamos considerar que essas estratégias podem atingir muitas pessoas ao mesmo tempo. Quando falamos em nutrição e saúde, e buscamos compreender os fatores psicológicos e biológicos individuais, não podemos desconsiderar que eles interagem com o meio ambiente e sofrem influências das políticas (SCHWARTZ et al., 2017).

Mas, mesmo considerando todos esses aspectos, como se dá a discussão da alimentação na formação do nutricionista?

De acordo com o as diretrizes curriculares do Ministério da Educação, a formação em Nutrição deve ser baseada em conteúdo das Ciências Biológicas e da Saúde (incluem-se os conteúdos de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos); das Ciências Sociais, Humanas e Econômicas (inclui-se a compreensão dos determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, a comunicação nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença); das Ciências da Alimentação e Nutrição (incluem-se a compreensão e domínio de nutrição humana, a dietética e de

terapia nutricional; o conhecimento dos processos fisiológicos e nutricionais dos seres humanos; e a abordagem da nutrição no processo saúde-doença, considerando a influência sociocultural e econômica que determina a disponibilidade, consumo, conservação e utilização biológica dos alimentos pelo indivíduo e pela população); e das Ciências dos Alimentos (incluem-se os conteúdos sobre a composição, propriedades e transformações dos alimentos, higiene, vigilância sanitária e controle de qualidade dos alimentos) (BRASIL, 2001).

Porém, mesmo pautada por essa diretriz de espectro amplo e multidisciplinar em relação à alimentação, os cursos não são homogêneos. Existem dificuldades, como a articulação entre conteúdos teóricos e o desenvolvimento de habilidades práticas, além da fragmentação de conteúdos, já que a área detém um conteúdo vasto, complexo e em constante mudança (VIEIRA et al., 2013). Estudo que avaliou a percepção de alimentação saudável entre estudantes de Nutrição do estado de São Paulo, por exemplo, encontrou que tal percepção estava associada ao tipo de instituição de ensino, sendo que estudantes de instituições públicas (em detrimento de instituições privadas) entendiam, em maior frequência, alimentação saudável como aquela que considera aspectos biopsicossocioculturais (que envolve os aspectos psicológicos, sociais e culturais) e não somente biológicos (com a finalidade de suprir energia e nutrientes, garantir funcionamento do organismo, prevenir ou tratar doenças) (KORITAR, 2018).

Assim, dadas as diferenças entre cursos e instituições, especialmente o foco em atendimento clínico na Nutrição ainda é majoritariamente reduzido à prescrição de dietas com base em energia e nutrientes. É fato que esse modelo vem sendo amplamente discutido e fortemente desencorajado, por parte das próprias organizações profissionais. Temos no Brasil, por exemplo, o Projeto Terapêutico Singular, um instrumento do Ministério da Saúde de organização e sistematização do cuidado, construído entre equipe de saúde e usuário, considerando singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. Como consequência, o Projeto visa aumentar a eficácia dos tratamentos, por trazer o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização entre as partes (BRASIL, 2009).

Coloca-se, ainda, que o foco em nutrientes ou alimentos específicos é inclusive um risco à saúde da população, e que práticas alimentares saudáveis são as que consideram todos os alimentos, porém combinados de forma equilibrada, englobando conceitos como moderação, gosto, preferências alimentares, ambiente, economia, mídia, cultura e crenças (FREELAND-GRAVES et al., 2013; BRASIL, 2014).

DEMÉTRIO et al. (2011) ressaltaram que os cursos de Nutrição, inseridos no modelo biomédico, têm dado pouca atenção às dimensões humana e social dos sujeitos, desconsiderando a alimentação como fenômeno biopsicossociocultural, o que é preocupante, dada a complexidade da relação homem e comida. KRAEMER et al. (2014) afirmam que, em Nutrição, é necessário mais do que prescrever nutrientes e restringir ou aumentar a ingestão de alimentos, que é preciso considerar novos instrumentos conceituais e fundamentos teóricos que não estão no “verdadeiro” do discurso biológico sobre a alimentação saudável, já que saúde é constituída pelas dimensões *bio*, *psico* e *social*, mas que os interesses políticos e econômicos dos setores hegemônicos ligados à dimensão *bio* não deixam muito espaço para a discussão das questões *psico* e/ou *sociais*.

Alguns poucos estudos buscaram avaliar as concepções de alimentação saudável na população de nutricionistas. No Reino Unido, profissionais de Nutrição classificaram a "saudabilidade" dos alimentos principalmente pelo seu conteúdo nutricional, em detrimento de outras características, como tamanho médio de porção, frequência de consumo, característica do alimento, entre outras (SCARBOROUGH et al., 2006). Outro estudo, feito no contexto brasileiro, aponta que profissionais da saúde da atenção básica do Distrito Federal consideram alimentação saudável como uma necessidade biológica, e refutam outras dimensões, de acordo com entrevistas e questionário realizados com 477 profissionais (SILVA et al., 2002).

KORITAR (2018) numa avaliação de 625 estudantes de Nutrição do estado de São Paulo, utilizando questões abertas e fechadas, concluiu que a maior parte dos estudantes de Nutrição (71,5%) tinham uma resposta sobre alimentação saudável relacionada aos aspectos puramente biológicos, enquanto uma parcela menor respondeu como um fenômeno biopsicossociocultural – somado aos biológicos. Também com esse público, em uma amostra de 472 estudantes, 48,8% concordaram que nutricionistas devem ser exemplo de boa forma e 41,9% que estudar Nutrição aumentou sua culpa ao comer (KORITAR e ALVARENGA, 2017).

Mais estudos com nutricionistas avaliaram comportamento de risco para TA, trazendo a premissa de um grupo mais preocupado com alimentação e corpo, seja no contexto brasileiro (BOSI et al., 2006; GONÇALVES et al., 2008; KIRSTEN et al., 2009; SILVA et al., 2012; TORAL et al., 2016) como em outros países (BO et al., 2014; MAHN e LORDLY, 2015; ROCKS et al., 2016; TREMELLING et al., 2017). Afirma-se que nutricionistas podem sentir uma pressão social adicional para comer de uma certa maneira e alcançar/manter um certo peso, dada a natureza do campo, afetando seus próprios

comportamentos alimentares. Da mesma forma se hipotetiza que estes profissionais estejam mais suscetíveis a comer de forma mais “cognitiva” e menos “intuitiva”. Os construtos cognitivos (conhecimento, expectativas) e ambientais (normas sociais) poderiam influenciar os nutricionistas mais do que outras pessoas (SIMON, 2017).

Além disso, considera-se que a busca pelo curso de Nutrição pode ser influenciada por experiências pessoais com questões ligadas à alimentação e peso, como os próprios TA. Portanto, esses indivíduos podem escolher a profissão para lidar com suas próprias questões ou para ajudar pessoas que passam por situações semelhantes (HARRIS, 2017).

Por outro lado, outros profissionais têm sua atuação e carreira também focada na alimentação, como os gastrólogos; mas como se dá o foco na alimentação na formação em Gastronomia? Os profissionais graduados em Gastronomia (gastrólogos) também trabalham diretamente com a comida, porém com outro foco. De acordo com Franco, citado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ, 2010), a Gastronomia busca evidenciar o sentido do prazer ao paladar, incorporando também atividades simbólicas e sociais que permitem perceber as sociedades e a sua complexidade. Diante disso, vemos que a Gastronomia trata das dimensões culturais e gustativas dos alimentos e menos da dimensão biológica. Portanto, para entender a influência da formação acadêmica na ON, o projeto busca fazer tal comparativo entre as profissões.

O termo Gastronomia foi cunhado pelo gastrônomo francês Brillat-Savarin, no século XVIII, na obra “*Fisiologia do Gosto*” como “o conhecimento fundamentado de tudo o que se refere ao homem à medida que ele se alimenta, objetivando zelar pela conservação dos homens, por meio da melhor alimentação possível, relacionando-se com a história natural, física, química, cozinha, comércio e economia política” (BRILLAT-SAVARIN, 1995).

Embora esteja comumente associada como campo restrito das práticas culinárias, da experimentação ou da mera combinação de alimentos, sem regras e ambição científica, a Gastronomia é uma área interdisciplinar de estudos sobre alimentação, baseada em uma leitura sociotécnica sobre os aspectos envolvidos na seleção, preparo e modo de servir os alimentos. Trata a alimentação não apenas pelo aspecto bioquímico, pois acrescenta o paladar e o prazer como parâmetros para avaliar a alimentação como ato culinário (ROCHA, 2015).

A formação profissional relacionada à Gastronomia foi introduzida no Brasil na década de 1950 pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC. Desde então deu-se a criação de diversos cursos técnicos e de curta duração objetivando a

formação de mão de obra para as áreas de salão e cozinha, mas a trajetória dos cursos superiores em Gastronomia teve início apenas décadas depois (GIMENES MINASSE, 2015).

No Brasil, os primeiros cursos superiores de Gastronomia surgiram em 1999, passando desde então por forte expansão, alcançando 187 cursos autorizados pelo MEC em 2016 (ANJOS et al., 2017). As diretrizes do curso preveem ênfase culturalista, ao contemplar a necessidade do domínio da história dos alimentos e da cultura dos diversos países junto ao domínio da ciência alimentar (GIMENES MINASSE, 2015). Assim, além de culinária e suas técnicas gastronômicas, são tratados com frequência os temas relacionados aos aspectos culturais e sociais, demonstrando que o curso aborda a alimentação e os seus estudos de maneira complexa na formação de seus alunos (RUBIM e REJOWSKI, 2013).

O curso de Gastronomia, na formação bacharelado, não apresenta diretriz curricular específica, no entanto, atende as orientações do Parecer nº 776/97 e do Parecer nº CNE/CES 67/2003, referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação (ANJOS et al., 2017). Para demonstrar um panorama do curso, no Plano Pedagógico do bacharelado em Gastronomia de uma universidade estadual encontramos as disciplinas que são trabalhadas, divididas por grandes áreas: Hospitalidade, Alimentos e Gestão, além das disciplinas de Iniciação Científica, optativas e atividades práticas (UFRJ, 2010).

O foco no prazer e sabor do curso de Gastronomia faz pensar se aqueles que trabalham na área teriam um olhar/atitude mais positivas e menos “biologicistas” com relação à alimentação. No entanto, até o momento não foram encontrados estudos que avaliaram comportamentos alimentares (positivos ou transtornados) em gastrólogos ou estudantes de Gastronomia.

1.5 COMER INTUITIVO E COMER POSITIVO

Na contramão dos comportamentos que caracterizam a ON – de preocupação obsessiva em relação à alimentação – está uma relação positiva com a alimentação. A relação negativa e problemas como comer emocional, compensações, comer transtornado são avaliados por escalas diversas. Ao longo das últimas décadas foram desenvolvidos inúmeros instrumentos para investigar aspectos negativos do comportamento alimentar,

incluindo o comportamento de risco para TA – como o *Eating Disorder Examination Questionnaire*, o *Eating Attitudes Test*, Questionário de Hay, a *Disordered Eating Attitude Scale*, entre outros (GARNER e GARFINKEL, 1979; FAIRBURN e BEGLIN, 1994; HAY, 1998; ALVARENGA et al., 2010). Mesmo fora do contexto dos TA, os instrumentos focam principalmente em aspectos mais genéricos ou negativos, como crenças e percepções, tendência a comer em resposta as emoções, impacto psicológico de ambientes abundantes de comida, por exemplo (LINDEMAN et al., 2000; LOWE et al., 2009; NOLAN et al., 2010).

E, contrapondo esses comportamentos, frequentemente associados com ON, pouca atenção tem sido dada para a potencial relação entre os sintomas de ON e indicadores de um comportamento alimentar prazeroso ou positivo, como o comer intuitivo e o comer positivo.

O comer intuitivo (CI) é uma abordagem que foi desenvolvido em 1995 pelas nutricionistas americanas Evelyn Tribole e Elyse Resch, a partir de dez princípios: rejeitar a mentalidade de dieta, honrar a fome, fazer as pazes com a comida, desafiar o policial alimentar, sentir a saciedade, descobrir o fator de satisfação, lidar com as emoções sem usar a comida, respeitar o próprio corpo, se exercitar – sentindo a diferença, e honrar a saúde – nutrição gentil (ALVARENGA e FIGUEIREDO, 2019).

O CI propõe que as pessoas aprendam a confiar na sua habilidade de distinguir suas sensações físicas e emocionais e desenvolvam uma “sabedoria corporal” para atender a suas várias necessidades. Pode-se afirmar, portanto, que “comedores intuitivos” têm uma relação positiva com a alimentação e seus corpos, sem seguir dietas restritivas, e se guiando pelas sensações de fome e saciedade (ALVARENGA e FIGUEIREDO, 2019). Esse “estilo” de comedor poderia ser, então, inverso ao que apresenta comportamento de ON, pautado por “regras” alimentares. É evidente que, mesmo o comedor intuitivo, sofre influências da sociedade e das informações em relação à alimentação, mas sem que isso extermine sua intuição ao comer.

O construto passou a ser avaliado a partir da criação da *Intuitive Eating Scale*, hoje em sua segunda versão (IES-2), desenvolvida com os pilares – confirmados em fatores da escala: permissão incondicional para comer (com sintonia); comer para atender as necessidades fisiológicas e não emocionais; e seguir os sinais internos de fome e saciedade (TYLKA, 2006). A IES-2 foi adaptada e teve dados validados em estudo para o Brasil (DA SILVA et al., 2020), mas não foi localizado até o momento nenhum estudo utilizando a mesma entre nutricionistas no Brasil.

Os estudos sobre CI têm sido crescentes. Revisão integrativa com dados de 1998 até 2018 – ano em que o termo foi pela primeira vez descrito em artigo científico – localizou 116 artigos (com 92 deles com alguma forma de avaliação do CI). Em geral os resultados ressaltam que “comedores mais intuitivos” têm menos comer transtornado, maior aceitação corporal e redução dos ideais de magreza, mais prazer em comer e relação melhor com a comida, maior confiança em identificar emoções e sensações físicas, aumento da variedade dos alimentos e até parâmetros clínicos melhores (como menor IMC e menores índices de triglicérides, e maiores índices de HDL colesterol) (ALVARENGA et al., 2022).

Até aqui, 2 estudos avaliaram o CI entre estudantes de Nutrição nos Estados Unidos (RUSSEL, 2014; HARRIS, 2018), e um único estudo avaliou CI entre nutricionistas (n=84), também nos Estados Unidos (SIMON, 2017).

Já sobre avaliação conjunta de ON e CI foram encontrados 5 estudos (nenhum deles com estudantes de Nutrição ou nutricionistas), apontando que, de maneira geral, que a ON esteve associada com menores escores de CI (COIMBRA e FERREIRA, 2020; RODGERS et al., 2021; ANASTASIADES e ARGYRIDES, 2022; MAÏANO et al., 2022) e a “preocupação não patológica com alimentação saudável” (ou “ortorexia saudável” avaliada pela TOS) com maiores escores de CI (ANASTASIADES e ARGYRIDES, 2022; MAÏANO et al., 2022; YAKIN et al., 2022).

Entre os estudos que avaliaram os dois construtos de forma indireta, um deles aponta que o CI poderia ser uma abordagem para “tratamento” do quadro de ON, exatamente por ser uma abordagem que ensina a reconexão com sinais de fome e saciedade e promove uma relação saudável com a comida (REICH, 2019).

Outro construto que avalia a relação positiva com alimentação, com modelo que inclui o prazer e satisfação, é o comer positivo (CP). SPROESSER et al. (2017) publicaram a *Positive Eating Scale* (PES), para avaliar uma relação positiva com a alimentação, que se concentra em um comportamento alimentar “normal, não patológico”. Ela difere de escalas anteriores mencionadas pois aborda uma relação positiva do prazer derivado dos alimentos, da satisfação ao comer ou de atributos específicos de alimentos ou da consciência ao comer. O comer positivo já foi avaliado em adultos da Alemanha, Índia e Estados Unidos, na ocasião da concepção do instrumento. Também na Alemanha já foi utilizada em amostra não clínica, para avaliar os conceitos de alimentação guiada por intuição ou por “deliberação” (escolhas alimentares com maior ponderação, análise e reflexão crítica) (KÖNIG, 2020). Não há

avaliação do construto no Brasil ou comparado a outros construtos alimentares positivos ou negativos.

1.6 JUSTIFICATIVA

A concepção sobre alimentação saudável de nutricionistas é tema ainda pouco explorado, mas considerado de importância, uma vez que estes profissionais podem transmitir a seus pacientes e clientes aquilo em que acreditam. E, considerando que alguns estudos até aqui apontam que a ON pode ser um comportamento frequente entre nutricionistas, acredita-se que explorar a temática no contexto nacional, com um instrumento mais adequado psicometricamente, seja relevante. Ademais, já que poucos estudos compararam nutricionistas com outras profissões, avaliar se uma profissão também relacionada à alimentação, como a de gastrólogos, pode trazer dados interessantes sobre possível relação entre a formação – e foco dado à alimentação e comida – entre estes grupos.

Ainda, uma vez que os comportamentos de ON são tidos como não saudáveis (ou negativos), avaliar associações ou correlações com construtos mais positivos da alimentação pode trazer ampliação da compreensão deste comportamento – já que esta tem sido uma relação explorada em outros países, mas sem avaliação no contexto brasileiro. E, para compreensão do fenômeno e possíveis associações, deve-se considerar também outros fatores, que já foram associados com ON, como problemas com a imagem corporal e comportamentos de risco para os transtornos alimentares.

Além disso, embora a proposta de uma “ortorexia saudável” seja controversa e discutível, já que o instrumento escolhido traz esta dimensão, justifica-se explorar os resultados com este instrumento para “preocupação não patológica com alimentação saudável” no público de nutricionistas (e as comparações), bem como possíveis relações com os aspectos positivos da alimentação, e outros fatores associados, contribuindo para o debate sobre a viabilidade deste termo e conceito.

Diante disso, se pergunta: 1) Nutricionistas seriam, de fato, um “grupo de risco” para ON, ao compararmos com outra profissão com foco em alimentação, além de outras profissões? 2) Indivíduos com comportamento de ON apresentariam menos dos aspectos positivos e intuitivos relacionados à alimentação? 3) Quais fatores também podem estar relacionados com ON? 4) Como se dá a “preocupação não patológica com alimentação

saudável” nas populações estudadas e possíveis relações, visto que é uma dimensão ainda pouco explorada?

Dessa forma, esse estudo procura avançar nestes “*gaps*” de conhecimento sobre a ON, de forma a contribuir para a discussão do foco biologicista da formação em Nutrição. Assim, avaliar o comportamento de ON, o CP e o CI pode colaborar para discussão sobre a formação de nutricionistas, e a necessidade de curriculum mais amplo, e mesmo atualização profissional para uma nutrição mais humanista que promova relação mais positiva e saudável, com a alimentação e a comida.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Comparar os comportamentos de ortorexia nervosa, comer intuitivo e comer positivo entre nutricionistas, gastrólogos e outras profissões.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Avaliar a correlação entre os escores de ortorexia nervosa, comer intuitivo e comer positivo;
- b) Explorar a dimensão da “preocupação não patológica com alimentação saudável” (PNPAS) avaliada pela Teruel Ortorexia Scale (TOS) entre nutricionistas, gastrólogos e outras profissões;
- c) Investigar os fatores associados ao comportamento de ortorexia nervosa além do grupo profissional, considerando as variáveis sexo, idade, IMC, preocupação/insatisfação com a forma/imagem corporal, comportamento de risco para TA e vegetarianismo, além de comer positivo e comer intuitivo;
- d) Investigar os fatores associados ao comportamento de PNPAS além do grupo profissional, considerando as variáveis sexo, idade, IMC, preocupação/insatisfação com a forma/imagem corporal, comportamento de risco para TA e vegetarianismo, além de comer positivo e comer intuitivo.

3. MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal de abordagem quantitativa e interpretativa de dados, cuja coleta foi feita por questionário, de forma on-line, conforme especificado abaixo.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública via Plataforma Brasil, sob registro de número CAAE 42297421.2.0000.5421 (Anexo 1), atendendo às recomendações da Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que implementa normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (CNS, 2013). Também, em conformidade à Resolução CNS 466/12, foi traçado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual o participante foi informado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta pudesse acarretar (Apêndice 1).

3.3 AMOSTRA E CRITÉRIOS DE PARTICIPAÇÃO

Os participantes foram convidados para a pesquisa de forma on-line por meio de divulgação por docentes e profissionais das áreas (Nutrição e Gastronomia) via redes sociais como *WhatsApp*, *Facebook* e *Instagram* destes profissionais. Os respondentes foram convidados a repassar o link da pesquisa para colegas de outras profissões, usando o método de amostragem *snowball* (JOHNSON, 2014), a fim de acessar respondentes que formassem o grupo controle.

Os critérios de inclusão foram: profissionais brasileiros com graduação em Nutrição, Gastronomia ou outras profissões, adultos jovens (de 20-40 anos), de ambos os sexos, que concordaram em participar da pesquisa mediante aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

Foram considerados ilegíveis para a amostra participantes que declararam ter alguma alergia/intolerância alimentar ou quadro clínico que exija conduta dietoterápica específica (ex: doença renal crônica, diabetes), por considerar que estas condições clínicas podem influenciar no comportamento alimentar em relação às variáveis estudadas. Essa questão foi feita no início do questionário e aqueles que declararam essas condições, não puderam seguir com o preenchimento da pesquisa. Além disso, foram excluídos da amostra os participantes que falharam na pergunta de atenção: “*Qual a sua idade?*”, que foi repetida ao longo do questionário e comparada com a resposta dada inicialmente.

3.4 CÁLCULO DA AMOSTRA

A amostragem deste estudo é do tipo não-probabilística. Um cálculo amostral foi realizado com base em KLINE (2016), que recomenda 20 casos por parâmetro (ou variável medida) para um modelo de modelagem de equações estruturais. Neste caso, o modelo proposto de 13 variáveis (sexo, idade, tempo de formado(a), profissão, IMC, estrato socioeconômico, vegetarianismo, comportamento de risco para transtornos alimentares, preocupação/insatisfação com a forma/imagem corporal, ortorexia nervosa, “preocupação não patológica com alimentação saudável”, comer intuitivo e comer positivo) necessitaria de amostra mínima de 260 participantes, e considerando uma chance de 15% de possíveis perdas no tamanho amostral, o mínimo de respondentes pretendido foi de 306 indivíduos.

3.5 PROCEDIMENTOS e VARIÁVEIS DO ESTUDO

A coleta foi realizada de forma on-line, utilizando a ferramenta de captura eletrônica de dados REDCap (*Research Electronic Data Capture*) hospedado no servidor da Universidade de São Paulo.

As variáveis foram coletadas por meio de um questionário on-line único, com questões sociodemográficas (idade, sexo, formação e atuação profissional, tempo de formado em anos, região), antropométricas (peso e altura para cálculo do IMC) e de características alimentação desenvolvidas para a pesquisa (presença de restrições

alimentares clínicas e vegetarianismo) – Apêndice 2. Na sequência do questionário foram avaliadas as variáveis para classificação econômica, de acordo com Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP, 2020) – Anexo 2. Por fim, foram avaliadas a preocupação/insatisfação com a forma/imagem corporal, o comportamento de risco para transtornos alimentares, a ortorexia, o comer intuitivo e o comer positivo, avaliados pelas escalas psicométricas descritas nos Anexos.

3.5 INSTRUMENTOS

3.5.1 Questionário para Avaliação de Comportamentos de Risco para Transtornos Alimentares

O comportamento de risco para transtornos alimentares (TA) foi avaliado pelo instrumento desenvolvido por Hay (HAY, 1998). Trata-se de questionário curto e simples composto por duas perguntas: 1) avalia a frequência de compulsão alimentar; 2) subdividida em quatro questões, avalia a frequência de métodos para controlar o ganho de peso (uso de laxantes, uso de diuréticos, ou vômitos autoinduzidos) e dieta muito restritiva ou jejum. As respostas são divididas em quatro categorias de frequência do comportamento: de nenhuma vez até duas ou mais vezes por semana, nos últimos três meses. A presença de algum destes comportamentos pelo menos uma vez por semana, nos últimos três meses, é considerado comportamento de risco para TA (HAY, 1998).

Ele foi desenvolvido para utilização em adolescentes e adultos, e no Brasil passou por adaptação para o português em amostra de adolescentes, com dados de confiabilidade satisfatórios para rastrear a frequência do uso de diuréticos, uso de laxantes e vômitos autoinduzidos e confiabilidade moderada para rastrear a frequência de episódios de compulsão alimentar e prática de dieta restritiva (DE SOUZA FERREIRA e VEIGA, 2008; FERREIRA e VEIGA, 2008). Posteriormente foi utilizado em outras populações adolescentes (LEAL, 2013; OLIBONI e ALVARENGA, 2015) e adultos (OLIVEIRA, 2020). A versão utilizada encontra-se no Anexo 2.

3.5.2 *Teruel Orthorexia Scale* – TOS

Para avaliação da ortorexia, foi utilizada a *Teruel Orthorexia Scale* (TOS). A escala foi desenvolvida originalmente na Espanha, com bons resultados psicométricos para a amostra (BARRADA e RONCERO, 2018).

A escala foi adaptada recentemente para o contexto brasileiro, com avaliação em praticantes de atividade física no Brasil, obtendo também bons parâmetros psicométricos de validade e consistência interna para a mostra estudada (DA SILVA et al., 2021).

Trata-se de uma escala com 17 itens com respostas do tipo *Likert*, variando de 0 = não concordo a 3 = concordo fortemente. Como descrito na revisão, a TOS avalia a ortorexia nervosa (itens 4, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17), e traz a dimensão que os autores originais nomearam de “ortorexia saudável”, que neste trabalho será nomeada como “preocupação não patológica com alimentação saudável” (PNPAS) (itens 1, 2, 3, 6, 7, 8, 11, 13, 15). Quanto maior a pontuação em cada dimensão, mais frequente é o comportamento avaliado – Anexo 3.

3.5.3 *Intuitive Eating Scale* – IES-2

O comportamento de comer intuitivo foi avaliado por meio da *Intuitive Eating Scale* (IES-2), proposta em 2013, com alterações da versão de 21 itens publicada em 2006 (TYLKA, 2006).

A IES-2 é composta por 23 itens, avaliando quatro fatores: (1) permissão incondicional para comer (itens 1, 3, 4, 9, 16 e 17); (2) comer para atender as necessidades fisiológicas e não emocionais (itens 2, 5, 10, 11, 12, 13, 14 e 15); (3) seguir os sinais internos de fome e saciedade (itens 6, 7, 8, 21, 22 e 23); e (4) congruência de escolha corpo-comida – a tendência de escolher alimentos que promovam a saúde e funcionamento do corpo (itens 18, 19 e 20). Na IES-2 houve a retirada de alguns itens, inclusão de outros que pontuam positivamente em relação à CI, e adição do fator: “congruência de escolha corpo-comida”. Na concepção da escala as autoras apontam que embora este fator estivesse positivamente relacionado a vários índices de bem-estar psicológico, necessitaria de pesquisas adicionais a fim de diferenciar essa subescala de medidas de ON. Para manter a validade discriminante desse fator, ele não deve estar fortemente relacionado a um instrumento de diagnóstico para ON, se realmente avaliar a

verdadeira "nutrição gentil" e não uma dependência rígida e foco em alimentos saudáveis (TYLKA e KROON VAN DIEST, 2013).

Os itens são respondidos em escala do tipo *Likert* de 5 pontos variando de 1 = nunca a 5 = sempre, e maior pontuação total corresponde ao comer de forma mais intuitiva (TYLKA e KROON VAN DIEST, 2013). O Brasil conta com uma versão adaptada da IES-2 para o português (DA SILVA et al., 2020), apresentada no Anexo 4.

3.5.4 *Positive Eating Scale* - PES

O comportamento de comer positivo foi avaliado pela *Positive Eating Scale* (PES), desenvolvida na Alemanha. A escala possui 8 itens que avaliam o prazer e a satisfação em relação à alimentação. As respostas são do tipo *Likert*, variando de 1 = discordo fortemente a 4 = concordo fortemente (SPROESSER et al., 2017).

A análise fatorial confirmatória da escala em sua versão em inglês, apresentou parâmetros de validade adequados para amostra com respondentes da Alemanha (SPROESSER et al., 2017).

No Brasil, essa versão da PES passou pelo processo de adaptação transcultural, com etapas de tradução e avaliação quanto às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual por 13 experts (com experiência em comportamento alimentar, transtornos alimentares e obesidade) concluídas¹. A versão síntese traduzida foi utilizada para o presente estudo – Anexo 5.

3.5.5 *Body Shape Questionnaire* - BSQ - Versão Reduzida

A preocupação com a forma corporal foi avaliada nas mulheres por meio da *Body Shape Questionnaire* (BSQ) – versão reduzida. O BSQ foi originalmente proposto com 34 itens, desenvolvido na língua inglesa em diferentes amostras de mulheres, incluindo pacientes com TA (COOPER et al., 1987). As opções de resposta são em formato do tipo *Likert*, variando de 1 = nunca a 6 = sempre.

A escala recebeu a primeira versão brasileira em 1994, que teve seus dados posteriormente validados em 2009 (CORDÁS e CASTILHO, 1994; Di PIETRO e

¹ Manuscrito em finalização de preparo para submissão

SILVEIRA, 2009). DA SILVA et al. (2014) testaram o modelo original e os modelos reduzidos sugeridos por EVANS e DOLAN (1993) em estudantes universitários – duas versões com 16 itens e quatro versões com 8 itens, todas apresentando boas propriedades psicométricas. A versão B de 8 itens (BSQ-8B) foi considerada a melhor versão reduzida, por se apresentar mais parcimoniosa e estável e inclui os seguintes itens da escala original: 5, 11, 15, 20, 21, 22, 25 e 28 (DA SILVA et al., 2016) – Anexo 6.

3.5.6 *Male Body Dissatisfaction Scale* - MBDS - Versão Reduzida

A insatisfação corporal foi avaliada nos homens por meio da *Male Body Dissatisfaction Scale* (MBDS) - versão reduzida. A MBDS foi proposta em 2009, desenvolvida na língua inglesa, composta por 25 itens. Os itens são respondidos em escala do tipo *Likert*, variando de 1 = concordo fortemente a 5 = discordo fortemente. Além disso os respondentes fazem uma avaliação de grau de importância para cada um dos itens, variando de 1 = sem importância a 10 = grande importância. O valor de cada item é obtido dividindo o valor atribuído de grau de importância por 10 e multiplicando o resultado pela resposta dada na escala para o mesmo item. O escore para cada item varia então entre 0,1 a 5 pontos e a pontuação total pode chegar até os 125 pontos. Quanto maior o escore total, maior a insatisfação corporal (OCHNER et al., 2009).

A MBDS foi inicialmente adaptada para o português mantendo seus 25 itens originais, e demonstrou ser de fácil compreensão e com consistência interna satisfatória, porém sem dados de validade interna e externa, e de reprodutibilidade (CARVALHO et al., 2013). Na sequência, a escala passou por nova avaliação e proposta de versão reduzida com 12 itens dividida em dois fatores: musculatura (itens 4, 6, 9, 12 e 16) e aparência geral do corpo (itens 1, 2, 8, 15, 19, 21 e 23). Essa versão apresentou melhores propriedades psicométricas em amostra de adultos brasileiros. Esta proposta inclui ainda uma sugestão de classificação dos níveis de insatisfação corporal individuais usando percentis das respostas em: $\leq P25$ 0,1–1,3 muito baixo; $P25$ – $P50$ 1,3–2,6 baixo; $P50$ – $P75$ 2,6–3,8 moderado; e $>P75$ 3,8–5,0 alto (DA SILVA et al., 2017).

4. ANÁLISE DOS DADOS

As análises foram realizadas nos softwares JASP 0.16.1.0 e Jamovi 2.3, e foi adotado nível de significância de 5%.

4.1 AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DAS ESCALAS

A análise descritiva, a análise fatorial confirmatória e a consistência interna foram avaliadas para cada uma das escalas, nomeadamente TOS, IES-2, PES e BSQ-8B.

As análises fatoriais confirmatórias foram realizadas utilizando o método de estimação dos mínimos quadrados ponderados diagonalmente (*Diagonal Weighted Least Square* - DWLS), que é indicado para escalas com dados ordinais (SHI e MAYDEU-OLIVARES, 2020). Os índices de qualidade do ajustamento do modelo considerados foram relação qui-quadrado por graus de liberdade (χ^2/gl), *Comparative Fit Index* (CFI), *Tucker-Lewis Index* (TLI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) com intervalo de confiança de 90% (CI 90%) e *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR). O ajustamento foi considerado bom quando $\chi^2/\text{gl} \leq 2-3$; $\text{CFI} \geq 0,90$; $\text{TLI} \geq 0,90$; $\text{RMSEA} \leq 0,08$ (CI 90%) e $\text{SRMR} \leq 0,10$ (MARÔCO, 2014; KLINE, 2016). Os pesos fatoriais dos itens de cada escala também foram avaliados e considerados adequados quando superiores a 0,35 (HAIR, 2009).

Além disso, foi realizada a análise descritiva dos escores obtidos para as escalas, a fim de avaliar os valores mínimo e máximo, média, mediana, moda, desvio-padrão, assimetria e curtose. Valores de assimetria e curtose menores que 3 e 7, respectivamente, indicaram ausência severa de desvio da normalidade dos dados (KLINE, 2016).

A consistência interna das escalas foi calculada a partir do coeficiente ômega de McDonald (ω). Valores de $\omega > 0,70$ indicam confiabilidade adequada (McDONALD, 2011).

4.2 ANÁLISE INVESTIGATIVA DOS OBJETIVOS DO ESTUDO

A caracterização sociodemográfica e de estado nutricional da amostra foram descritas por meio de frequências.

Após o ajustamento das escalas, foram calculados os escores para ON (TOS), CI (IES-2) e CP (PES), a partir da pontuação média obtida. A normalidade das variáveis foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Devido à ausência de normalidade, foram calculadas as medianas e os quartis dos escores como medidas descritivas. A correlação entre os escores obtidos na TOS, IES-2 e PES foi avaliada por meio do teste de Correlação de Spearman, também devido à ausência de normalidade. A força de associação das análises de correlação foi definida como fraca quando de 0,10 e 0,29; moderada quando de 0,30 e 0,49; e forte quando acima de 0,50 (COHEN, 1988).

As medianas dos escores das escalas foram apresentadas segundo o grupo profissional - nutricionistas, gastrólogos e outras profissões (controle) -, e a comparação de cada um dos desfechos de interesse (ON, PNPAS, CI e CP) segundo estes grupos foi realizada por meio do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, devido à ausência de normalidade. Para avaliar as diferenças entre os grupos para as demais variáveis coletadas no estudo (características sociodemográficas, tempo de formado, IMC, comportamento de risco para TA, vegetarianismo e preocupação com a forma corporal), foram utilizados os testes de Qui-Quadrado, correlação de Spearman e o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

Para avaliar as demais variáveis associadas à ON e PNPAS, os escores de cada fator da TOS foram correlacionados com idade, IMC, tempo de formado(a) e preocupação com a forma corporal pelo escore BSQ-8B (por meio de Correlação de Spearman); e foi verificada a associação entre os fatores e comportamento de risco para TA, vegetarianismo e sexo (por meio do teste não-paramétrico de Mann-Whitney), e região do país e estrato socioeconômico (por meio teste não-paramétrico Kruskal-Wallis). Para as análises utilizando o teste Kruskal-Wallis, a diferença entre os grupos foi analisada pelo método de Dunn. A magnitude dos tamanhos de efeito foi considerada pequena quando $\geq 0,01$, média $\geq 0,06$, grande $\geq 0,14$ e sem efeito $< 0,01$ (LENHARD e LENHARD, 2016).

Para avaliar a relação das variáveis investigadas com ON e PNPAS, de forma conjunta, foi realizada uma análise de caminhos (*Path Analysis*), para estudar as relações estruturais entre as variáveis a partir de uma estrutura correlacional (MARÔCO, 2014). Foi analisada a variação da ON e PNPAS (variáveis contínuas: escore médio de cada fator da TOS) em função da profissão (variável categórica: não nutricionistas = 0 e nutricionistas = 1) e demais variáveis relacionadas: IMC (variável contínua: kg/m²), preocupação com a forma corporal (variável contínua: escore da BSQ-8B) e

comportamento de risco para TA (variável categórica: não = 0 e sim = 1), controlada pela idade (variável contínua: anos), tempo de formado(a) (variável contínua: anos) e estrato socioeconômico (variável categórica: A=1, B1-B2=2, C1-C2=3 e D-E=4). No modelo inicial também foi avaliada a associação da ON e da PNPAS com o comer intuitivo (variável contínua: escore médio da IES-2) e comer positivo (variável contínua: escore médio da PES), e vice-versa, por apresentem correlação estatisticamente significativa com os escores da TOS. As trajetórias (β) foram analisadas e o ajustamento foi considerado bom quando $\chi^2/gf \leq 2-3$; CFI $\geq 0,90$; TLI $\geq 0,90$; RMSEA $\leq 0,08$ (CI 90%) e SRMR $\leq 0,10$ (MARÔCO, 2014; KLINE, 2016).

5. RESULTADOS

No total 593 questionários foram recebidos, sendo excluídos das análises 5 indivíduos que estavam fora da faixa etária proposta (questão verificada pela pergunta de atenção contida no questionário). Sendo assim a amostra total foi de 588 participantes. O número de respondentes foi, portanto, superior ao mínimo pretendido, de 306 indivíduos.

Os resultados das análises realizadas serão apresentados em seções distintas, abrangendo as duas etapas realizadas nesta pesquisa: inicialmente a 1) avaliação das propriedades psicométricas das escalas utilizadas (com discussão conjunta dos mesmos), e 2) a etapa investigativa dos desfechos de ortorexia nervosa (ON), “preocupação não patológica com alimentação saudável” (PNPAS), comer intuitivo (CI) e comer positivo (CP) – com discussão geral.

5.1 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS

5.1.1 *Teruel Orthorexia Scale* (TOS)

A Tabela 1 apresenta as medidas de distribuição de dados para os itens da TOS.

Tabela 1. Estatísticas descritivas dos itens da *Teruel Orthorexia Scale* (TOS)

	Mi	Ma	M	Md	Mo	DP	As	Cu
1	0	3	2,45	3	3	0,72	-1,06	0,19
2	0	3	1,11	1	1	0,90	0,53	-0,41
3	0	3	1,46	1	1	0,94	0,08	-0,89
4	0	3	0,82	1	0	0,95	0,98	-0,01
5	0	3	0,32	0	0	0,70	2,39	5,21
6	0	3	1,44	1	1	1,01	0,11	-1,06
7	0	3	0,47	0	0	0,73	1,63	2,34
8	0	3	1,41	1	1	0,98	0,14	-0,97
9	0	3	0,45	0	0	0,69	1,54	2,09
10	0	3	0,97	1	1	0,85	0,65	-0,12
11	0	3	1,45	1	1	0,94	0,05	-0,89
12	0	3	0,60	0	0	0,85	1,34	0,97
13	0	3	0,71	0	0	0,85	1,05	0,36
14	0	3	0,11	0	0	0,41	4,56 ^a	23,70 ^a
15	0	3	0,51	0	0	0,78	1,50	1,65
16	0	3	0,12	0	0	0,42	4,19 ^a	20,00 ^a
17	0	3	0,10	0	0	0,41	5,16 ^a	29,46 ^a

Mi: mínimo; Ma: máximo; M: média; Md: mediana; Mo: moda; DP: desvio-padrão; As: assimetria; Cu: curtose

^a valores altos de assimetria (>3) e curtose (>7)

A análise fatorial confirmatória para o modelo da TOS apresentou índices de qualidade satisfatórios para a amostra. Contudo, o item 16 apresentou peso fatorial abaixo do valor considerado adequado (Tabela 2). Analisando a assimetria e a curtose das respostas aos itens, nota-se que esse item com baixo peso fatorial se afastou dos valores considerados adequados do pressuposto de normalidade (as = 4,19; cu = 20,00). Valores elevados de assimetria e curtose também foram observados nos itens 14 e 17, entretanto, esses itens apresentaram pesos fatoriais elevados. Portanto, os itens foram mantidos, respeitando a proposta original do instrumento, retirando-se apenas o item 16. Os valores elevados de assimetria e curtose observados nos itens 14, 16 e 17 (do fator “*Ortorexia Nervosa*”), coincidem com o encontrado no estudo de publicação da escala original e no estudo de validação da escala para o português (BARRADA e RONCERO, 2018; DA SILVA, 2021).

Em nova análise fatorial confirmatória, os índices de qualidade do instrumento ajustado mantiveram-se satisfatórios (Tabela 2), assim como no estudo de validação para o português brasileiro, que, com escala completa, encontraram adequados índices de ajustamento de validade ($\chi^2/g1 = 2,74$; CFI = 0,94; TLI = 0,93; RMSEA = 0,09 [90%CI = 0,07–0,10]; SRMR = 0,09) e consistência interna (alpha de Cronbach = 0,91/0,90) na amostra estudada (DA SILVA et al., 2021).

Esta análise, portanto, confirmou a estrutura bifatorial da escala para a amostra do presente estudo. Sendo assim, para as análises posteriores foi utilizada a versão ajustada da TOS para a amostra, sem o item 16 (“*Se em algum momento como algo que eu considero não saudável, eu me castigo por isso*”), que compunha o fator “ortorexia nervosa”.

Tabela 2. Indicadores psicométricos da *Teruel Orthorexia Scale* – TOS – versão original de 17 itens e ajustada para a amostra do presente estudo (n=588)

	Versão Original de 17 itens	Ajustada
Pesos fatoriais		
Fator “Ortorexia saudável”		
Item 1	0,50	0,50
Item 2	0,41	0,41
Item 3	0,57	0,58
Item 6	0,76	0,76
Item 7	0,58	0,58
Item 8	0,72	0,71
Item 11	0,54	0,54
Item 13	0,56	0,55
Item 15	0,51	0,51
Pesos fatoriais		
Fator “Ortorexia nervosa”		
Item 4	0,58	0,54
Item 5	0,56	0,54
Item 9	0,72	0,70
Item 10	0,68	0,68
Item 12	0,69	0,65
Item 14	0,42	0,41
Item 16	0,33 ^a	-
Item 17	0,39	0,37
Índices de qualidade escala total		
χ^2/gl	3,10	3,02
CFI	0,94	0,95
TLI	0,93	0,94
RMSEA (CI =90%)	0,06 (0,05-0,07)	0,06 (0,05-0,07)
SRMR	0,08	0,08
Ω	0,85	0,85

χ^2/gl : relação qui-quadrado por graus de Liberdade; CFI: Comparative Fit Index; TLI: Tucker-Lewis Index; RMSEA: Steiger-Lind Root Mean Square Error of Approximation; SRMR: Standardized Root Mean Square Residual; ω : coeficiente ômega de McDonald

^abaixo peso fatorial (<0,35)

5.1.2 *Intuitive Eating Scale-2 (IES-2)*

A Tabela 3 apresenta as medidas de distribuição de dados para os itens da IES-2.

Tabela 3. Estatísticas descritivas dos itens da *Intuitive Eating Scale (IES-2)*

	Mi	Ma	M	Md	Mo	DP	As	Cu
1	1	5	3,28	3	3	0,97	0,22	-0,57
2	1	5	3,09	3	3	1,23	-0,09	-0,92
3	1	5	4,26	4	5	0,82	-1,03	0,95
4	1	5	4,08	4	5	1,03	-1,04	0,54
5	1	5	3,91	4	5	1,21	-0,95	-0,04
6	1	5	3,47	4	4	1,18	-0,50	-0,60
7	1	5	3,20	3	3	1,18	-0,21	-0,78
8	1	5	3,45	4	4	1,19	-0,46	-0,62
9	1	5	4,54	5	5	0,92	-2,15	4,12
10	1	5	3,61	4	5	1,25	-0,58	-0,63
11	1	5	3,63	4	5	1,27	-0,62	-0,63
12	1	5	3,31	3	4	1,24	-0,34	-0,88
13	1	5	3,05	3	3	1,27	-0,04	-1,04
14	1	5	3,23	3	5	1,39	-0,19	-1,24
15	1	5	3,03	3	4	1,35	-0,12	-1,17
16	1	5	4,12	4	5	0,92	-1,01	0,98
17	1	5	3,90	4	5	1,29	-0,92	-0,32
18	1	5	3,66	4	4	0,96	-0,62	0,24
19	1	5	3,73	4	4	0,93	-0,69	0,50
20	1	5	3,70	4	4	0,92	-0,68	0,49
21	1	5	3,62	4	4	1,11	-0,58	-0,33
22	1	5	3,70	4	4	1,09	-0,73	-0,11
23	1	5	3,65	4	4	1,15	-0,70	-0,27

Mi: mínimo; Ma: máximo; M: média; Md: mediana; Mo: moda; DP: desvio-padrão; As: assimetria; Cu: curtose

A análise fatorial confirmatória apresentou índices de qualidade satisfatórios para a amostra. Porém, os itens 1, 3 e 9 do fator “Permissão incondicional para comer” apresentaram pesos fatoriais baixos (Tabela 4). No entanto, com a retirada destes itens, os pesos fatoriais dos remanescentes não ficaram $> 0,35$, justificando a tentativa de outros modelos de combinações de itens no fator, a fim de encontrar os que estavam comprometendo o ajuste do mesmo. Ao mantermos no fator “Permissão incondicional para comer” apenas os itens 3,16 e 17, os pesos fatoriais dos itens ficaram $> 0,35$ (Tabela 4).

Observando o conteúdo dos itens que não performaram bem, observa-se a característica comum de serem os itens invertidos (ou seja, itens que pontuam para um comer menos intuitivo, como “*Eu fico triste comigo mesmo(a) se como algo que não é saudável*”), que podem ter comprometido o entendimento dos respondentes. De acordo com DALMORO e VIEIRA (2014), itens invertidos devem ser evitados, visto que isto pode provocar a mudança de posição de alguns respondentes. Embora a inclusão de itens com redação regular e invertida seja comum no desenvolvimento de escalas, um estudo recente, utilizando outro instrumento, encontrou que as frases formuladas para ter todos os itens na mesma direção melhoraram as propriedades psicométricas do mesmo (DA SILVA et al., 2022).

No estudo de validação da escala para o contexto brasileiro, para atingir o ajuste adequado houve a remoção de quatro itens: além dos mesmos 1 e 4, foram retirados também os itens 13 e 15 e a estrutura em quatro fatores foi mantida. Tal modificação não comprometeu a estrutura teórica proposta originalmente e o instrumento apresentou boas propriedades psicométricas para avaliação do CI em mulheres, tanto de validade ($\chi^2/g1 = 2,30$; CFI = 0,93; TLI = 0,91; RMSEA = 0,07 [90% CI = 0,06–0,08]) e consistência interna (alpha de Cronbach = 0,79-0,89) (DA SILVA, 2021).

Após a retirada dos itens invertidos 1, 4 e 9 do fator “*Permissão incondicional para comer*” e nova análise fatorial confirmatória, os índices de qualidade mantiveram-se satisfatórios, conforme a Tabela 4. Portanto, para as análises posteriores, foi utilizada versão ajustada da IES-2 para a amostra, sem os itens supracitados.

Tabela 4. Indicadores psicométricos da *Intuitive Eating Scale* – IES-2 – versão 23 itens e ajustada para a amostra do presente estudo (n=588)

	Versão Original de 23 itens	Ajustada
Pesos fatoriais - Fator “Permissão incondicional para comer”		
Item 1	0,25 ^a	-
Item 3	0,33 ^a	0,49
Item 4	0,76	-
Item 9	0,32 ^a	-
Item 16	0,45	0,67
Item 17	0,59	0,81
Pesos fatoriais – Fator “Comer para atender as necessidades fisiológicas e não emocionais”		
Item 2	0,77	0,77
Item 5	0,74	0,74
Item 10	0,77	0,77
Item 11	0,78	0,78
Item 12	0,73	0,72
Item 13	0,68	0,68
Item 14	0,70	0,71
Item 15	0,56	0,56
Pesos fatoriais – Fator “Seguir os sinais internos de fome e saciedade”		
Item 6	0,84	0,83
Item 7	0,73	0,73
Item 8	0,82	0,82
Item 21	0,87	0,87
Item 22	0,85	0,85
Item 23	0,87	0,87
Pesos fatoriais – Fator “Congruência de escolha corpo-comida”		
Item 18	0,78	0,78
Item 19	0,95	0,95
Item 20	0,91	0,91
Índices de qualidade escala total		
$\chi^2/g.l$	3,78	3,10
CFI	0,96	0,97
TLI	0,95	0,97
RMSEA (CI90%)	0,07 (0,06-0,07)	0,06 (0,05-0,07)
SRMR	0,08	0,07
Ω	0,92	0,92

$\chi^2/g.l$: relação qui-quadrado por graus de Liberdade; CFI: Comparative Fit Index; TLI: Tucker-Lewis Index; RMSEA: Steiger-Lind Root Mean Square Error of Approximation; SRMR: Standardized Root Mean Square Residual; ω : coeficiente ômega de McDonald

^a baixo peso fatorial (<0,35)

5.1.3 Positive Eating Scale (PES)

A Tabela 5 apresenta as medidas de distribuição de dados para os itens da PES.

Tabela 5. Estatísticas descritivas dos itens da Positive Eating Scale (PES)

	Mi	Ma	M	Md	Mo	DP	As	Cu
1	1	4	3,22	3	3	0,64	-0,48	0,37
2	1	4	2,83	3	3	0,86	-0,41	-0,41
3	1	4	3,01	3	3	0,80	-0,56	-0,01
4	1	4	3,05	3	3	0,82	-0,68	0,11
5	1	4	3,55	4	4	0,62	-1,35	2,14
6	1	4	3,61	4	4	0,56	-1,39	2,59
7	1	4	3,46	4	4	0,68	-1,13	1,07
8	1	4	3,57	4	4	0,58	-1,15	1,46

Mi: mínimo; Ma: máximo; M: média; Md: mediana; Mo: moda; DP: desvio-padrão; As: assimetria; Cu: curtose

A análise fatorial confirmatória para presente amostra, apresentou índices de qualidade satisfatórios e todos os itens apresentaram peso fatorial $> 0,35$, indicando ajuste adequado à amostra (Tabela 6). Portanto, para as análises posteriores, foi utilizada a versão da escala de forma completa com 8 itens.

A análise fatorial confirmatória da escala em sua versão em inglês apresentou parâmetros de validade adequados para amostra com respondentes da Alemanha ($\chi^2/\text{gl} = 4,14$; CFI = 0,96; RMSEA = 0,103 [90%CI = 0,080–0,127]; SRMR = 0,048), porém para amostra da Índia e Estados Unidos os resultados foram melhores após remoção de 2 itens (“*Eu como de uma forma que me faz sentir bem*” e “*Comer é um prazer para mim*”) - $\chi^2/\text{gl} = 4,17$; CFI = 0,98; RMSEA = 0,065 [90%CI = 0,043–0,089]; SRMR = 0,036 (SPROESSER et al., 2017).

Tabela 6. Indicadores psicométricos da *Positive Eating Scale* – PES - versão com 8 itens - adequada para a amostrado presente estudo (n=588)

Versão 8 itens	
Pesos fatoriais – “Satisfação com a alimentação”	
Item 1	0,74
Item 2	0,80
Item 3	0,89
Item 4	0,91
Pesos fatoriais – “Prazer ao comer”	
Item 5	0,86
Item 6	0,86
Item 7	0,87
Item 8	0,95
Índices de qualidade escala total	
χ^2/gl	1,14
CFI	1,00
TLI	1,00
RMSEA (CI=90%)	0,02 (0,00-0,04)
SRMR	0,042
Ω	0,86

χ^2/gl = relação qui-quadrado por graus de Liberdade; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; RMSEA = Steiger-Lind Root Mean Square Error of Approximation; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; ω = coeficiente ômega de McDonald

5.1.4 *Body Shape Questionnaire* – Versão Reduzida (BSQ-8B)

A Tabela 7 apresenta as medidas de distribuição de dados para os itens do BSQ-8B.

Tabela 7. Estatísticas descritivas dos itens do Body Shape Questionnaire – versão reduzida (BSQ-8B)

	Mi	Ma	M	Md	Mo	DP	As	Cu
1	1	6	3,50	3	3	1,36	0,27	-0,51
2	1	6	2,18	2	1	1,36	1,13	0,60
3	1	6	3,60	3	3	1,53	0,07	-0,93
4	1	6	3,16	3	3	1,43	0,44	-0,60
5	1	6	2,86	3	1	1,63	0,52	-0,82
6	1	6	2,92	3	1	1,76	0,48	-1,05
7	1	6	1,81	1	1	1,35	1,82	2,50
8	1	6	3,28	3	3	1,59	0,25	-0,92

Mi: mínimo; Ma: máximo; M: média; Md: mediana; Mo: moda; DP: desvio-padrão; As: assimetria; Cu: curtose

Para a presente amostra, os índices de qualidade encontrados foram satisfatórios e todos os itens apresentaram peso fatorial $> 0,35$, indicando ajuste adequado para a amostra (Tabela 8). Resultado semelhante foi encontrado no estudo de validação da escala para o português, que obteve índices de ajuste satisfatórios de validade ($\chi^2/df = 2,60$; CFI = 0,98; RMSEA = 0,04) e confiabilidade (alpha de Cronbach = 0,88) adequados (DA SILVA et al., 2016). Portanto, para as análises posteriores, foi utilizada a versão BSQ-8B proposta para escala.

Tabela 8. Indicadores psicométricos do *Body Shape Questionnaire* – versão reduzida - BSQ-8B - adequada para a amostra feminina do presente estudo (n=536)

Versão Original 8 itens	
Pesos fatoriais	
Item 1	0,75
Item 2	0,75
Item 3	0,75
Item 4	0,79
Item 5	0,74
Item 6	0,59
Item 7	0,60
Item 8	0,84
Índices de qualidade escala total	
χ^2/gl	1,06
CFI	1,00
TLI	1,00
RMSEA (CI=90%)	0,01 (0,00-0,04)
SRMR	0,04
Ω	0,90

χ^2/gl : relação qui-quadrado por graus de Liberdade; CFI: Comparative Fit Index; TLI: Tucker-Lewis Index; RMSEA: Steiger-Lind Root Mean Square Error of Approximation; SRMR: Standardized Root Mean Square Residual; ω : coeficiente ômega de McDonald

5.1.5 *Male Body Dissatisfaction Scale* – Versão reduzida (MBDS)

Em virtude do baixo número de respondentes do sexo masculino (50 pessoas), não foi possível chegar no mínimo amostral adequado para realização da análise fatorial confirmatória da MBDS. Portanto, os resultados em relação à análise da imagem corporal de homens avaliados por essa escala serão apresentados apenas de forma descritiva (Tabela 9), e não foram utilizados nas análises que levaram em consideração o construto (modelo estrutural), pela não garantia de validade da mesma.

Tabela 9. Estatísticas descritivas dos itens da Male Body Dissatisfaction Scale – Versão reduzida (MBDS)

	Mi	Ma	M	Md	Mo	DP	As	Cu
1	0,1	4,0	1,79	1,60	1,60	0,98	0,58	-0,51
2	0,3	4,0	1,42	1,40	1,20	0,79	1,35	2,97
4	0,1	5,0	2,68	2,80	5,00	1,56	0	-1,02
6	0,1	5,0	2,03	1,80	0,10	1,62	0,35	-1,19
8	0,4	4,0	1,42	1,40	1,50	0,69	1,42	3,50
9	0,1	5,0	1,65	1,50	0,10	1,38	0,77	-0,10
12	0,1	5,0	1,94	1,55	1,50	1,35	0,47	-0,75
15	0,4	5,0	1,21	0,50	0,50	1,10	1,81	3,08
16	0,1	5,0	2,83	3,00	5,00	1,62	-0,22	-1,12
19	0,4	5,0	1,30	1,00	0,50	1,10	2,34	5,88
21	0,2	5,0	1,29	1,20	0,50	0,83	2,16	7,58
23	0,3	5,0	1,39	1,40	1,50	0,84	2,21	7,49

Mi: mínimo; Ma: máximo; M: média; Md: mediana; Mo: moda; DP: desvio-padrão; As: assimetria; Cu: curtose

5.2 RESULTADOS DA ETAPA INVESTIGATIVA

5.2.1 Características Sociodemográficas e de Estado Nutricional

As características sociodemográficas e de classificação do estado nutricional e socioeconômica da amostra estão descritas na Tabela 10.

Tabela 10. Características sociodemográficas, classificação do estado nutricional e socioeconômica dos participantes (n=588)

	Frequência (n)	Porcentual (%)
Sexo		
Feminino	538	91,5
Masculino	50	8,5
Profissão		
Gastrólogos	99	16,8
Nutricionistas	388	66,0
Outras	101	17,2
Região do Brasil		
Norte	16	2,7
Nordeste	68	11,6
Centro-oeste	33	5,6
Sudeste	376	63,9
Sul	95	16,2
Estrato socioeconômico*		
A	104	18,0
B1	140	24,3
B2	224	38,8
C1	88	15,3
C2	19	3,3
D-E	2	0,3
Estado nutricional segundo IMC		
Baixo peso	36	6,1
Eutrófico	302	51,4
Sobrepeso	156	26,5
Obesidade grau I	66	11,2
Obesidade grau II	20	3,4
Obesidade grau III	8	1,4

IMC: índice de massa corpórea

*Critério de Classificação Econômica Brasil 2021. N=577 (demais deixaram questões em branco)

Observa-se maioria de mulheres. Em relação à profissão, a maioria foi de nutricionistas e houve uma participação equilibrada entre gastrólogos e outras profissões – sendo elas principalmente da área de humanas (como administração, publicidade, pedagogia, letras e psicologia), seguida pelas áreas de biológicas (como farmácia, medicina, fisioterapia e educação física) e exatas (como engenharias, economia, contabilidade).

A maior parte dos respondentes foi da região Sudeste, com participação menos expressiva das regiões Norte e Centro-oeste. O estrato socioeconômico predominante foi o B2, com poucos participantes dos estratos C2 e D-E. Em relação ao estado nutricional, a maioria da amostra estava na classificação “eutrófico”, que foi seguida pelo “sobrepeso” e “obesidade grau I”.

Estratificando as variáveis avaliadas por profissão, idade [$H(2) = 22,48$; $p < 0,001$], IMC [$H(2) = 28,47$; $p < 0,001$] e tempo de formado (a) [$H(2) = 22,35$; $p < 0,001$] foram diferentes de acordo com o grupo profissional. Gastrólogos possuem idade e tempo de formado(a) menor que os demais grupos ($p < 0,001$), e nutricionistas apresentaram menor de IMC que os demais grupos ($p < 0,005$) - Tabela 11.

Tabela 11. Descrição de idade e Índice de Massa Corpórea (IMC) por grupo profissional (n=588)

	Idade	IMC	Tempo de formado(a)
Nutricionistas - mediana (Q1-Q3)	30 (27-35) ^a	23,6 (20,9-26,6) ^{a, b}	5 (2-10) ^a
Gastrólogos - mediana (Q1-Q3)	27 (24-31,5) ^b	26,1 (23,2-31,9)	3 (1,5-6) ^b
Controle - mediana (Q1-Q3)	32 (28-35)	25,4 (22,6-28,5)	7 (3-11)

^adiferente de gastrólogos ($p < 0,005$); ^bdiferente de controle ($p < 0,005$)

A distribuição entre regiões do Brasil [$\chi^2(2) = 20,15$; $p = 0,010$] e sexo [$\chi^2(2) = 31,56$; $p < 0,001$] também foram diferentes de acordo com o grupo profissional, com maior frequência do público feminino na amostra de nutricionistas – Tabelas 12 e 13.

Tabela 12. Distribuição de região do país dos participantes por grupo profissional (n=588)

	Norte	Nordeste	Centro-oeste	Sudeste	Sul	p-valor
Nutricionistas (n/%)	14 (3,6)	50 (12,9)	23 (5,9)	236 (60,8)	65 (16,8)	0,010*
Gastrólogos (n/%)	2 (2,0)	15 (15,2)	4 (4,0)	59 (59,6)	19 (19,2)	
Controle (n/%)	-	3 (3,0)	6 (5,9)	81 (80,2)	11 (10,9)	

Tabela 13. Distribuição dos sexos por grupo profissional dos participantes (n=588)

	Feminino	Masculino	p-valor
Nutricionistas (n/%)	373 (96,1)	15 (3,9)	<0,001*
Gastrólogos (n/%)	82 (82,8)	17 (17,2)	
Controle (n/%)	83 (82,2)	18 (17,8)	

Em relação ao estrato socioeconômico e vegetarianismo, não houve diferença entre os grupos profissionais – [$\chi^2(2) = 12,263$; $p = 0,268$] e [$\chi^2(2) = 2,696$; $p = 0,260$], respectivamente – Tabelas 14 e 15.

Tabela 14. Distribuição dos estratos socioeconômicos por grupo profissional dos participantes (n=577)

	A	B1	B2	C1	C2	D-E	p-valor
Nutricionistas (n/%)	76 (19,9)	94 (24,6)	144 (37,7)	54 (14,1)	13 (3,4)	1 (0,3)	0,268
Gastrólogos (n/%)	18 (19,2)	21 (22,3)	33 (35,1)	16 (17,0)	5 (5,3)	1 (1,1)	
Controle (n/%)	10 (9,9)	25 (24,8)	47 (46,5)	18 (17,8)	1 (1,0)	-	

Tabela 15. Distribuição do vegetarianismo por grupo profissional dos participantes (n=588)

	Não vegetariano(a)	Vegetariano(a)	p-valor
Nutricionistas (n/%)	360 (92,8)	28 (7,2)	0,260
Gastrólogos (n/%)	96 (97,0)	3 (3,0)	
Controle (n/%)	96 (95,1)	5 (4,9)	

Já o comportamento de risco para TA foi diferente, com frequência maior de indivíduos com risco entre os gastrólogos e grupo controle [$\chi^2(2) = 22,374$; $p = <0,001$] – Tabela 16.

Tabela 16. Distribuição do comportamento de risco para transtornos alimentares (TA) por grupo profissional dos participantes (n=588)

	Sem risco TA	Com risco TA	p-valor
Nutricionistas (n/%)	313 (80,7)	75 (19,3)	<0,001*
Gastrólogos (n/%)	60 (60,6)	39 (39,4)	
Controle (n/%)	66 (66,0)	34 (34,0)	

A preocupação com a forma corporal também foi diferente de acordo com grupo profissional [$H(2) = 14,06$; $p < 0,001$], com nutricionistas apresentando pontuação menor que gastrólogos e controle – Tabela 17.

Tabela 17. Descrição dos escores para preocupação com a forma corporal (BSQ-8B) segundo grupo profissional dos participantes (n=536)

	BSQ-8B
Nutricionistas - mediana (Q1-Q3)	21 (16-27,5) ^{a,b}
Gastrólogos - mediana (Q1-Q3)	23,5 (16-32)
Controle - mediana (Q1-Q3)	26 (20-32)

^adiferente de gastrólogos ($p < 0,05$); ^bdiferente de controle ($p < 0,005$)

5.2.2 Ortorexia Nervosa, Preocupação não Patológica com Alimentação Saudável, Comer Intuitivo e Comer Positivo

Foram calculadas a média dos escores médios para cada fator da TOS, para IES-2 e para PES e foi verificado o pressuposto de normalidade de cada uma das variáveis (Tabela 18). Os resultados mostraram que elas violam o pressuposto de normalidade, adotando-se testes não-paramétricos para as análises posteriores.

Tabela 18. Avaliação de normalidade das variáveis preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS), ortorexia nervosa, comer intuitivo e comer positivo

	PNPAS (TOS)	Ortorexia nervosa (TOS)	Comer intuitivo (IES-2)	Comer positivo (PES)
Kolgomorov-Smirnov	0,459	0,132	0,262	0,334
P-valor	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

A análise de correlação dos escores das escalas indicou uma correlação média e positiva entre ortorexia nervosa (ON) e preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS). A correlação entre ON e comer intuitivo (CI) foi média e negativa, assim como para ON e comer positivo (CP). Em relação à PNPAS, a correlação com CI foi fraca e positiva e com CP foi nula. Já a correlação entre CI e CP foi forte e positiva. (Tabela 19).

Tabela 19. Correlação entre ortorexia nervosa, preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS), comer intuitivo e comer positivo (n=588)

	1	2	3	4
1.Ortorexia nervosa (TOS)	—	—	—	—
2. PNPAS (TOS)	0,417**	—	—	—
3.Comer intuitivo (IES-2)	-0,419**	0,101*	—	—
4. Comer positivo (PES)	-0,422**	0,087*	0,588**	—

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

Foi avaliada também a correlação entre ON, PNPAS e os fatores da IES-2. As correlações entre ON e os fatores da IES foram fracas e negativas, exceto para o fator “*Congruência de escolha corpo-comida*”, que foi também negativa, porém nula. Já a PNPAS apresentou correlação fraca e negativa com o fator “*Permissão incondicional para comer*” e média e positiva com o fator “*Congruência de escolha corpo-comida*” (Tabela 20).

Tabela 20. Correlação entre ortorexia nervosa, preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS) e fatores da *Intuitive Eating Scale* (IES-2)

	Ortorexia nervosa (TOS)	PNPAS (TOS)
<i>“Permissão incondicional para comer”</i>	-0,353**	-0,219**
<i>“Comer para atender as necessidades fisiológicas e não emocionais”</i>	-0,358**	0,072
<i>“Seguir os sinais internos de fome e saciedade”</i>	-0,369**	0,055
<i>“Congruência de escolha corpo-comida”</i>	-0,082*	0,444**

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

5.2.3 Ortorexia Nervosa, Preocupação não Patológica com Alimentação Saudável, Comer Intuitivo e Comer Positivo segundo Grupo Profissional

A Tabela 21 apresenta a comparação das medianas dos escores dos fatores da TOS, IES-2 e PES de acordo com o grupo profissional.

Tabela 21. Mediana (Q1-Q3) para ortorexia nervosa, preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS), comer intuitivo e comer positivo segundo grupo profissional dos participantes (n=588)

	Nutricionistas (n=388)	Gatrólogos (n=99)	Controle (n=101)	H(2)	p-valor	η^2
Ortorexia nervosa (TOS)	0,29 (0,14-0,57) ^{a,b}	0,57 (0,14-0,86)	0,43 (0,29-0,71)	18,454	<0,001**	0,03
PNPAS (TOS)	1,22 (0,89-1,67) ^b	1,22 (0,84-1,62)	1,00 (0,78-1,44)	6,287	0,043*	0,01
Comer intuitivo (IES-2)	3,80 (3,30-4,20) ^{a,b}	3,35 (2,90-3,65)	3,40 (2,90-3,80)	42,542	<0,001**	0,07
Comer positivo (PES)	3,38 (3,00-3,78) ^{a,b}	3,25 (3,00-3,50) ^b	3,00 (2,89-3,38)	37,170	<0,001**	0,06

η^2 : tamanho de efeito; ^adiferente de gastrólogos (p<0,05); ^bdiferente de controle (p<0,05)

* p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,001

Houve efeito significativo da profissão para as variáveis ON, PNPAS, CI e CP. Porém, analisando o tamanho de efeito (η^2), observa-se efeito pequeno para a diferença encontrada nas variáveis ON e PNPAS e efeito médio para CI e CP.

Analisando por pares o escore de cada variável segundo grupo profissional, a diferença para a variável ON aconteceu entre nutricionistas e demais grupos, na qual nutricionistas tiveram pontuação significativamente menor que gastrólogos ($p = 0,002$) e controle ($p < 0,001$). Já a diferença para a variável PNPAS aconteceu entre nutricionistas e grupo controle, na qual nutricionistas tiveram pontuação significativamente maior ($p = 0,006$). Para a pontuação do CI, a diferença aconteceu entre nutricionistas e demais grupos, na qual nutricionistas tiveram pontuação significativamente maior que gastrólogos ($p < 0,001$) e controle ($p < 0,001$). Por fim, a diferença para a variável CP aconteceu entre nutricionistas e demais grupos, na qual nutricionistas tiveram pontuação significativamente maior que gastrólogos ($p < 0,001$) e controle ($p < 0,001$), e gastrólogos com pontuação maior que grupo controle ($p = 0,019$) – Tabela 21.

5.2.4 Fatores relacionados à Ortorexia Nervosa e à Preocupação não Patológica com Alimentação Saudável

Na análise das variáveis socioeconômicas e demográficas e possíveis associações, houve diferença para ON, porém, com magnitude do tamanho de efeito pequena. A diferença foi observada na comparação entre os estratos A-B1 (estrato A com pontuação maior), A-B2 (estrato A com pontuação maior), B1-C2 (estrato C2 com pontuação maior), B2-C2 (estrato C2 com pontuação maior). Já para PNPAS, não foi encontrada diferença significativa segundo estrato socioeconômico – Tabela 22.

Tabela 22. Mediana (Q1-Q3) de ortorexia nervosa e preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS) segundo estrato socioeconômico dos participantes (n=577)

	A	B1	B2	C1	C2	D-E	H(5)	P-valor	η^2
Ortorexia nervosa									
Mediana (Q1-Q3)	0,50 (0,14-0,75)	0,29 (0,14-0,61)	0,29 (0,14-0,57)	0,29 (0,14-0,71)	0,43 (0,29-0,79)	0,14 (0,14-0,14)	11,247	0,047*	0,01
PNPAS									
Mediana (Q1-Q3)	1,33 (0,97-1,59)	1,22 (0,89-1,67)	1,66 (0,78-1,56)	1,66 (0,89-1,67)	1,11 (0,89-1,67)	0,61 (0,53-0,70)	5,527	0,355	-

η^2 : tamanho de efeito

* $p \leq 0,05$

Em relação à região, para ON não houve diferença de acordo com a região do participante. Para PNPAS, houve diferença com magnitude do tamanho de efeito pequena. As diferenças foram entre as regiões Norte e Centro-oeste, Centro-oeste e Sudeste, e Centro-oeste e Sul, com a região Centro-oeste com pontuação maior nessas comparações – Tabela 23.

Tabela 23. Medianas (Q1-Q3) de ortorexia nervosa e preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS) segundo região do país dos participantes (n=588)

	Norte	Nordeste	Centro-oeste	Sudeste	Sul	H(4)	P-valor	η^2
Ortorexia nervosa								
Mediana (Q1-Q3)	0,57 (0,29-0,86)	0,29 (0,14-0,61)	0,43 (0,29-1,14)	0,43 (0,14-0,71)	0,43 (0,14-0,71)	8,475	0,076	-
PNPAS								
Mediana (Q1-Q3)	1,00 (0,53-1,47)	1,28 (1,00-1,67)	1,56 (1,00-1,89)	1,11 (0,78-1,56)	1,22 (0,78-1,67)	11,169	0,025*	0,01

η^2 : tamanho de efeito

* $p \leq 0,05$

Para a variável sexo, houve diferença para o fator PNPAS, com mulheres pontuando mais que homens, porém com magnitude do tamanho de efeito pequena – [U=16802; $p=0,003$] (Tabela 24).

Tabela 24. Medianas (Q1-Q3) de ortorexia nervosa e preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS) segundo sexo dos participantes (n=588)

	Sexo	Mediana (Q1-Q3)	p-valor	η^2
Ortorexia nervosa	Mulheres	0,43 (0,14-0,71)	0,700	-
	Homens	0,43 (0,14-0,57)		
PNPAS	Mulheres	1,22 (0,89-1,67)	0,003*	0,01
	Homens	1,00 (0,67-1,33)		

* p \leq 0,005

Pessoas adeptas ao vegetarianismo apresentaram pontuação significativamente maior para PNPAS, mas não para ON, com magnitude do tamanho de efeito também pequena – [U=6726; p=0,001] (Tabela 25).

Tabela 25. Medianas (Q1-Q3) de ortorexia nervosa e preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS) segundo vegetarianismo declarado pelos participantes (n=588)

	Vegetariano(a)	Mediana (Q1-Q3)	p-valor	η^2
Ortorexia Nervosa	Não	0,43 (0,14-0,71)	0,125	-
	Sim	0,57 (0,14-0,86)		
PNPAS	Não	1,22 (0,78-1,56)	0,001*	0,02
	Sim	1,56 (1,19-2,00)		

*p \leq 0,005

Na Tabela 26 observa-se que para a variável “comportamento de risco para TA” teve associação com ON, no qual indivíduos com comportamento de risco para TA apresentaram pontuação maior, com magnitude do tamanho de efeito média - [U=18075; p<0,001].

Tabela 26. Medianas (Q1-Q3) de ortorexia nervosa e preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS) segundo presença ou não de comportamento de risco para transtornos alimentares (TA) entre os participantes (n=588)

	Risco para TA	Mediana (Q1-Q3)	p-valor	η^2
Ortorexia nervosa	Não	0,29 (0,14-0,57)	< 0,001*	0,11
	Sim	0,57 (0,29-1,14)		
PNPAS	Não	1,22 (0,89-1,67)	0,245	-
	Sim	1,11 (0,78-1,67)		

 η^2 : tamanho de efeito* p \leq 0,05

ON e PNPAS foram diferentes entre os grupos de acordo com o estado nutricional, porém com magnitude do tamanho de efeito pequena. As diferenças em ON foram entre os indivíduos com baixo peso, apresentando pontuação menor que demais grupos (exceto eutróficos); eutróficos pontuando menos que indivíduos com obesidade graus I e II; e indivíduos com sobrepeso pontuando menos que aqueles com obesidade graus I e II. Para PNPAS foram entre os indivíduos com baixo peso, apresentando pontuação maior que os com obesidade grau II; e eutróficos pontuando mais que todos os grupos – Tabela 27.

Tabela 27. Medianas (Q1-Q3) de Ortorexia nervosa e Preocupação Não Patológica com Alimentação Saudável (PNPAS) segundo estado nutricional dos participantes (n=588)

	BP	EUT	SP	OB-1	OB-2	OB-3	H(5)	p-valor	η^2
Ortorexia Nervosa									
Mediana (Q1-Q3)	0,29 (0,11-0,43)	0,29 (0,14-0,57)	0,43 (0,14-0,57)	0,71 (0,33-0,86)	0,57 (0,40-1,14)	0,36 (0,11-0,90)	31,750	<0,001*	0,05
PNPAS									
Mediana (Q1-Q3)	1,22 (1,00-1,59)	1,33 (0,89-1,67)	1,11 (0,78-1,47)	1,11 (0,78-1,41)	1,00 (0,56-1,33)	0,84 (0,75-1,25)	16,004	0,007*	0,02

η^2 : tamanho de efeito; BP: baixo peso; E: eutrofia; SP: sobrepeso; OB-1: obesidade grau I; OB-2: obesidade grau II, OB-3: obesidade grau 3

* $p \leq 0,05$

Tempo de formado(a) não apresentou correlação com as variáveis de ON e PNPAS; e a correlação de idade com o fator PNPAS foi fraca e positiva. Para a variável IMC houve correlação positiva fraca com ON e negativa e fraca com PNPAS. Para a variável de preocupação com a forma corporal em mulheres (avaliada pelo BSQ-8B) houve correlação positiva e forte com ON (Tabela 28).

Tabela 28. Correlação (p-valor) de ortorexia nervosa e preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS) com idade e Índice de Massa Corpórea (IMC) dos participantes (n=588)

	Ortorexia nervosa	PNPAS
Idade	0,064 (0,119)	0,171 (<0,001*)
IMC	0,210 (<0,001*)	-0,153 (<0,001*)
Tempo de formado(a)	-0,030 (0,474)	0,070 (0,088)
BSQ-8B ^a	0,514 (0,001*)	0,049 (0,253)

^a n=536 (neste caso, incluindo apenas as mulheres)

* $p \leq 0,005$

A frequência de resposta item a item na TOS está demonstrada, por profissão, na Tabela 29. Pode-se observar que, de maneira geral, nutricionistas apresentaram maior concordância (forte ou bastante) para o fator PNPAS. Destaca-se especialmente maior frequência de resposta aos itens: *“Eu me sinto bem quando como comida saudável”* (que de qualquer forma é o item com maior frequência de concordo fortemente para todos os grupos); *“Eu considero que minha alimentação é mais saudável do que a de outras pessoas”*; *“O meu interesse por uma alimentação saudável é uma parte importante do meu jeito de ser, de entender o mundo”*; *“Eu como principalmente alimentos que considero saudáveis”*; *“Eu prefiro comer pouco, mas de forma saudável, do que ficar saciado(a) com uma comida que possa não ser saudável”*.

Já a distribuição de concordância aos itens para ortorexia nervosa (forte ou bastante) foi menor para estes profissionais. Destaca-se especialmente os itens: *“Eu me sinto culpado(a) quando como algum alimento que considero não saudável”*. Os itens *“Os meus pensamentos sobre alimentação saudável não me deixam concentrar em outras tarefas”* e *“Eu evito comer com pessoas que não compartilham minhas ideias sobre alimentação saudável”* tiveram altas frequências de resposta não concordo em todos os grupos.

Tabela 29. Frequência (%) das respostas aos itens da Escala de Ortorexia de Teruel (TOS) por grupo profissional: nutricionista (N) (n=388), gastrólogos (G) (n=99) e controle (C) (n=101)

		Não concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo fortemente
Preocupação não patológica com alimentação saudável					
1. Eu me sinto bem quando como comida saudável	N	0,6	9,6	27,8	62,1
	G	2,0	10,1	35,4	52,6
	C	1,0	18,9	32,7	47,6
2. Eu gasto muito tempo para comprar, planejar e/ou preparar as refeições para que minha alimentação seja o mais saudável possível	N	27,6	44,6	20,1	7,7
	G	23,2	47,5	20,2	9,1
	C	23,8	46,6	15,9	13,9
3. Eu considero que minha alimentação é mais saudável do que a de outras pessoas	N	12,1	35,6	34,8	17,6
	G	22,2	34,3	28,3	15,2
	C	26,7	42,6	21,8	8,9
6. O meu interesse por uma alimentação saudável é uma parte importante do meu jeito de ser, de entender o mundo	N	16,2	33,2	29,4	21,1
	G	23,2	35,4	26,3	15,2
	C	30,7	36,7	22,8	9,9

7. Prefiro comer um alimento saudável e pouco saboroso do que um alimento saboroso que não seja saudável	N	66,8	24,5	5,7	3,1
	G	60,6	29,3	8,1	2,0
	C	60,4	32,7	4,9	2,0
8. Eu como principalmente alimentos que considero saudáveis	N	16,0	35,8	29,4	18,8
	G	22,2	40,4	27,3	10,1
	C	30,7	31,7	27,7	9,9
11. Eu não me importo de gastar mais dinheiro com um alimento se eu o considero mais saudável	N	19,8	31,2	33,8	15,2
	G	11,1	39,4	34,3	15,2
	C	12,9	46,6	27,7	12,9
13. Eu prefiro comer pouco, mas de forma saudável, do que ficar saciado(a) com uma comida que possa não ser saudável	N	54,4	30,7	9,3	5,7
	G	42,4	36,4	17,2	4,0
	C	41,6	40,6	15,9	2,0
15. Eu tento convencer as pessoas ao meu redor para que sigam os meus hábitos de alimentação saudável	N	61,1	27,8	7,0	4,1
	G	61,6	23,2	12,1	3,0
	C	72,3	19,8	7,9	-
Ortorexia nervosa					
4. Eu me sinto culpado(a) quando como algum alimento que considero não saudável	N	53,1	30,7	8,5	7,7
	G	38,4	35,4	17,2	9,1

	C	32,7	38,6	17,8	10,9
5. As minhas relações sociais já foram afetadas negativamente por causa da minha preocupação em comer alimentos saudáveis	N	81,2	11,9	3,9	3,1
	G	70,7	21,2	5,1	3,0
	C	77,2	12,9	6,9	3,0
9. A minha preocupação com a alimentação saudável me consome muito tempo	N	67,6	25,8	4,6	2,1
	G	59,6	32,3	8,1	-
	C	58,4	29,7	9,9	2,0
10. Eu me preocupo com a possibilidade de comer alimentos pouco saudáveis	N	35,8	43,8	14,7	5,7
	G	27,3	49,5	15,2	8,1
	C	18,8	51,5	24,8	4,9
12. Eu me sinto angustiado(a) ou triste quando como alimentos que não considero saudáveis	N	63,7	24,2	7,7	4,4
	G	51,2	29,3	13,1	6,1
	C	48,5	33,7	12,9	4,9
14. Eu evito comer com pessoas que não compartilham minhas ideias sobre alimentação saudável	N	92,5	5,7	1,3	0,5
	G	89,9	9,1	1,0	-
	C	90,1	6,9	3,0	-

17. Os meus pensamentos sobre alimentação saudável	N	93,1	4,9	1,0	1,0
não me deixam concentrar em outras tarefas	G	92,9	6,1	1,0	-
	C	95,0	3,0	1,0	1,0

5.2.5 Modelo Estrutural para Ortorexia Nervosa (ON) e Preocupação não Patológica com Alimentação Saudável (PNPAS)

Devido ao baixo número de respondentes do sexo masculino e, portanto, a impossibilidade de realização da análise fatorial confirmatória da *Male Body Dissatisfaction Scale* (MBDS), o modelo estrutural proposto via análise de caminhos – considerando a avaliação da imagem corporal – foi realizado apenas para a amostra feminina (n= 536).

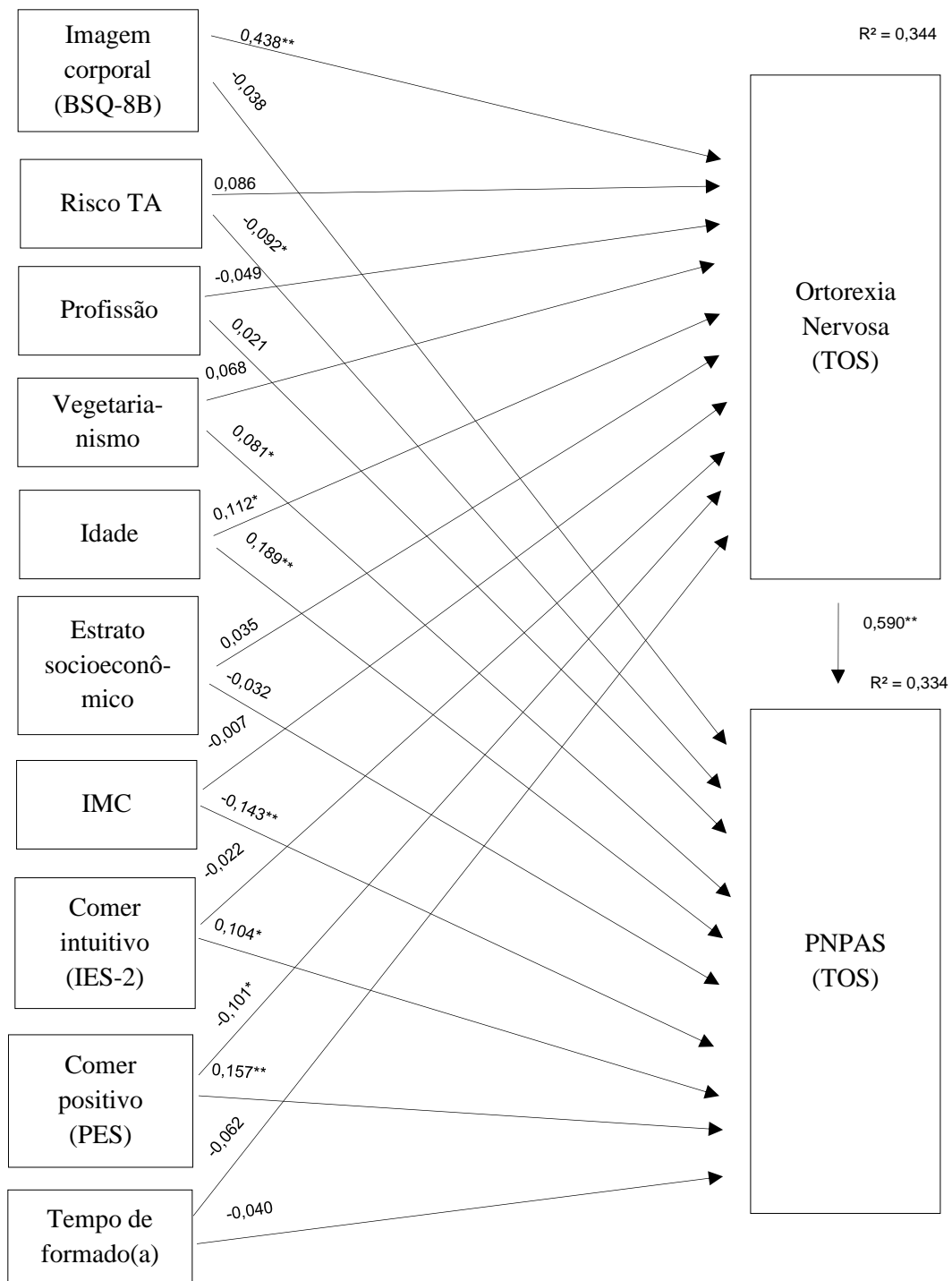
O modelo inicial hipotetizado teoricamente incluía as variáveis da profissão, preocupação com a imagem corporal, IMC, comportamento de risco para TA, vegetarianismo, comer intuitivo e comer positivo como variáveis independentes (exógenas) para ON e PNPAS (variáveis dependentes – endógenas), controladas pelo estrato socioeconômico e tempo de formado. Neste modelo, a ON e PNPAS, por sua vez, também eram variáveis independentes para comer intuitivo e comer positivo. Porém, o modelo não apresentou índices de ajuste adequados ($\chi^2/gf = 39,3$; CFI = 0,37; TLI = -0,441; RMSEA = 0,268).

Desta forma um novo modelo foi traçado, avaliando o comer intuitivo e o comer positivo somente como variáveis independentes, com avaliação da trajetória entre ON e PNPAS (já que o modelo com os desfechos bidireccionalmente relacionados não convergiu). Este modelo teve os índices de ajuste melhores (Figura 2), porém com caminhos não significativos. Na sequência, o modelo foi então refinado, excluindo um a um os caminhos não significativos, por ordem decrescente de significância, chegando a um modelo em que todos os caminhos que permaneceram foram significativos. O modelo refinado manteve-se com os índices de ajuste adequados (Figura 3).

Verificou-se que as variáveis de preocupação com a forma corporal, vegetarianismo, comportamento de risco para TA e idade apresentaram efeito positivo (trajetórias positivas e estatisticamente significativas) para ON, enquanto o comer positivo efeito negativo (trajetória negativa). Para PNPAS, a preocupação com a forma corporal, vegetarianismo, idade, ON, o comer intuitivo e o comer positivo tiveram efeito positivo (trajetórias positivas), enquanto o IMC e o comportamento de risco para TA apresentaram efeito negativo (trajetória negativa)– Tabela 31.

O modelo ajustado explica 34% da variância de ON e 33% de PNPAS.

Figura 2. Diagrama representativo do modelo estrutural completo (n=536)



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

$\chi^2/\text{gl} = 4,078$; CFI = 0,985; TLI = 0,846; RMSEA (CI=90%) = 0,076 (0,027-0,133)

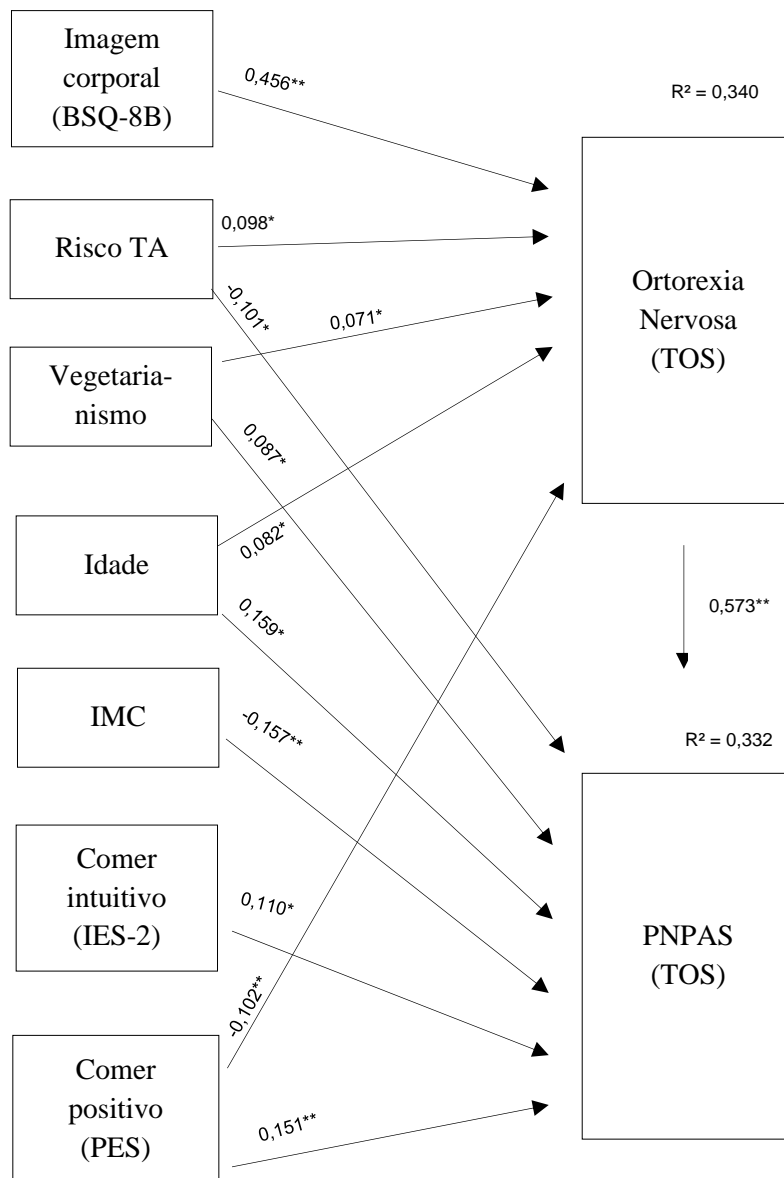
Tabela 30. Modelo estrutural completo para a amostra feminina (n=536)

Variável independente	Variável dependente	Estimador (β)	Erro	p-valor
Imagem corporal (BSQ-8B)	Ortorexia nervosa (TOS)	0,438	0,018	< 0,001**
Risco para TA	Ortorexia nervosa (TOS)	0,086	0,049	0,054
Profissão	Ortorexia nervosa (TOS)	-0,049	0,037	0,185
Vegetarianismo	Ortorexia nervosa (TOS)	0,068	0,067	0,054
Idade	Ortorexia nervosa (TOS)	0,112	0,004	< 0,010*
Estrato socioeconômico	Ortorexia nervosa (TOS)	0,035	0,026	0,313
IMC	Ortorexia nervosa (TOS)	-0,007	0,003	0,842
Comer intuitivo (IES-2)	Ortorexia nervosa (TOS)	-0,022	0,030	0,637
Comer positivo (PES)	Ortorexia nervosa (TOS)	-0,101	0,037	0,015*
Tempo de formado(a)	Ortorexia nervosa (TOS)	-0,062	0,004	0,165
Imagem corporal (BSQ-8B)	PNPAS (TOS)	-0,038	0,024	0,437
Risco para TA	PNPAS (TOS)	-0,092	0,060	0,044*
Profissão	PNPAS (TOS)	0,021	0,045	0,572
Vegetarianismo	PNPAS (TOS)	0,081	0,081	0,024*
Idade	PNPAS (TOS)	0,189	0,004	< 0,001**
Estrato socioeconômico	PNPAS (TOS)	-0,032	0,031	0,369
IMC	PNPAS (TOS)	-0,143	0,004	< 0,001**
Comer intuitivo (IES-2)	PNPAS (TOS)	0,104	0,036	0,029
Comer positivo (PES)	PNPAS (TOS)	0,157	0,046	< 0,001**
Tempo de formado(a)	PNPAS (TOS)	-0,040	0,005	0,379
Ortorexia nervosa (TOS)	PNPAS (TOS)	0,590	0,053	< 0,001**

*p<0,05

**p<0,001

Figura 3. Diagrama representativo do modelo estrutural refinado (n=536)



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

$\chi^2/df = 2,267$; CFI = 0,984; TLI = 0,951; RMSEA (CI=90%) = 0,051 (0,012-0,089)

Tabela 31. Modelo estrutural refinado para a amostra feminina (n=536)

Variável independente	Variável dependente	Estimador (β)	Erro	p-valor
Imagem corporal (BSQ-8B)	Ortorexia nervosa (TOS)	0,450	0,015	< 0,001**
Risco para TA	Ortorexia nervosa (TOS)	0,110	0,041	0,004**
Vegetarianismo	Ortorexia nervosa (TOS)	0,070	0,066	0,045*
Idade	Ortorexia nervosa (TOS)	0,081	0,003	0,007*
Comer positivo (PES)	Ortorexia nervosa (TOS)	-0,100	0,022	< 0,001**
Risco para TA	PNPAS (TOS)	-0,101	0,056	< 0,017*
Vegetarianismo	PNPAS (TOS)	0,087	0,081	0,015*
Idade	PNPAS (TOS)	0,159	0,003	< 0,001**
IMC	PNPAS (TOS)	-0,157	0,004	< 0,001**
Comer intuitivo (IES-2)	PNPAS (TOS)	0,110	0,036	0,019*
Comer positivo (PES)	PNPAS (TOS)	0,151	0,044	< 0,001**
Ortorexia nervosa (TOS)	PNPAS (TOS)	0,573	0,048	< 0,001**

*p<0,05

**p<0,001

6. DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a ortorexia nervosa (ON) – e variáveis correlatas – em um grupo de nutricionistas, em comparação à gastrólogos e outras profissões, com diferencial de usar pela primeira vez a *Teruel Orthorexia Scale* (TOS) para avaliação da ON neste público (Brasil e internacionalmente), e traz importantes contribuições e reflexões sobre a temática.

Além de comparar nutricionistas e gastrólogos (e outras profissões) e usar pela primeira vez a TOS neste público, este trabalho tem uma amostra de nutricionistas maior do que as demais de estudos nacionais, é o sexto trabalho que avalia a relação da ON com comer intuitivo (o primeiro no Brasil), além de ser pioneiro na avaliação da relação da ON com comer positivo.

Em relação aos participantes da pesquisa, destaca-se a participação de ampla maioria do sexo feminino, principalmente entre os nutricionistas, porém com maioria também presente nos demais públicos. Este perfil é compatível com levantamento feito pelo Conselho Federal de Nutricionistas, no qual 94,1% eram mulheres, entre os 1104 profissionais entrevistados (CFN, 2022). A maior representação feminina também no grupo de gastrólogos e outras profissões pode ser explicada pela estratégia de coleta utilizada (*snowball*), com maior compartilhamento que pode ter acontecido entre mesmo sexo.

Destaca-se também a maior participação da região Sudeste e do estrato socioeconômico B2 na amostra total (estimativa para a renda média domiciliar de R\$5.721,72). No contexto brasileiro, segundo dados do último censo, a maior parte da população estava localizada na região Sudeste, contudo a maior parte da população possuía renda média percapita de 1/2 a 1 salário-mínimo (BRASIL, 2012). Entre os nutricionistas, a maior parte dos profissionais também estava no estrato socioeconômico B2 e na região Sudeste do Brasil. Na pesquisa com nutricionistas supracitada, o CFN encontrou resultados similares, com a maior parte dos nutricionistas registrados na região Sudeste e informando renda de mais de 3 até 5 salários-mínimos (CFN, 2022).

Em relação ao estado nutricional, a maior parte da amostra encontrava-se em eutrofia. Porém no contexto brasileiro dados mais recentes apontaram que a eutrofia e o sobrepeso são igualmente distribuídos entre a população de adultos no Brasil (34,5% cada); e além disso, a proporção do estado nutricional de obesidade foi menor na presente amostra (16%), quando comparada com o contexto brasileiro (28,5%) (BRASIL, 2020).

Os grupos profissionais foram diferentes em relação às variáveis de idade, sexo, IMC, tempo de formado(a), região, comportamento de risco para TA e preocupação com a forma corporal, porém não diferiram para estrato socioeconômico. Na análise final (análise de

caminhos), a avaliação dessas variáveis em conjunto com a profissão, no entanto, permitiu avaliar o efeito da profissão considerando essas diferenças.

6.1 RELAÇÃO ENTRE ORTOREXIA NERVOSA (ON), COMER POSITIVO (CP) E COMER INTUITIVO (CI)

Embora alguns estudos tenham estabelecido a frequência de ON em suas amostras, a partir de pontos de corte propostos por instrumentos anteriores (como o ORTO-15), os comportamentos avaliados pela TOS ainda não possuem um consenso acerca dos pontos de corte para a determinação de frequências. Deve-se considerar também que tampouco há um critério diagnóstico “oficial” que permita estabelecer presença ou ausência da ON. Em relação ao CI e CP, também não há uma proposta de ponto de corte para a determinação da presença/ausência dos comportamentos avaliados. Portanto, as análises deste trabalho foram realizadas a partir da associação dos escores obtidos nas escalas utilizadas.

Dada a natureza dos comportamentos, esperava-se que a ON se apresentasse inversamente relacionada ao CI e ao CP. A correlação entre ON e CI foi, de fato, média e negativa para pontuação da escala total (IES-2) e cada um dos fatores (exceto para o fator “*congruência de escolha corpo-comida*”, que foi nula). Em amostra de mulheres em Portugal, correlação também negativa e pequena-a-média foi encontrada entre os dois comportamentos (utilizando a DOS para avaliar ON), com o CI inclusive mediando o comportamento de ON e o comportamento de risco para transtornos alimentares (COIMBRA e FERREIRA, 2020). Outro estudo com estudantes universitários dos Estados Unidos, utilizando o ORTO-7, encontrou correlação negativa entre os comportamentos, sendo que, para os homens, houve relação curvilínea entre ON e CI (para os fatores “*seguir os sinais internos de fome e saciedade*” e “*congruência de escolha corpo-comida*”), com maiores níveis de CI sendo reportados por aqueles com pontuação média para ON – mostrando que até certo ponto e níveis não rígidos da ON, a preocupação com a qualidade da alimentação foi associada com desfechos alimentares não patológicos, no caso CI (RODGERS et al., 2021). Mais recentemente, utilizando a TOS, MAÍANO et al. (2022) encontraram relação negativa entre ON e todas os fatores de CI, em amostra no Canadá. E no Chipre, também utilizando a TOS, foi encontrada relação negativa entre ON e CI, com efeito pequeno a moderado (ANASTASIADES e ARGYRIDES, 2022).

Importante destacar especialmente a correlação nula encontrada entre o fator “*congruência de escolha corpo-comida*” e ON no presente estudo. Tal análise foi feita

justamente porque na concepção da IES-2 (quando a subescala foi adicionada), as autoras ressaltaram que estudos adicionais seriam necessários para diferenciar este fator de medidas de ON. A subescala em questão avalia a tendência de escolher alimentos que promovam a saúde e funcionamento do corpo – positivamente relacionada a índices de bem-estar psicológico –, mas para manter a validade discriminante desse fator, ele não deveria estar fortemente relacionado a um instrumento de medida de ON (TYLKA e KROON VAN DIEST, 2013). O presente estudo, além dos supracitados (RODGERS et al., 2021; MAÍANO e et al., 2022), portanto, confirmam a hipótese das autoras.

Observa-se que poucos estudos avaliaram a relação de ON e CI, e o presente contribui sendo o sexto em geral e o primeiro no Brasil a avaliar esta relação. Porém, a investigação da relação de ON com comportamentos positivos tem chamado a atenção nos estudos sobre o tema, a fim de ampliar a compreensão deste comportamento e até mesmo o “tratamento” do quadro. Alguns estudos sugerem, inclusive, programas de intervenção e prevenção de ON baseado em CI (REICH, 2019; COIMBRA e FERREIRA, 2020).

O resultado de relação negativa entre ON e CP é inédito, uma vez que a *Positive Eating Scale* (PES) é uma escala recente e não foram encontrados estudos, até o momento, que tenham avaliado juntamente estes construtos. Porém, estudo que avaliou a relação do CP (usando a PES) com comportamento de risco para TA, encontrou correlação média e negativa (LEV-ARI et al., 2021). Embora se tenha localizado este único estudo com comportamento de TA na literatura, que somado ao nosso resultado usando a PES são ainda insuficientes para conclusões – que também dependem da população e contexto –, a descrição do comportamento de ON pode ser realmente compreendido como inversamente relacionada a um comer positivo, e escolhas alimentares por prazer e satisfação.

6.1.1 Relação entre Preocupação não Patológica com Alimentação Saudável, Comer Positivo e Comer Intuitivo

O objetivo principal do estudo foi analisar e comparar os comportamentos de ortorexia nervosa (ON), comer intuitivo (CI) e comer positivo (CP) entre nutricionistas e gastrólogos, avaliando também outras profissões. O presente estudo não tinha objetivo a princípio de explorar a chamada “ortorexia saudável” – que como discutido anteriormente foi recentemente proposta e que optamos por nomear como “preocupação não patológica com alimentação

saudável” (PNPAS). No entanto, uma vez que a *Teruel Orthorexia Sclae* (TOS) traz esta proposta, considerou-se importante explorar estes resultados.

Discutir os achados de relação com este conceito é mais complexo, primeiramente pela própria questão de dúvida sobre esta nomenclatura e conceito, como pontuado na introdução; e também porque tendo sido proposta em 2019 na publicação da TOS, poucos estudos avaliaram ortorexia usando esta escala (que propõe a divisão das “ortorexias”) e relação com outros construtos. Para o presente estudo houve correlação positiva, porém fraca, da PNPAS com CI e nula com CP. Porém, na análise da IES-2 (que avalia CI) separada por seus respectivos fatores, foi encontrada correlação negativa e fraca entre PNPAS e o fator “*Permissão incondicional para comer*”, e positiva e média com o fator “*Congruência de escolha corpo-comida*”. Um estudo online realizado na França, com 1245 mulheres, apontou correlação positiva da PNPAS com CI (YAKIN et al., 2022). Em estudo conduzido no Chipre, a PNPAS também foi positivamente relacionada com CI, com efeito pequeno (ANASTASIADES e ARGYRIDES, 2022). Em amostra do Canadá foi encontrada relação positiva entre PNPAS e os fatores “*Permissão incondicional para comer*” e, assim como na presente amostra, com o fator “*Congruência de escolha corpo-comida*” (MAÏANO et al., 2022). Ao propor o fator “*Congruência de escolha corpo-comida*” as autoras não consideraram a possibilidade de uma “ortorexia saudável” (que não havia sido ainda nem proposta); desta forma temos – junto aos nossos resultados – apenas três trabalhos que compararam esta proposta com o conceito CI. Novos estudos devem seguir explorando se realmente uma PNPAS seria relacionada ao comer intuitivo; mas de qualquer forma há aqui uma diferença com relação à ON, que claramente em todos os estudos avaliados foi relacionada inversamente ao CI, ou seja, quanto mais comportamento ortoréxico menor o comer intuitivo (embora a direção desta relação seja ainda pouco explorada).

Deve-se considerar, ainda, que a PNPAS teve correlação média e positiva com a ON na amostra do presente estudo. Esse resultado corrobora os achados de outras amostras (BARRADA e RONCERO, 2018; CHACE e KLUCK, 2022), e assim, pode-se inferir que eles são construtos relacionados. Desta forma, mesmo os achados discutidos acima – de relação positiva da PNPAS com CI e negativa da ON com CI – devem ser considerados com cautela, pois a própria ortorexia nervosa é relacionada com a “ortorexia saudável”, e então a verdadeira “divisão” e definição desta nova dimensão ainda carece de maior exploração e esclarecimentos.

Por fim, a correlação entre o CI e o CP foi forte e positiva, confirmando uma relação desses comportamentos.

6.2 ORTOREXIA NERVOSA, PREOCUPAÇÃO NÃO PATOLÓGICA COM ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, COMER INTUITIVO E COMER POSITIVO SEGUNDO GRUPO PROFISSIONAL

6.2.1 Ortorexia Nervosa (ON)

Em função dos achados já reportados na literatura (colocados de forma sumarizada na Tabela 1 da Introdução), se esperava que nutricionistas apresentassem maiores escores para ON, porém eles tiveram pontuação significativamente menor que gastrólogos e outras profissões. No entanto, na análise de caminhos (que será discutida a frente) essa diferença entre grupos profissionais não se manteve, já que nesta análise é considerada a interação com as demais variáveis avaliadas (e os nutricionistas tiveram menor frequência de comportamento de risco para TA, menores escores para preocupação com a forma corporal, e maiores escores para o comer positivo – fatores que também estiveram associados aos escores de ON).

Os estudos que apontam nutricionistas e estudantes de nutrição (entre outras profissões relacionadas à saúde) como um grupo que apresenta alta frequência de ON, tanto em amostras brasileiras (ALVARENGA et al., 2012; SOUZA e RODRIGUES, 2014; PENAFORTE et al., 2017; DE MARCHI e BARATTO, 2018) como em outros países (KINZL et al., 2006; BRYTEK-MATERA et al., 2015a; GUBIEC, 2015; AGOPYAN et al., 2018; TEZZA et al., 2018; GRAMMATIKOPOULOU, 2018; SERBACK, 2018), colocam como “hipótese explicativa” o fato de que o conhecimento sobre alimentação e nutrientes seria um fator de risco para aumento da preocupação com alimentação.

No entanto, os estudos supracitados com nutricionistas não faziam a comparação com outras profissões, o que pode refletir em resultados que traduziram uma preocupação com alimentação que poderia ser comum e não exclusividade do grupo. Os altos escores nestes estudos podem refletir ainda um problema de tentar “classificar” o comportamento ortoréxico com pontos de corte, o que é complicado sendo ele um comportamento sem critérios “diagnósticos” padronizados e sem padrão ouro, portanto, para avaliação. Apenas alguns estudos com estudantes de Nutrição (13 dos 26 localizados) compararam grupos, e entre eles, dois encontraram que estudantes de Nutrição apresentaram pontuação maior para ON – no entanto eles utilizaram o *Bratman's Orthorexia Test* (BOT) e o ORTO-15, com problemas metodológicos de desenvolvimento e psicométricos (DITTFELD, 2016; TEZZA et al., 2018). Os demais não encontraram diferença entre a pontuação de estudantes de Nutrição comparados

com outros cursos (KORINTH et al., 2009; BO et al., 2014; DEPA et al., 2017; HARRIS, 2017; TEZZA et al., 2018; McDONOUGH, 2018; BRYK et al., 2020; DA SILVA e FERNANDES, 2020; QUEIROZ et al., 2021; BUSATTA, 2022; GUGLIELMETTI et al., 2022), e um deles até encontrou que pontuação foi menor entre os estudantes dessa área (YILMAZ, 2021).

É importante destacar, portanto, que a utilização do ORTO-15 para avaliação da ON nesse grupo, sem avaliação de propriedades psicométricas, pode trazer um cenário confuso de como se dá essa associação e torna difícil a comparação com o presente estudo. A escala pontua para ON, por exemplo: *“Você pensa que no mercado existem alimentos não saudáveis?”* – que pode ser um pensamento comum neste grupo, diante do maior conhecimento sobre composição nutricional dos alimentos, e não necessariamente um comportamento patológico. Além disto, é importante destacar que um item da TOS foi retirado destas análises em função da avaliação das propriedades psicométricas (*“Se em algum momento como algo que eu considero não saudável, eu me castigo por isso”*) – e ele avalia uma questão bem “patológica” que é se castigar. Portanto avaliações futuras, considerando este item, podem trazer um maior entendimento sobre essas diferenças e até mesmo sobre a relação entre ON e a sua dimensão “saudável”.

Assim, o presente estudo traz resultados mais robustos ao mostrar, usando um instrumento mais adequado psicometricamente (a TOS), que não houve maior pontuação para ON entre nutricionistas comparado a gastrólogos e outras profissões – sugerindo que pertencer ao grupo de nutricionistas não foi um “fator de risco” para ON. Isso pode acontecer pois, como citado anteriormente, outras variáveis que estiveram associadas à profissão se associaram de maneira mais importante com ON: o comportamento de risco para TA e a preocupação com a forma corporal, ambos menores em nutricionistas, além do comer positivo, maior entre eles. Além disso, deve-se considerar também outras variáveis que podem estar associadas à profissão (como as diferentes abordagens de ensino nas universidades/faculdades, a vivência e experiências pessoais e profissionais de cada um, o que estudam após a graduação), além das outras variáveis que podem estar envolvidas com ON e que não foram avaliadas (especialmente o perfeccionismo e transtorno obsessivo-compulsivo). Deve-se considerar, ainda, que as temáticas relacionadas à saúde, doença e alimentação não estão mais restritas aos muros das universidades. O debate sobre “alimentação saudável” é cada vez mais popular, especialmente com o crescimento das redes sociais. Embora essa popularização possa ser positiva, por permitir acesso à informação sobre alimentação e nutrição a mais pessoas, a forma como esses ideais vem sendo disseminados podem potencializar a preocupação com alimentação – desencadeando comportamentos negativos como os característicos da ON – o que reforça a necessidade de uma

formação e atuação de abordagem ampla e ética dos nutricionistas, que são os profissionais habilitados para educação alimentar da população.

6.2.2 Preocupação não Patológica com Alimentação Saudável (PNPAS)

A diferença do escore para a PNPAS aconteceu entre nutricionistas e outras profissões, na qual nutricionistas tiveram pontuação significativamente maior. No entanto, na análise de caminhos – discutida a frente –, observou-se que pertencer ao grupo de nutricionistas não esteve mais relacionado a este escore. Como discutido anteriormente, a análise de caminhos, mais robusta, considera a interação com as demais variáveis avaliadas e os nutricionistas apresentaram maior idade (comparados aos gastrólogos), menor IMC, menor frequência de comportamento de risco para TA, e maiores escores para o comer positivo e o comer intuitivo – fatores que também estiveram associados aos escores de PNPAS. Assim como aconteceu para ON, outras variáveis se associaram de maneira mais importante com PNPAS. No entanto, este é o primeiro estudo comparativo que avalia o conceito em nutricionistas, o que permite somente uma exploração sobre essa possível diferença – que pode ser mais bem compreendida a partir de mais investigações.

DA SILVA et al. (2022) discutem em seu recente capítulo sobre “ortorexia saudável” que *“a dedicação, cuidado e comprometimento de alguém com a alimentação saudável não deve ser vista como patológica – mesmo que alguém tenha crenças ‘estranhas’ sobre o que é uma boa alimentação – se isto não causa impactos físicos, sociais e psicológicos na sua vida”*. No entanto, ao falarmos de profissionais que irão orientar alimentação saudável, tal frase não pode mais ser considerada adequada. O prejuízo teria que ser pensado também em relação ao outro e não só a si mesmo. Esta é a tônica da discussão sobre o conceito de ON desde a primeira publicação nacional a respeito (MARTINS et al., 2011): chamar atenção dos nutricionistas para o que é de fato alimentação saudável, envolvendo seus aspectos biopsicossocioculturais e não somente biológicos.

Encontrar uma maior frequência de respostas para *“Eu tento convencer as pessoas ao meu redor para que sigam os meus hábitos de alimentação saudável”* (item 15 da TOS) entre nutricionistas não é de estranhar, uma vez que são, de alguma forma, treinados a fazerem isto. Porém, encontrar respostas com mais frequência neste público para *“Prefiro comer um alimento saudável e pouco saboroso do que um alimento saboroso que não seja saudável”* e *“Eu prefiro comer pouco, mas de forma saudável, do que ficar saciado(a) com uma comida que possa não ser saudável”* pode tornar difícil uma orientação individualizada e não julgadora a alguém que

valoriza mais os aspectos hedônicos da alimentação, e também para alguém que só tem condições de se manter saciado com algumas escolhas talvez não “ideais” – em função até de questões econômicas (como a de considerar a densidade energética de escolhas alimentares) (RICARDO e CLARO, 2012; BORGES et al., 2015).

6.2.3 Comer Intuitivo (CI) e Comer Positivo (CP)

Em relação ao CI e CP, se imaginava que nutricionistas teriam pontuação menor nesses construtos, pela esperada relação negativa com ON e por se hipotetizar que o conhecimento em nutrição poderia influenciar em atitudes alimentares mais cognitivas e menos intuitivas. Porém, não houve menor CI nem CP, avaliados pelos instrumentos definidos.

Alguns estudos anteriores indicaram a presença de atitudes e práticas alimentares intuitivas entre os nutricionistas. CAFEROGLU e TOKLU (2022a) encontraram que os padrões alimentares intuitivos foram inversamente relacionados ao risco de desenvolver hábitos alimentares disfuncionais em uma amostra composta por estudantes e nutricionistas na Turquia.

Outros estudos também apontaram uma relação positiva entre CI em estudantes de Nutrição e nutricionistas, assim como na amostra desta dissertação. SIMON (2017) encontrou que nutricionistas americanos tinham um comer intuitivo acima da média, comparando com outros estudos que avaliaram CI na população geral. Já com estudantes de Nutrição, um outro estudo nos Estados Unidos encontrou que eles reportaram comer de forma mais intuitiva que estudantes de outros cursos (RUSSEL, 2014). E em estudantes americanos de pós-graduação em Nutrição, após o primeiro ano de curso, houve maiores escores de CI e “*permissão incondicional para comer*” quando comparados aos alunos ingressantes; e comparando estes estudantes com os de naturopatia (HARRIS, 2018). No entanto, é importante ressaltar que foi utilizada uma versão adaptada da IES-2 (que avalia CI) para a amostra desta dissertação, após avaliação psicométrica, retirando-se os itens invertidos 1, 4 e 9 do fator “*Permissão incondicional para comer*”.

Com relação ao CP, não foram encontrados trabalhos que tenham avaliado o conceito entre nutricionistas ou estudantes de Nutrição. Portanto, os resultados de um comer mais positivo em nutricionistas também aparecem como uma exploração inicial desta relação, considerando a recente proposta de definição e instrumento para avaliação deste comportamento. Estudos futuros são importantes para entender se esta relação se repete em outras amostras e até mesmo sobre a associação do CP com a ON, discutida anteriormente.

Por fim, deve-se considerar que, além do que foi discutido anteriormente, não só a formação profissional em si, mas o modo em que a temática é abordada nas diferentes universidades/faculdades, a vivência e experiências pessoais e profissionais de cada um, além do que estudam após a graduação, podem ser variáveis que interferem em comportamentos mais ou menos disfuncionais, mais ou menos intuitivo e positivo em relação à alimentação.

6.3 FATORES RELACIONADOS À ORTOREXIA NERVOSA (ON) E PREOCUPAÇÃO NÃO PATOLÓGICA COM ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL (PNPAS)

Além da profissão, era importante também avaliar a influência de outras variáveis sobre a ON, visto que era esperado que não somente o grupo profissional pudesse estar relacionado com o construto. Portanto, foram realizadas análises uni e bivariadas entre ON e as variáveis sexo, idade, região, IMC, estrato socioeconômico, vegetarianismo, preocupação com a forma corporal e comportamento de risco para transtornos alimentares (TA) – que não abrangem todo escopo de possibilidades (o que seria impossível), mas sim variáveis já exploradas antes e conceitualmente relacionadas à ON (McCOMB e MILLS, 2019). E, como colocado anteriormente, já que a TOS avalia o fator “ortorexia saudável”, do mesmo modo que foi feito para ON, foram investigadas as associações dessas variáveis com a PNPAS. Embora o conceito seja recente e pouco explorado, algumas possíveis associações já são levantadas na literatura (DA SILVA et al., 2022). Para essa dimensão, essas variáveis foram “controladas” para ON no modelo final (análise de caminhos), já que a pontuação da ON poderia exercer um efeito sobre a relação dessas variáveis com PNPAS – indivíduos que pontuam para ON também pontuam para PNPAS.

O Quadro 4 sumariza os achados de associações significativas nas análises uni e bivariadas com as variáveis, tanto para ON como para PNPAS, já identificando aquelas que foram significativas na análise de caminhos – que serão discutidas de forma mais aprofundada em tópicos sequenciais.

Quadro 4. Associações entre ortorexia nervosa, preocupação não patológica com alimentação saudável e variáveis avaliadas

Variável	Análises uni/bivariadas	Análise de caminhos
Ortorexia nervosa		
Sexo	-	*
Idade	-	Positiva
Região	-	*
IMC	Positiva (fraca)	-
Estrato socioeconômico	Maior no estrato A (comparado aos B1 e B2) e C2 (comparado aos B1 e B2) (efeito pequeno)	-
Vegetarianismo	-	Positiva
Preocupação com a forma corporal (mulheres)	Positiva (forte)	Positiva
Risco TA	Maior em quem apresentou risco (efeito médio)	Positiva
Profissão	Menor em nutricionistas (efeito pequeno)	-
Comer intuitivo	Negativa (média)	-
Comer positivo	Negativa (média)	Negativa
Preocupação não patológica com alimentação saudável		
Sexo	Maior em mulheres (efeito pequeno)	*
Idade	Positiva (fraca)	Positiva
Região	Maior no Centro-Oeste (comparado ao Norte, Sudeste e Sul) (efeito pequeno)	*
IMC	Negativa (fraca)	Negativa
Estrato socioeconômico	-	-
Vegetarianismo	Maior em vegetarianos (efeito pequeno)	Positiva
Preocupação com a forma corporal (mulheres)	-	-
Risco TA	-	Negativa
Profissão	Maior em nutricionistas ¹ (efeito pequeno)	-
Comer intuitivo	Positiva (fraca)	Positiva
Comer positivo	Positiva (nula)	Positiva
Ortorexia nervosa	Positiva (média)	Positiva

*associação não avaliada

¹comparado ao grupo controle

Pode-se observar que para ON, foram significativas nas análises uni e bivariadas as associações com: IMC, estrato socioeconômico, preocupação com a forma corporal, comportamento de risco para TA, profissão, comer intuitivo e comer positivo (sendo que a relação da ON com CP, CI e profissão já foram discutidas no tópico anterior). Destas, a preocupação com a forma corporal, o comportamento de risco para TA e o comer positivo se mantiveram significativas na análise de caminhos e serão lá discutidas. Já as associações com idade e vegetarianismo foram significativas somente na análise de caminhos.

Para a PNPAS, as associações com sexo, idade, região, IMC, vegetarianismo, comer intuitivo, comer positivo e profissão foram significativas nas análises uni e bivariadas, embora todas com efeito pequeno ou força de correlação irrisória ou fraca. Destas, idade, IMC e vegetarianismo se mantiveram significativas na análise de caminhos, além do comer intuitivo e comer positivo, discutidos anteriormente. Já o comportamento de risco para TA foi significativo somente na análise de caminhos.

Portanto, nota-se que nas análises uni e bivariadas foram encontradas associações com variáveis que não apresentaram associação na análise de caminhos – visto que ela avalia a relação entre as variáveis em conjunto. Nota-se, ainda, que os resultados que foram significativos somente nas análises uni ou bivariadas, apresentaram tamanhos de efeito nulo ou pequeno, já que muitos fatores podem influenciar a ON e a PNPAS – e quando avaliados individualmente não conseguem representar sozinhos a variabilidade do construto (FRITZ et al., 2012).

Nas análises uni e bivariadas, a pontuação para ON não foi diferente segundo a região do país (que foi analisada de forma exploratória, como um possível marcador cultural). Nessas análises, a adoção de uma alimentação vegetariana e a idade também não tiveram relação com ON, porém na análise de caminhos elas foram encontradas – e serão discutidas adiante.

Para IMC, houve correlação positiva fraca com ON apenas nas análises simples. Utilizando a TOS, MHANNA et al. (2021) também encontraram correlação positiva e fraca entre ON e IMC, assim como AWAD et al. (2022) e SFEIR et al. (2022), em amostras libanesas. Já no Brasil, também com a TOS, DA SILVA et al. (2021) encontraram relação inversa entre ON e IMC. Em outros estudos com nutricionistas, foi encontrada correlação positiva entre ON (avaliada pelo ORTO-15) e IMC maior que 25kg/m², na Turquia (ASIL e SURUCUOGLU, 2015); mas nos Estados Unidos, participantes em risco para ON (avaliada pelo ORTO-15) tinham menor IMC (TREMELLING et al., 2017). Entre estudantes de Nutrição no Brasil, estudantes com ON apresentaram mais excesso de peso (IMC>25kg/m²) de acordo com o ORTO-15 (PENAFORTE et al., 2015), porém em outros estudos o IMC foi inversamente

correlacionado com ON (DE MARCHI e BARATTO, 2018; DA SILVA e FERNANDES, 2020), utilizando o mesmo instrumento. Em amostra na Grécia, foi observada associação de ON com maior IMC (GRAMMATIKOPOULOU, 2018). Na Jordânia, ON foi influenciada por maior IMC (ABDULLAH et al., 2020). Portanto, parece não haver um consenso entre esta relação entre ON e IMC. É o que apontam os resultados de revisão que não encontraram correlação, ou que encontraram correlação positiva, além dos que encontraram correlação negativa entre as variáveis. Portanto, ainda não está claro se aqueles com IMC mais alto têm, de fato, maior risco de ON ou não (McCOMB e MILLS, 2019).

Em relação à variável sexo, não houve diferença na pontuação para ON. Entre estudantes de Nutrição na Turquia, o risco para ON foi maior no sexo masculino, utilizando o ORTO-11 (KARAKUS, 2017), assim como em amostras na Jordânia (ABDULLAH et al., 2020), em outro estudo turco (YILMAZ, 2021) e no Brasil (BRYK et al., 2020), que utilizaram o ORTO-15. Esta é outra variável que permanece com relação inconclusiva com relação à ON, já que os estudos que analisaram esta relação não apontam para um consenso. Uma revisão sistemática e meta-análise de 67 estudos não revelou diferenças entre os sexos, com exceção da avaliação dos estudos utilizando o instrumento DOS, que apresentou resultado um pouco mais proeminente em mulheres (STRAHLER, 2019). Outras revisões também apresentam que o sexo parece não estar relacionado à ON, com homens e mulheres tendo a mesma probabilidade de desenvolver o quadro (McCOMB e MILLS, 2019; GKIOULEKA et al., 2020). Utilizando a TOS, não se encontrou associação do sexo com ON em 2 estudos, na Espanha e Alemanha (DEPA et al., 2019; STRAHLER, 2021); porém em outros estudos foi encontrada uma associação positiva pequena para ON e sexo feminino em amostras do Líbano e do Brasil (STRAHLER et al., 2020; MHANNA et al., 2021; DA SILVA et al., 2021).

Na análise univariada houve diferença para a pontuação de ON segundo estrato socioeconômico, porém, com magnitude do tamanho de efeito pequena. Na literatura, a influência do nível socioeconômico sobre a ON não é um consenso e resultados heterogêneos são encontrados. Neste caso, dentro da mesma amostra, ora estrato socioeconômico apresentou pontuação maior para ON, ora o mais baixo. Revisão que avaliou a influência do nível socioeconômico na ON, apontou que alguns estudos não encontraram associação, enquanto outros apontaram associação positiva (McCOMB e MILLS, 2019). Autores poloneses que encontraram indícios de que a frequência de ON é maior em pessoas de alta renda e maior escolaridade, argumentam que isso acontece, pois, esses indivíduos têm acesso mais fácil a produtos de alto valor nutricional, mais caros, e ao conhecimento sobre um estilo de vida saudável (HYRNIK, 2016).

Em relação a PNPAS, nas análises bivariadas, não foi encontrada correlação com o comportamento de risco para TA e comer positivo, porém na análise de caminhos essas associações aconteceram de forma positiva – discutidas a seguir, juntamente com as associações para vegetarianismo, IMC e idade (que lá apareceram). Além disso, não foram encontradas associações com preocupação com a forma corporal e estrato socioeconômico.

Para a PNPAS, foi encontrada diferença entre os sexos na análise simples, com mulheres pontuando mais que homens, porém com magnitude do tamanho de efeito pequena. Resultado similar apareceu em resultados com amostra do Líbano (AWAD et al., 2022), na qual mulheres pontuaram mais que homens. Contudo, DEPA et al. (2019) não encontraram associação do sexo com PNAS. Também foi encontrada diferença nas análises simples de acordo com a região do país, que – assim como para ON – foi analisada de forma exploratória, como um possível marcador cultural.

Por fim, observa-se que a profissão, já discutida anteriormente, foi significativa para as análises uni e bivariadas, porém não exerceu efeito sobre os resultados de ON e PNPAS na análise de caminhos. A fim de compreender como as variáveis investigadas interagem de forma conjunta com o desfecho de ON e PNPAS, considerando as duas dimensões concomitantemente, diferentes modelos foram testados: tanto considerando os comportamentos intuitivo e positivo como mediadores dos desfechos, como esses comportamentos sendo os desfechos (mediados pela ON e pela PNPAS) e, ainda, como desfechos distintos e somente correlacionados com ON e PNPAS. Porém, esses modelos não convergiram para amostra. O modelo que obteve melhor ajuste foi considerando o comer intuitivo e o comer positivo como preditores de ON e PNPAS e as variáveis significativas serão discutidas na sequência.

6.3.1 Imagem Corporal

Tanto nas análises bivariadas, como na análise de caminhos, observa-se que a preocupação com a forma corporal foi a variável que mais fortemente se relacionou com ON (magnitude forte na análise bivariada e trajetória mais relevante na análise de caminhos), destacando que esta análise foi realizada apenas com a amostra feminina – público que é também o mais estudado e apontado como suscetível a problemas relacionados à IC.

Embora na concepção inicial de ON, aspectos da imagem corporal (IC) não estarem descritos como “motivadores”, estudos posteriores mostraram que essa relação poderia estar presente. BRATMAN (2017), reconheceu posteriormente que a percepção de alimentação

saudável dos indivíduos poderia estar relacionada à alimentos e padrões que promovam a magreza e a perda de peso, implicando assim que a ON pode envolver motivação relacionada a preocupações com peso e/ou forma corporal; e a proposta de critério publicada por ele, inclusive, traz que o desejo de perder peso pode estar presente, mas subjacente à ideação de alimentação saudável (DUNN e BRATMAN, 2016).

Essa associação pode acontecer porque a preocupação com o peso pode existir motivada pela preocupação com a saúde, já que o excesso de peso é comumente associado com efeitos deletérios à saúde (SUDO e LUZ, 2007; CONSTANZO et al., 2022). Ou seja, pessoas fixadas em alimentação saudável também podem ser fixadas em uma “imagem corporal ideal”, que envolve a preocupação e controle de peso. Assim, na prática, essas duas motivações (busca pela magreza e desejo pela saúde) podem estar estritamente relacionadas (COSTANZO et al., 2022).

Corroborando esta ideia, estudo de BARTEL et al. (2020), que avaliou as motivações para escolha alimentar na vigência do comportamento de ON, encontrando que o motivo da escolha alimentar mais fortemente associado aos sintomas de ON foi o controle de peso. DEPA (2019) também encontrou o mesmo resultado, com o controle de peso sendo, inclusive, mais fortemente associado do que o motivo de saúde e conteúdo natural – que apresentou uma relação insignificante e estatisticamente não significativa com a ON. Deste modo, sugere-se que as associações entre os sintomas da ON e as questões com o peso e a forma corporal não refletem apenas uma preocupação adaptativa com as consequências para a saúde de estar acima do peso, mas também com uma dimensão patológica desta preocupação (BARTEL, 2020; PAUZÉ et al., 2021).

Observa-se que, mesmo não sendo um consenso (SOUZA e RODRIGUES, BRYTEK-MATERA, 2015; BRYTEK-MATERA, 2017; LORENZON et al., 2020), uma série de estudos encontraram associação entre ON e IC. Vários utilizaram outros instrumentos (que não a TOS) e encontraram relação entre ON e distúrbios diversos de imagem corporal – avaliados também com escalas diversas (ALMEIDA et al 2018; BARNES e CALTABIANO, 2016; MESSER et al., 2022; PAUZÉ et al., 2021). Utilizando especificamente a TOS, CHACE e KLUCK (2022) encontraram que ON foi significativamente correlacionada com emoções disfóricas da imagem corporal (avaliadas pela *Situational Inventory of Body-Image Dysphoria-Short Form*), em amostra dos Estados Unidos. Outro recente trabalho turco de ŞENTÜRK et al. (2022), com amostra de 1165 mulheres, apontou que pontuação menor para satisfação corporal foi preditor para ON. Ainda utilizando a TOS, DOMINGUES e CARMO (2021) encontraram que o desejo pela magreza (avaliado pela subescala da *Eating Disorders Inventory*) foi um dos principais preditores para ON em amostra portuguesa. Na França, adultos que pontuaram mais para ON

apresentaram maiores escores para insatisfação corporal e aqueles com pontuação alta para ON apresentaram maiores escores para desejo pela magreza (avaliados pelas subescalas do *Eating Disorders Inventory-3rd* – EDI-3) (YAKIN et al., 2022), assim como no Líbano, onde insatisfação corporal foi significativamente associada com ON (medida por ORTO-15 e TOS), em mulheres (KHALIL et al., 2022). Outros estudos utilizaram diferentes instrumentos para avaliar ON e a associação com aspectos da IC em estudantes de nutrição. Em amostra de estudantes no Brasil, SOUZA e RODRIGUES (2014) não encontraram correlação entre ON e distúrbio de IC, avaliado pela escala de silhuetas proposta por Stunkard – ainda que as escalas de silhuetas possuam vieses metodológicos que devem ser considerados (GARDNER et al. 1998). Também no Brasil, houve maior frequência de preocupação com a forma corporal (avaliada pelo BSQ) entre as estudantes com comportamento alimentar com tendência para ON, embora no modelo de regressão não ter se apresentado como preditor significativo para o comportamento (PENAFORTE et al., 2017). Em estudo com estudantes na Polônia, baixa satisfação em áreas corporais, alta orientação para condicionamento físico, alta preocupação com sobrepeso e alta orientação para a aparência (avaliados pelo *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* – MBSRQ) foram preditores independentes para ON (BRYTEK-MATERA, 2015b). Nestes estudos a ON também foi avaliada pelo ORTO-15. Não foram encontrados estudos que avaliaram a relação de ON e IC entre nutricionistas, portanto, o presente estudo destaca-se mostrando pela primeira vez esta associação já encontrada em outros públicos e com instrumentos que foram avaliados psicometricamente antes desta análise.

Não há consenso, no entanto, se aspectos negativos da IC seriam uma característica central, um critério de exclusão ou uma característica associada à ON (MESSER et al., 2022) e quais os componentes da IC estão, de fato, relacionados com o comportamento. Porém, os presentes achados contribuem para a discussão de que aspectos da IC podem estar relacionados com ON, não sendo um aspecto que distingue o quadro dos TA, como era discutido no início dos estudos. Estes achados reforçam a necessidade da consideração de aspectos da IC na caracterização do comportamento. Além disso, reforça a necessidade do debate acerca da associação direta entre saúde e magreza, que comumente é feita: até que ponto os ideais de saúde são movidos pelo desejo de um corpo “ideal”, impactando em comportamentos alimentares disfuncionais? – relação que se torna ainda mais delicada quando consideramos nutricionistas, já que essa associação pode refletir na prática profissional.

Por fim, os resultados com relação a avaliação da preocupação corporal e ON, apontam que a promoção da imagem corporal positiva pode ser uma estratégia de prevenção e “tratamento” da ON, assim como acontece com transtornos alimentares, principalmente a partir

de uma comunicação em saúde que aborde a relação saúde *versus* peso corporal de forma multidimensional.

6.3.2 Comportamento de Risco para Transtornos Alimentares

A ON e os transtornos alimentares (TA) compartilham algumas características, como a preocupação excessiva com comida e alimentação, adaptação do comportamento e do estilo de vida às questões da comida, a alimentação como parte da identidade e da autoestima, além das consequências para a saúde – como isolamento social, problemas físicos e desnutrição (McCOMB e MILLS, 2019). Discute-se desde a proposta da ON se ela seria um novo TA, o que não parece ser o caso; recentemente Bhattacharya et al. (2022) argumentam que a ON não é um novo distúrbio psiquiátrico, mas sim uma nova forma de manifestação cultural da anorexia nervosa.

De qualquer forma, analisou-se também a relação do comportamento de risco para TA na ON e foi encontrado que a presença de comportamento de risco para TA foi positivamente associada com a ON.

Nosso achado está em consonância com diversos estudos anteriores que encontraram relação positiva entre ON e comportamento de risco para TA (ŁUCKA et al., 2019; PARRA CARRIEDO et al., 2020; COIMBRA e FERREIRA, 2020; OBERLE et al., 2021), a partir de diferentes instrumentos. Meta-análise recente que avaliou 42 estudos, encontrou associação moderada entre ON e TA, trazendo que os quadros compartilham os comportamentos de adesão à dieta como uma marca de autodisciplina e os pensamentos obsessivos sobre alimentação (ZAGARIA et al., 2021). Os autores desta meta-análise, no entanto, reforçam que ON e TA são relacionados, porém distintos, já que a associação entre os comportamentos não foi forte – o que indicaria uma sobreposição dos quadros (ZAGARIA et al., 2021). De qualquer forma, o histórico de TA foi colocado como um preditor significativo para ON (BARNES e CALTABIANO, 2017; ŞENTÜRK, 2022). SEGURA-GARCIA et al. (2015) encontraram que pacientes com TA apresentaram maior pontuação para ON ao final do tratamento, comparado com o início.

Entre os estudos que apresentaram tal associação, destacam-se os trabalhos que também utilizaram a TOS – mas não com nutricionistas. O presente resultado corrobora o encontrado na concepção da escala: na Espanha, BARRADA e RONCERO (2018) encontraram correlação positiva forte entre ON e TA (fatores “*dieta*” e “*bulimia*” do *Eating Attitudes Test-26* – EAT-26). CHACE e KLUCK (2022) encontraram que ON teve correlação positiva, pelo menos de

magnitude moderada, com sintomas de TA (avaliados pela EAT-26), nos Estados Unidos. Ainda, ZICKGRAF e BARRADA (2022) e MAÏANO et al. (2022) encontraram relação positiva entre ON e TA, avaliados pelo *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) e EAT-26, respectivamente.

Mesmo em nutricionistas ou estudantes de Nutrição, a relação entre os dois comportamentos também já foi avaliada e encontrada (mas não usando a TOS e sim o ORTO-15 e o ORTO-11). Na Turquia, foi encontrada correlação positiva entre ON e risco de TA (avaliado pelo *Eating Attitudes Test-40* – EAT-40) (ASIL e SURUCUOGLU, 2015); e nos Estados Unidos, participantes em risco para ON tiveram maior pontuação para comportamentos de risco para TA (avaliados pelo EDE-Q) (TREMELLING et al., 2017). Entre estudantes de Nutrição, um estudo encontrou correlação negativa entre ON e risco para TA, avaliado pelo EAT-40, na Turquia (GEZER e KABARAN, 2013); e dois encontraram correlação positiva e maior pontuação para ON no grupo com maior risco para TA (AGOPYAN et al., 2018; YILMAZ, 2021) também na Turquia.

Os resultados do presente estudo repetem a associação já encontrada em outros, mas é o primeiro a avaliar em nutricionistas no Brasil e no mundo, além de ser o primeiro a usar a TOS para esta avaliação. O presente estudo tem ainda o diferencial de usar o questionário de Hay (HAY, 1998) que foca especificamente em sintomas de TA (restrição, compulsão e compensação) diferentemente do EAT-26, por exemplo, que avalia muito mais o que se chama de comer transtornado e não exatamente sintomas de TA (ALVARENGA et al., 2011; ALVARENGA et al., 2013).

Já em relação à PNPAS, foi encontrada associação negativa com comportamento de risco para TA em nossa amostra. Entre os estudos que avaliaram essa associação, no entanto, foi encontrada correlação positiva e fraca entre os comportamentos, nos Estados Unidos e Canadá, também utilizando o EAT-26 (CHACE e KLUCK, 2022; MAÏANO et al., 2022).

Sobre esta variável vemos, portanto, que usando uma escala mais acurada em relação a diferenciação dos comportamentos patológicos, o comportamento de risco para TA esteve positivamente associado com ON (como apontado pela literatura), e negativamente associado com a PNPAS (o que carece de maior exploração). Este achado corrobora a necessidade de se discutir a ON a partir de instrumentos mais adequados, a fim de não “patologizar” qualquer preocupação com alimentação saudável. Assim, as numerosas associações de ON com TA que vem sendo apresentadas apontam para a discussão atual de que a ON envolve um comer transtornado e não um simples compromisso em comer de forma saudável – mas a literatura

atual permanece aberta acerca da questão: caso a ON seja considerada um transtorno, ela seria um TA distinto ou somente uma manifestação dos TA já conhecidos?

6.3.3 Vegetarianismo

Em relação ao vegetarianismo, o modelo final apontou que este fator se relaciona positivamente com ON. Em estudos anteriores com diferentes públicos, a relação entre ON foi avaliada e confirmada (BRYTEK-MATERA, 2021; GKIOULEKA et al., 2022).

Utilizando a TOS, MAÍANO et al. (2022) encontraram que vegetarianos pontuaram mais para ON do que não vegetarianos (e também para PNPAS), em amostra de adultos do Canadá. Revisão recente indicou que nos Estados Unidos, estudantes universitários que eram vegetarianos, veganos ou pescetarianos, apresentavam um risco maior de ON do que aqueles que não seguiam uma dieta especial; assim como análises de amostras italianas, polonesas e alemãs, que também revelaram que aqueles que se identificaram como vegetarianos ou veganos tiveram maior risco de ON do que aqueles que não o fizeram (GKIOULEKA et al., 2022). Outra revisão encontrou que seguir uma dieta vegetariana estava associado a um nível mais alto de ON (BRYTEK-MATERA, 2021).

Esses estudos discutem que tal relação pode se estabelecer por alguns motivos, e entre eles, porque esses indivíduos buscam uma saúde física perfeita – e uma alimentação rica em termos de nutrientes, constituída predominantemente por vegetais, pode contribuir para prevenção do risco de doenças como câncer e doenças cardiovasculares (OBERLE et al., 2021). BRYTEK-MATERA (2021) discute que indivíduos que seguem uma dieta sem carne por motivos de saúde eram mais propensos a níveis mais altos de ON. Embora existam evidências que sugerem que os vegetarianos correm maior risco de comportamentos de ON, há outros indicando que uma dieta vegetariana não está relacionada à obsessão pela alimentação saudável. ÇIÇEKOĞLU e TUNÇAY (2018), e outros na revisão citada anteriormente, indicaram que o vegetarianismo ou veganismo não está relacionado à ON (GKIOULEKA et al., 2022). Novos estudos devem explorar se é a dieta vegetariana em si, ou os motivos subjacentes (saúde, estética, ética) que determinam se ela está associada à ON.

No entanto, deve-se considerar que a associação entre vegetarianismo e ON também pode acontecer quando a adoção deste estilo de alimentação é motivada pela preocupação estética/de peso relacionada aos TA – já que uma dieta vegetariana pode servir como um meio socialmente aceito para justificar restrições e mascarar comportamentos alimentares

transtornados (pular refeições, jejuar e fazer dieta, por exemplo). Há uma série de estudos recentes relacionando práticas vegetarianas com comportamento de risco para TA (ALVARENGA e DUNKER, 2022).

Outro viés que deve ser considerado na associação comumente encontrada entre ON e vegetarianismo é relativo aos instrumentos que avaliam ON. As pontuações mais altas dos vegetarianos/veganos podem estar relacionadas aos itens que avaliam a evitação de alimentos que são exclusões normativas no contexto de uma dieta vegetariana, como as carnes. No vegetarianismo, ainda, a seleção de alimentos específicos pode tomar uma grande parte do dia a dia da pessoa e podem apresentar certa dificuldade em encontrar alimentos que possam comer. Esta é a reflexão trazida por McLEAN et al. (2022), que também ilustram alguns exemplos de itens potencialmente confusos no ORTO-15, escala comumente utilizada para avaliar ON nestas populações: “*Quando você vai a um mercado de alimentos, se sente confuso a respeito do que deve comprar?*” ou “*Você se permite alguma quebra da rotina alimentar?*”.

Ainda importante considerar que na presente amostra, o vegetarianismo também foi positivamente associado com PNPAS, mas com magnitude de efeito pequena, e a associação também foi positiva na análise de caminhos. Somente MAÏANO e colaboradores (2022) avaliaram essa associação, encontrando que vegetarianos pontuaram mais para PNPAS (“ortorexia saudável”) do que não vegetarianos, em amostra de adultos do Canadá.

Portanto, os resultados com a presente amostra contribuem para um debate que ainda merece maior exploração. A utilização de escala mais acurada, que permite atuar sob o possível viés discutido em relação ao instrumento de avaliação da ON, mostra que a adoção do vegetarianismo foi uma condição associada com ON – mesmo sem a presença dos itens que não distinguiam de maneira eficiente os comportamentos de restrição alimentar não patológicos. É importante destacar, no entanto, que a significância para a associação do vegetarianismo com ON foi a menor encontrada, perto do fator limítrofe de significância estabelecido, sugerindo uma associação mais importante com a dimensão não patológica da preocupação com a alimentação. Pesquisas futuras que acessem a motivação das escolhas alimentares, portanto, são importantes para diferenciar e entender com mais profundidade as exclusões alimentares deste grupo e sua relação com ON.

6.3.4 IMC

A associação com IMC só ocorreu em relação à PNPAS na análise de caminhos (e não para ON). Como discutido anteriormente, para ON esta discussão é inconclusiva. Para PNPAS

os estudos até aqui trazem resultados também heterogêneos. Alguns não encontraram correlação entre IMC e PNPAS ou estas foram desprezíveis, apesar de significantes (BARRADA e RONCERO, 2018; BARTHELIS et al., 2019; MHANNA et al., 2021; DA SILVA et al., 2021). Porém, assim como na presente amostra, em amostra dos Estados Unidos a PNPAS e IMC foram negativamente relacionados (ZICKGRAF e BARRADA, 2022) – resultado encontrado também em amostra libanesa, na qual a correlação foi fraca e negativa (AWAD et al., 2022).

Essa associação negativa pode sugerir que pessoas com IMC menor podem estar preocupadas com alimentação, mesmo que isso não aconteça de forma patológica – ou seja, sem associação de preocupação com a forma corporal com PNPAS, além da associação negativa de comportamento de risco para TA. Tal achado, no entanto, merece maior exploração no sentido da associação já apontada entre peso baixo e saúde, muito difundida de forma leiga e crença geral na população.

6.3.5 Idade

A idade esteve positivamente associada com ON e PNPAS, ou seja, quanto maior a idade, maior a pontuação para os comportamentos. Em relação à associação com ON, um maior número de estudos já foi conduzido para investigar tal relação, que se mostra heterogênea (McCOMB e MILLS, 2019). Estudo que também utilizou a TOS, não encontrou correlação relevante entre ON e idade (BARTHELIS et al., 2019). Ainda com a TOS, DEPA et al.(2019) encontraram resultado diferente da presente amostra, com associação negativa entre idade e ON, assim como MHANNA et al.(2021) e ZICKGRAF e BARRADA (2022), que encontraram correlação negativa, porém fraca. Já AWAD et al. (2022) também encontraram correlação fraca, porém positiva, em amostra do Líbano.

Revisões de literatura que analisaram ON, a partir de diferentes instrumentos, colocam que alguns estudos também apontam que idade mais avançada esteve relacionada com ON, porém outras pesquisas apresentaram associação inversa, com ON mais comum em indivíduos mais jovens (McCOMB e MILLS, 2019; GKIOULEKA et al., 2020).

Estudos utilizando a TOS iniciam uma exploração sobre a relação de idade e PNPAS. Até o momento, um único estudo, de BARTHELIS et al. (2019) encontrou correlação positiva – porém fraca - entre PNPAS e idade, de modo semelhante à presente amostra.

Destacamos que além da idade, foi considerado que o tempo de formado(a) do nutricionista pudesse influenciar tanto na contribuição da variável da profissão quanto da idade para os desfechos de ON, por isso também foi analisada, porém não se encontrou significância nas análises bivariadas ou na análise de caminhos.

6.3.6 Relação entre Ortorexia Nervosa (ON) e Preocupação não Patológica com Alimentação Saudável (PNPAS)

Encontrar associação positiva entre ON e PNPAS e observar preditores similares (maior idade e vegetarianismo) para as duas dimensões, reforça a relação entre os construtos inicialmente discutida e a ideia de que as dimensões podem funcionar como um *continuum*. Pessoas que pontuam para ON possivelmente pontuam para PNPAS – relação encontrada, inclusive, na análise de caminhos. No modelo, a associação mais importante foi a encontrada entre ON e PNPAS, com ON explicando 23% da variância de PNPAS, assim como em modelo proposto por ANASTASIADES e AGYRDES (2022).

Porém, visto que os comportamentos positivos em relação à alimentação (comer intuitivo e o comer positivo) foram positivamente associados somente com PNPAS – que, por sua vez, não apresentou associação com preocupação com a forma corporal e não teve associação negativa com comportamento de risco para TA – reforça a ideia de que esta é uma preocupação não patológica diferente da ON. Essa discussão também é trazida por ANASTASIADES e ARGYRIDES (2022), ao encontrarem que, controlando para ON, o comer intuitivo e os índices de imagem corporal positiva foram associados exclusivamente a PNPAS.

Essa estrutura bifatorial, com ON e PNPAS sendo dois fatores distintos, é corroborada também por estudos anteriores que observaram associações em direções opostas entre ON e PNPAS e diferentes variáveis, como afeto negativo, sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo e TA (associação positiva com ON e negativa com PNPAS) (BARRADA E RONCERO, 2018; BARTHELS et al., 2019; DEPA et al., 2019).

Depois de discutidos todos os achados, algumas limitações devem ser consideradas em relação ao presente estudo. Destaca-se a amostra predominantemente feminina e que, por esse motivo, foi o único público avaliado por meio da análise de caminhos. Embora essa seja uma característica comum da população de nutricionistas – maioria no estudo – é importante que o

fenômeno da ortorexia e suas associações sejam avaliados também na população masculina em futuras pesquisas.

A ON, bem como outros quadros psicológicos, compreende uma multidimensão de fatores, que poderiam exercer influência sobre a manifestação dos comportamentos ortoréxicos de maneira bidirecional e complexa. Por isso o estudo teve a preocupação em realizar a avaliação de correlação e associação com fatores que poderiam influenciar o fenômeno, que não somente a profissão escolhida. No entanto, é evidente que outros fatores além dos aqui explorados poderiam estar relacionados, mas não foram contemplados neste projeto, como: histórico de transtornos alimentares, presença de doenças psicológicas/psiquiátricas (como transtorno obsessivo-compulsivo), perfeccionismo, outras dimensões da imagem corporal (como percepção ou distorção), prática de atividade física, gestação, influência das mídias sociais, influência e estrutura familiar, além dos relativos à profissão (como outros cursos realizados, áreas profissionais de interesse, área de atuação profissional, histórico familiar de doenças, ensino público ou privado, nível de escolaridade dos pais, motivações para realização do curso), entre outros. Desta forma, não se explorou todos os aspectos do fenômeno, e sim a avaliação de algumas características associadas a ele.

Ainda como limitação, considera-se que o uso de escalas e instrumentos traz resultados que ficam circunscritos às opções de pergunta e respostas dadas por eles. Elas, evidentemente, não avaliam a amplitude do construto que é o comportamento alimentar. Outro ponto em relação ao uso de escalas, é a possibilidade de vieses de preenchimento, como o desejo de aceitação social, que faz com que os entrevistados respondam da forma que acreditam que “deveriam” responder (SCAGLIUSI et al., 2004). Porém, há o contraponto positivo da utilização de escalas e não entrevistas, pois os respondentes podem se sentir mais à vontade para respostas que não dariam para um entrevistador.

É importante considerar também a possível imprecisão de dados autorreferidos (neste caso o IMC), que podem estar em desacordo com a realidade pela própria imprecisão da medida, pelo desejo de aceitação ou pela própria influência da autopercepção da imagem corporal do indivíduo. De qualquer forma, estudos anteriores mostram que são valores válidos para estimar tais medidas em adultos brasileiros (FONSECA et al., 2004; PEIXOTO et al., 2006; MOREIRA et al., 2018). A dieta vegetariana também foi avaliada por meio de autorrelato em oposição a dados objetivos (como questionários de frequência alimentar ou utilização de protocolo alimentar) e os indivíduos foram questionados sobre vegetarianismo de modo geral e agrupados em um único grupo – mesmo havendo diferentes dietas vegetarianas (por exemplo, veganismo, lactovegetariano), que podem exercer efeitos diferentes sobre o comportamento alimentar.

Ainda, é evidente que uma pesquisa on-line possui limitação de acessar somente a parcela de respondentes com acesso à internet e que possuem familiaridade com o “ambiente” on-line. Mas dados nacionais trazem que, em 2021, o número de domicílios com acesso à internet no Brasil chegou a 90%, com alta de 6% na comparação com 2019, ilustrando a aceleração do acesso impulsionado pela pandemia (BRASIL, 2021) – período da coleta de dados do presente estudo. Além disso, fica incerto se as pessoas entenderam todas as questões, já que não há a possibilidade de tirar dúvidas imediatamente com o entrevistador. Contudo, pesquisas on-line trazem a possibilidade de acessar mais pessoas e de diferentes localidades e contextos que buscam ser analisados. E no caso da presente pesquisa, o público de profissionais universitários formados, é mesmo tipicamente um público com acesso e usuário de internet.

E, obviamente, como todo estudo transversal, os achados não suportam a relação causal entre as variáveis investigadas e a ortorexia – para isso, estudos experimentais e longitudinais são necessários e sugeridos para investigações futuras.

De qualquer forma, este estudo tem também vários diferenciais (alguns já discutidos e destacados) e pontos fortes. Destaca-se o uso de escalas previamente validadas em amostras no contexto brasileiro e com suas propriedades psicométricas analisadas para a amostra deste estudo. A análise psicométrica das escalas e ajustes realizados são passos importantes para garantir que os dados obtidos satisfaçam a estrutura das escalas, para que assim sejam corretamente interpretados. A imensa maioria dos estudos – especialmente no cenário nacional – apenas aplica a escala da forma como foi desenvolvida ou adaptada, sem considerar que a qualidade depende dos dados e não do instrumento em si. Isto pode levar à várias incorreções nos resultados, já que confiabilidade e validade podem variar de acordo com as circunstâncias, população, tipo e finalidade do estudo (SOUZA et al, 2017). O estudo também tem como ponto forte avaliar a ON com um instrumento que tem sido considerado melhor para o fenômeno (a *Teruel Orthorexia Scale* – TOS), que, embora não avalie os prejuízos físicos do comportamento (como deficiências nutricionais, perda de peso), amplia a compreensão do mesmo por diferenciar o lado “não patológico” da ON. Essa distinção evita a produção de resultados errôneos ao classificar como patológicos comportamentos que podem ser uma mera preocupação com alimentação – como acontece em muitos estudos realizados no Brasil, que ainda compartilham o frequente uso do ORTO-15, instrumento com limitações já discutidas anteriormente.

O estudo contribui, ao ampliar o conhecimento sobre ON no cenário brasileiro, especialmente em indivíduos que lidam com aspectos relacionados à alimentação e fazem recomendações dietéticas às pessoas, sendo, portanto, importantes fontes de informação

alimentar e nutricional. Traz também a ampliação do debate sobre ortorexia ao avaliar com ineditismo as correlações entre os construtos positivos da alimentação – CI e CP –, que já possuem avaliação no cenário internacional e que podem ser fatores que contribuem para distinção de ON e PNPAS.

7. CONCLUSÃO

Respondendo os objetivos deste estudo:

- O comportamento de ortorexia nervosa (ON), comer intuitivo (CI) e comer positivo (CP) foi comparado entre nutricionistas, gastrólogos e outras profissões, utilizando escalas adequadas e avaliadas psicometricamente, e encontrou-se que: nas análises univariadas, nutricionistas apresentaram menor pontuação para ON e maior para CI e CP, comparados com gastrólogos e outras profissões. Porém, no modelo final (considerando somente a amostra feminina) a profissão não explicou a variância dos achados para ON;

- Foi encontrada relação negativa entre ON e os aspectos positivos da alimentação (CI e CP) para amostra total, ou seja, quanto mais comportamento ortorético, menor o comer intuitivo e o comer positivo;

- A dimensão da preocupação não patológica com alimentação saudável (PNPAS) foi explorada e houve correlação fraca com CI e sem correlação com CP para amostra total. Na amostra feminina, o modelo final também não identificou contribuição significativa da profissão para variância do comportamento;

- Os fatores associados ao comportamento de ON, que explicaram a variância no modelo final foram: a preocupação com a forma corporal (associação positiva), o comportamento de risco para transtornos alimentares (associação positiva), o comer positivo (associação negativa), a idade (associação positiva) e o vegetarianismo (associação positiva);

- Os fatores associados a PNPAS, que explicaram a variância no modelo final foram: a pontuação para ON (associação positiva), a idade (associação positiva), o IMC (associação negativa), o comer positivo (associação positiva), o comer intuitivo (associação positiva), o comportamento de risco para transtornos alimentares (associação negativa) e o vegetarianismo (associação positiva).

Desta forma, os resultados do estudo mostram a multifatorialidade da ON, sobre a qual é possível concluir que não necessariamente está relacionada à profissão, mas diferentes fatores contribuem para os comportamentos característicos do quadro.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

A presente pesquisa enfrentou o desafio de avaliar a ortorexia nervosa, um tema ainda em constante debate, com diferentes propostas de critérios de definição e sem consenso em relação aos instrumentos de avaliação ou diagnóstico como um transtorno psiquiátrico. Portanto, a comparação com outros estudos deve ser feita com cautela, bem como a discussão teórica sobre fatores de risco e protetores, consequências do quadro, associações com outras variáveis e comportamentos, além de possíveis abordagens de tratamento.

Contudo, é importante que estudos futuros continuem explorando o tema e ampliando o debate, para que cheguemos mais próximo desse consenso. Porém, isso precisa ser feito com o cuidado metodológico devido, mesmo diante do desafio que isso possa apresentar – como se apresentou para mim, já que a psicometria é uma área pouco explorada na formação profissional do nutricionista. Esse foi, então, um dos esforços deste estudo: trabalhar com escalas psicometricamente avaliadas, a fim de identificar de maneira mais adequada as associações propostas. Vários estudos que discutem ON, especialmente os nacionais, falham ao usar instrumentos sem avaliação psicométrica prévia e com resultados discutidos a partir de análises simples, trazendo informações rasas e por vezes confusas para o debate.

Em relação aos resultados, buscamos investigar a associação da formação em Nutrição e ortorexia nervosa, relação já apontada em literatura anterior – considerando de qualquer forma as limitações e vieses supracitados. Os resultados encontrados foram contraditórios aos esperados, visto que mesmo com estudos apontando alta frequência de ON em estudantes e profissionais da área, a presente amostra apresentou menos ON e mais dos comportamentos positivos avaliados. Deve-se considerar, contudo, que pode ser uma característica dos indivíduos que participaram deste estudo, considerando a amostra de conveniência e um grupo mais próximo aos pesquisadores, além do possível viés de resposta ligado à desejabilidade social (já que os respondentes tinham acesso aos nomes das pesquisadoras e afiliação à Faculdade de Saúde Pública da USP). Estudos futuros podem explorar, portanto, como se dá essa relação entre nutricionistas e ON em diferentes amostras, trabalhando também com a interferência da desejabilidade social nas respostas dos indivíduos. Além disso, observamos também que nutricionistas foram menos preocupados com imagem corporal e apresentaram menor risco de transtornos alimentares (ao contrário também de outros estudos) e essas variáveis, sim, apresentaram influência sobre ON.

De qualquer forma, permanece a importância da discussão sobre a formação de nutricionistas na discussão do que é alimentação saudável de forma biopsicossocial, visto que são agentes importantes na “prevenção” e “tratamento” de comportamentos alimentares disfuncionais, como a ON. Uma educação nutricional e conscientização sobre alimentação saudável que vá além das questões biológicas, relativas a calorias e nutrientes, são peças essenciais para que a preocupação com alimentação não atinja níveis patológicos, que vimos ser uma condição não associada somente à profissão.

Questionamos, ainda, o debate sobre “ortorexia saudável”, termo proposto há alguns anos e que vem sendo também explorado na literatura científica. O termo “saudável” é utilizado como definição de um comportamento que é pontuado por questões como “*Prefiro comer um alimento saudável e pouco saboroso do que um alimento saboroso que não seja saudável*” e “*Eu prefiro comer pouco, mas de forma saudável, do que ficar saciado(a) com uma comida que possa não ser saudável*”, que vemos como comportamentos igualmente “problemáticos” com a alimentação. Acreditamos, ainda, que mesmo que a associação dessa dimensão seja positiva com comportamentos adaptativos (como o CI e CP no presente estudo), a utilização do termo “ortorexia saudável” é questionável, uma vez que a utilização do termo “ortorexia” pode suscitar uma associação com o comportamento não saudável, que era o proposto e debatido até poucos anos. Além disso, o sufixo “*orexis*” é comumente utilizado com viés negativo, principalmente na “anorexia”. Esta associação foi testada, inclusive, em amostra de estudantes brasileiros: quando questionados sobre palavras que eles associavam com “ortorexia saudável”, as repostas foram palavras relativas a algo problemático, como “preocupação”, “obsessão” e “extremo” (DA SILVA et al., 2022). Uma possível revisão sobre o termo poderia ser, então, considerada para futuras perspectivas sobre a dimensão não patológica da alimentação saudável e, por isso, nossa sugestão de adotar o termo “preocupação não patológica com alimentação saudável” para nomeá-lo.

Porém, mesmo com revisão de nomenclatura, acreditamos que os esforços de pesquisas devem estar mais concentrados em entender as motivações dos indivíduos em suas escolhas alimentares, já que compreender os aspectos que direcionam as mesmas e aprofundar o debate sobre ON parece mais adequado – considerando que ela ainda não tem sua definição, diagnóstico ou instrumentos de avaliação corretamente difundidos. Portanto, sugerimos estudos futuros que utilizem propostas de critérios diagnósticos mais recentes, que trabalhem para o desenvolvimento/refinamento de instrumentos psicometricamente adequados, para que assim possam avaliar corretamente o comportamento e suas associações na população.

Sugerimos também que para a compreensão das associações entre ON e comportamentos positivos, conforme proposta deste estudo, as diferentes direções que elas podem acontecer devam ser consideradas. No presente estudo, trabalhamos com um modelo que avaliou a variância de ON explicada pelo comer intuitivo e comer positivo, no entanto, a direção oposta – ou seja, como a ON impacta nessas dimensões positivas da alimentação – também é passível de exploração.

Ainda, para estudos futuros que utilizem a Teruel Orthorexia Scale, destacamos que análise de sua versão na íntegra com o item 16 (desconsiderado nas nossas análises), é importante para avaliar a performance do item para amostras avaliadas no futuro, visto que descreve um comportamento bem patológico da ON (*“Se em algum momento como algo que eu considero não saudável, eu me castigo por isso”*).

9. REFERÊNCIAS

- Abdullah M, Al-Hourani HM, Alkhatib B. Prevalence of Orthorexia Nervosa Among Nutrition Students and Nutritionists in Jordan: Pilot Study. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2020;40:144-8.
- ABEP – Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil 2020. [acesso em 13 de nov de 2020]. Disponível em: <http://www.abep.org>
- ADA – American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc*. 2006;106(12):2073-82.
- Agopyan A, Kenger EB, Kermen S, Ulker MT, Uzsoy MA, Yetgin MK. The relationship between orthorexia nervosa and body composition in female students of the nutrition and dietetics department. *Eat Weight Disord*. 2019;24(2):257-66.
- Almeida C, Vieira Borba V, Santos L. Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants. *Eat Weight Disord*. 2018;23(4):443-51.
- Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2011;38:3-7
- Alvarenga MS, Martins MC, Sato KS, Vargas SV, Philippi ST, Scagliusi FB. Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eat Weight Disord*. 2012;17(1):e29-e35.
- Alvarenga MS, Lourenço BH, Philippi, ST, e Scagliusi FB. Disordered eating among Brazilian female college students. *Cad de Saúde Pública*. 2013;29(5),879-88.
- Alvarenga MS et al. Validation of the Disordered Eating Attitude Scale for adolescents. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2016;65(1);36-43.
- Alvarenga MS, Figueiredo M. Comer intuitivo. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C. *Nutrição comportamental*. Barueri: Manole; 2019. P. 227-56
- Alvarenga MS, Moraes JM, Figueiredo M. Comer Intuitivo e as interfaces com comportamento alimentar. In: Almeida SS, Braga Costa TM, Laus MF. *Psicobiologia do Comportamento Alimentar*. 2 ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2022. P. 237-262.
- Alvarenga MS, Dunker KLL. Transtornos Alimentares e vegetarianismo. In: Philippi ST, Pimentel CVMB, Martins MCT. *Nutrição vegetariana – tendência e estilo de vida*. Santana do Parnaíba: Manole; 2022. P. 549-568.
- Anastasiades E, Argyrides M. Healthy orthorexia vs orthorexia nervosa: associations with body appreciation, functionality appreciation, intuitive eating and embodiment [published online ahead of print, 2022 Jul 21]. *Eat Weight Disord*. 2022;10.1007/s40519-022-01449-9.
- Anjos FA, Cabral SR, Hostins RCL. O CENÁRIO DA FORMAÇÃO SUPERIOR EM GASTRONOMIA NO BRASIL: uma reflexão da oferta. *Revista Hospitalidade*. 2017;14(1):1-21.

Asil E, Sürücüoğlu MS. Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians. *Ecol Food Nutr.* 2015;54(4):303-13.

Atchison AE, Zickgraf HF. Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: A systematic review of the literature. *Appetite.* 2022;177:106134.

Awad E, Salameh P, Sacre H, Malaeb D, Hallit S, Obeid S. Association between impulsivity and orthorexia nervosa / healthy orthorexia: any mediating effect of depression, anxiety, and stress?. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1):604.

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

Barnes MA, Caltabiano ML. The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eat Weight Disord.* 2017;22(1):177-184.

Barrada JR, Roncero M. Bidimensional Structure of the Orthorexia: Development and Initial Validation of a New Instrument. *Anales de Psicología.* 2018;34(2):282-90.

Bartel SJ, Sherry SB, Farthing GR, Stewart SH. Classification of Orthorexia Nervosa: Further evidence for placement within the eating disorders spectrum. *Eat Behav.* 2020;38:101406.

Barthels F, Meyer F, Pietrowsky R. Orthorexic eating behavior. A new type of disordered eating. *Ernahrungs Umschau.* 2015a;62(10):156–61.

Barthels F, Meyer F, Pietrowsky R. Duesseldorf Orthorexia Scale – Construction and Evaluation of a Questionnaire Measuring Orthorexic Eating Behavior. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie.* 2015b;44(2):97-105.

Barthels F, Meyer F, Huber T, Pietrowsky R. Orthorexic eating behaviour as a coping strategy in patients with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2017;22(2):269-276.

Barthels F, Barrada JR, Roncero M. Orthorexia nervosa and healthy orthorexia as new eating styles. *PloS One.* 2019;14(7):e0219609. Published 2019 Jul 10.

Bauer SM, Fusté A, Andrés A, Saldaña C. The Barcelona Orthorexia Scale (BOS): development process using the Delphi method. *Eat Weight Disord.* 2019;24(2):247-55.

Bhattacharya A, Cooper M, McAdams C, Peebles R, Timko CA. Cultural shifts in the symptoms of Anorexia Nervosa: The case of Orthorexia Nervosa. *Appetite.* 2022;170:105869.

Bo S, Zoccali R, Ponzio V, Soldati L, De Carli L, Benso A, Fea E, Rainoldi A, Durazzo M, Fassino S, Abbate-Daga G. University courses, eating problems and muscle dysmorphia: are there any associations? *J Transl Med.* 2014;12:221. Published 2014 Aug 7.

Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa MLS, de Carvalho RJ. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar e fatores associados entre estudantes de nutrição do município do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55(1):34-40.

Borges CA et al. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil?. *Cadernos de Saúde Pública.* 2015;31:137-148.

Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº5, de 7 de novembro de 2001, Brasília, DF, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) contínua [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.

Bratman, S. Health Food Junkie. *Yoga Journal* [internet] 1997 [acesso em 29 dez 2020];set/out:42-50. Disponível em: <https://www.orthorexia.com/original-orthorexia-essay/>

Bratman, S. Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eat Weight Disord.* 2017;22(3):381-5.

Brillat-Savarin, VER. A fisiologia do gosto. São Paulo: Cia. Das Letras; 1995. P. 57-58

Bryk LIA, Silva SGS, Silva PFOA. Estado nutricional e análise do risco do desenvolvimento de 126rtorexia nervosa em estudantes de uma faculdade privada da cidade do Recife. Pernambuco: Faculdade Pernambucana de Saúde, 2020 Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Nutrição.

Brytek-Matera A. Healthy Eating Obsession in Women with Anorexia Nervosa: A Case Control Study. *Nova Science Publishers, Inc.* 2014^a;39-50.

Brytek-Matera A, Krupa M, Poggiogalle E, Donini LM. Adaptation of the ORTHO-15 test to Polish women and men [published correction appears in *Eat Weight Disord.* 2014 Jun;19(2):271]. *Eat Weight Disord.* 2014b;19(1):69-76.

Brytek-Matera A, Donini LM, Krupa M, Poggiogalle E, Hay P. Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students [published correction appears in *J Eat Disord.* 2016;4:16]. *J Eat Disord.* 2015a;3:2.

Brytek-Matera A, Rogoza R, Gramaglia C, Zeppegno P. Predictors of orthorexic behaviours in patients with eating disorders: a preliminary study. *BMC Psychiatry.* 2015b;15:252.

Brytek-Matera A, Fonte ML, Poggiogalle E, Donini LM, Cena H. Orthorexia nervosa: relationship with obsessive-compulsive symptoms, disordered eating patterns and body uneasiness among Italian university students. *Eat Weight Disord.* 2017;22(4):609-617.

Brytek-Matera A. Vegetarian diet and orthorexia nervosa: a review of the literature. *Eat Weight Disord.* 2021;26(1):1-11.

Busatta D, Cassioli E, Rossi E, Campanino C, Ricca V, Rotella F. Orthorexia among patients with eating disorders, student dietitians and general population: a pilot study. *Eat Weight Disord.* 2022;27(2):847-851.

Caferoglu Z, Toklu H. Intuitive eating: associations with body weight status and eating attitudes in dietetic majors. *Eat Weight Disord.* 2022a;27(2):683-692.

Caferoglu Z, Toklu H. Orthorexia Nervosa in Turkish dietitians and dietetic students. *Encephale.* 2022b;48(1):13-19.

Canesqui AM, Diez-Garcia RW, orgs. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível* [internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005 [acesso em 21 dez 2020]. Disponível em: <http://books.scielo.org>

Carvalho PHB, Ferreira MEC, Kotait M, Teixeira PC, Hearst N, Cordás TA, Conti MA. Equivalências conceitual, semântica e instrumental: análises preliminares da versão em português (Brasil) da Male Body Dissatisfaction Scale (MBDS). *Cad Saúde Pública.* 2013;29(2):403-9.

Cena H, Barthels F, Cuzzolaro M, et al. Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eat Weight Disord.* 2019;24(2):209-246.

CFN – Conselho Federal de Nutricionistas. Brasília (DF); 2022.

Chace S, Kluck AS. Validation of the Teruel Orthorexia Scale and relationship to health anxiety in a U.S. sample. *Eat Weight Disord.* 2022;27:1437-47.

CNS – Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso 06 de dezembro de 2020.

Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences 2.* Ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.

Coimbra M, Ferreira C. Making the leap from healthy to disordered eating: the role of intuitive and inflexible eating attitudes in orthorexic behaviours among women. *Eat Weight Disord.* 2021;26(6):1793-1800.

Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairbum CG. The development and validation of the body shape questionnaire. *Int J Eat Disord.* 1987;6:485-94.

Cordás TA, Castilho S. Body image on the eating disorders – evaluation instruments: “Body Shape Questionnaire”. *Psiquiatr Biol* 1994; 2:17-21.

Costanzo G, Marchetti D, Manna G, Verrocchio MC, Falgares G. The role of eating disorders features, psychopathology, and defense mechanisms in the comprehension of orthorexic tendencies [published online ahead of print, 2022 Jun 1]. *Eat Weight Disord.* 2022;10.1007/s40519-022-01417-3.

- Da Silva WR, Dias JC, Maroco J, Campos JA. Confirmatory factor analysis of different versions of the Body Shape Questionnaire applied to Brazilian university students. *Body Image*. 2014;11(4):384-390. doi:10.1016/j.bodyim.2014.06.001
- Da Silva WR, Costa D, Pimenta F, Maroco J, Campos JADB. Psychometric evaluation of a unified Portuguese-language version of the Body Shape Questionnaire in female university students. *Cad. Saúde Pública*. 2016;2(7):e00133715.
- Da Silva WR, Marôco J, Ochner CN, Campos JADB. Male body dissatisfaction scale (MBDS): proposal for a reduced model. *Eat Weight Disord*. 2017;22(3):515–25.
- Da Silva MR, Fernandes PL. Presença de 128rtorexia nervosa em estudantes de educação física e nutrição. *Colloquium Vitae*. 2020;12(1):45-51.
- Da Silva WR, Neves AN, Ferreira L, Campos JADB, Swami V. A psychometric investigation of Brazilian Portuguese versions of the Caregiver Eating Messages Scale and Intuitive Eating Scale-2. *Eat Weight Disord*. 2020;25(1):221-230.
- Da Silva WR, Marmol CHC, Neves VER, Marôco J, Campos JADB. A Portuguese Adaptation of the Teruel Orthorexia Scale and a Test of Its Utility with Brazilian Young Adults. *Percept Mot Skills*. 2021;128(5):2052-2074.
- Da Silva WR, Neves VER, Donofre GS, Bratman S, Teixeira PC, Campos JADB. 2022. Conceptualizing and Evaluating the Healthy Orthorexia Dimension. In: Patel, V., Preedy, V. (eds) *Eating Disorders*. Springer, Cham.
- Dalmoro M, Vieira KM. Dilemas na construção de escalas Tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados?. *Revista Gestão Organizacional*. 2013;6(3):161-174.
- De Marchi P, Baratto I. Prevalência de 128rtorexia nervosa em acadêmicos do curso de Nutrição em uma Instituição de Ensino Superior no sudoeste do Paraná. *RBONE – Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*. 2018;12(74), 699-706.
- De Souza Ferreira JE, da Veiga GV. Eating disorder risk behavior in Brazilian adolescents from low socio-economic level. *Appetite*. 2008;51(2):249-255.
- Demétrio F, Paiva JB, Fróes AAG, Freitas MCSS, Santos LAS. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. *Rev. Nutr.* . 2011;24(5):743-63.
- Depa J, Schweizer J, Bekers SK, Hilzendegen C, Stroebele-Benschop N. Prevalence and predictors of orthorexia nervosa among German students using the 21-item-DOS. *Eat Weight Disord*. 2017;22(1):193-9.
- Depa J, Barrada JR, Roncero M. Are the Motives for Food Choices Different in Orthorexia Nervosa and Healthy Orthorexia?. *Nutrients*. 2019;11(3):697.
- Diez-Garcia RW. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. *Physis*. 1997;7(2): 51-68.

Di Pietro M, Silveira DX. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Ver Bras Psiquiatr* 2009; 31:21-4

Dittfeld A, Gwizdek K, Koszowska A, et al. Assessing the Risk of Orthorexia in Dietetic and Physiotherapy Students Using the BOT (Bratman Test for Orthorexia). *Ocena ryzyka ortoreksji wśród studentów dietetyki I fizjoterapii z użyciem BOT (Bratman Test for Orthorexia)*. *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab*. 2016;22(1):6-14. Doi:10.18544/PEDM-22.01.0044

Domingues RB, Carmo C. Orthorexia nervosa in yoga practitioners: relationship with personality, attitudes about appearance, and yoga engagement. *Eat Weight Disord*. 2021;26(3):789-795.

Donini LM, Barrada JR, Barthels F, et al. A consensus document on definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa [published online ahead of print, 2022 Nov 27]. *Eat Weight Disord*. 2022;10.1007/s40519-022-01512-5.

Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord*. 2005;10(2):e28-e32.

Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat Behav*. 2016;21:11-17.

Evans C, Dolan B. Body Shape Questionnaire: derivation of shortened “alternate forms”. *Int J Eat Disord*. 1993;13(3):315-321.

Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire?. *Int J Eat Disord*. 1994;16(4):363-370.

Ferreira JES, Veiga GV. Confiabilidade (teste-reteste) de um questionário simplificado para triagem de adolescentes com comportamentos de risco para transtornos alimentares em estudos epidemiológicos. *Ver. Bras. Epidemiol*. 2008;11(3): 393-401.

Fonseca MJM, Faerstein E, Chor D, Lopes CS. Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. *Ver. Saúde Pública*. 2004;38(3):392-398.

Freeland-Graves JH, Nitzke S; Academy of Nutrition and Dietetics. Position of the academy of nutrition and dietetics: total diet approach to healthy eating. *J Acad Nutr Diet*. 2013;113(2):307-317.

Fritz CO, Morris PE, Richler JJ. Effect size estimates: current use, calculations, and interpretation [published correction appears in *J Exp Psychol Gen*. 2012 Feb;141(1):30]. *J Exp Psychol Gen*. 2012;141(1):2-18.

Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979;9(2):273-279.

Gezer C, Kabaran S. The risk of orthorexia nervosa for female students studying nutrition and dietetics. *S.D.Ü Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;4:14-22.

Gimenes Minasse, MH. (2015). A formação superior em gastronomia: análise descritiva das dissertações de mestrado produzidas no Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Turismo*. 2015;9.

- Gkiouleka M, Stavradi C, Sergentanis TN, Vassilakou T. Orthorexia Nervosa in Adolescents and Young Adults: A Literature Review. *Children (Basel)*. 2022;9(3):365.
- Gleaves DH, Graham EC, Ambwani S. Measuring “Orthorexia”: development of the eating habits Questionnaire. *Int J Educ Psychol Assess*. 2013;12(2):1–18.
- Gonçalves TD, Barbosa MP, Rosa LCL, Rodrigues AM. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. *J. bras. Psiquiatr*. 2008;57(3):166-70.
- Gortat M, Samardakiewicz M. Polish Adaptation of the TOS Scale in the Adult Population and Comparison with the ORTO-15. *Research Square*. 2022; PREPRINT (Version 1)
- Gramaglia C, Brytek-Matera A, Rogoza R, Zeppego P. Orthorexia and anorexia nervosa: two distinct phenomena? A cross-cultural comparison of orthorexic behaviours in clinical and non-clinical samples. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):75.
- Grammatikopoulou MG, Gkiouras K, Markaki A, et al. Food addiction, orthorexia, and food-related stress among dietetics students. *Eat Weight Disord*. 2018;23(4):459-67.
- Gubiec E, Stetkiewicz-Lewandowicz A, Rasmus P, Sobów T. Orthorexia in a group of dietetics students. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2015;21(1):95-100.
- Guglielmetti M, Ferraro OE, Gorrasi ISR, et al. Lifestyle-Related Risk Factors of Orthorexia Can Differ among the Students of Distinct University Courses. *Nutrients*. 2022;14(5):1111.
- Haddad C, Obeid S, Akel M, et al. Correlates of orthorexia nervosa among a representative sample of the Lebanese population. *Eat Weight Disord* 2019;24:481–93.
- Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise multivariada de dados*. 6ª ed. Bookman; 2009.
- Harris C. Differences in eating and body-related attitudes, beliefs and behaviors among female graduate students in nutrition and dietetics and naturopathic medicine: a pilot study. *Eat Weight Disord*. 2018;23(3):383-7.
- Hay P. The epidemiology of eating disorder behaviors: an Australian community-based survey. *Int J Eat Disord*. 1998;23(4):371-382.
- Hyrnik J, Janas-Kozik M, Stochel M, Jelonek I, Siwiec A, Rybakowski JK. The assessment of orthorexia nervosa among 1899 Polish adolescents using the ORTO-15 questionnaire. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2016;20(3):199-203.
- Johnson TP. Snowball Sampling: Introduction. In *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online*. 2014.
- Jomori MM, Proença RPC, Calvo MCM. Determinantes de escolha alimentar. *Ver. Nutr*. 2008;21(1):63-73.
- Karakus B, Hidiroglu S, Keskin N, Karavus M. Orthorexia nervosa tendency among students of the department of nutrition and dietetics at a university in Istanbul. *North Clin Istanbul*. 2017;4(2):117-23.

- Kaya S, Uzdil Z, Çakıroğlu FP. Validation of the Turkish version of the Orthorexia Nervosa Inventory (ONI) in an adult population: its association with psychometric properties. *Eat Weight Disord.* 2022;27:729–735.
- Khalil J, Boutros S, Kheir N, Kassem M, Salameh P, Sacre H, Akel M, Obeid S, Hallit S. Eating disorders and their relationship with menopausal phases among a sample of middle-aged Lebanese women. *BMC Womens Health.* 2022;22(1):153.
- Kinzl JF, Hauer K, Traweger C, Kiefer I. Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychother Psychosom.* 2006;75(6):395-396.
- König LM, Sproesser G, Schupp HT, Renner B. Preference for Intuition and Deliberation in Eating Decision-making: Scale validation and associations with eating behaviour and health. *Br J Health Psychol.* 2020.
- Korinth A, Schiess S, Westenhoefer J. Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutr.* 2010;13(1):32-37.
- Koritar P. Alimentação saudável na perspectiva dos estudantes de Nutrição do estado de São Paulo. [tese] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2018.
- Koritar P, Alvarenga MS. RELEVANT FACTORS TO HEALTHY EATING AND TO BE HEALTHY FROM THE PERSPECTIVE OF NUTRITION STUDENTS. *DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde.* 2017;12(4).
- Kraemer FB, Prado SD, Ferreira FR, Carvalho MCVS. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. *Physis.* 2014;24(4):1337-60.
- Kirsten VR, Fratton F, Porta NBD. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. *Ver. Nutr.* 2009;22(2):219-27.
- Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling (4th ed.). New York, (NY): Guilford; 2016.
- Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;11:385-394.
- Leal GVS. Fatores associados ao comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes na cidade de São Paulo. [tese] São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013
- Lenhard W, Lenhard A. Computation of effect sizes. Retrieved from: https://www.psychometrica.de/effect_size.html. *Psychometrica.* 2016.
- Lev-Ari L, Bachner-Melman R, Zohar AH. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q-13): expanding on the short form. *J Eat Disord.* 2021;9(1):57.
- Lindeman M, Keski-Vaara P, Roschier M. Assessment of Magical Beliefs about Food and Health. *J Health Psychol.* 2000;5(2):195-209.
- Lorenzon LFL, Minossi PBP, Pegolo GE. Ortorexia nervosa e imagem corporal em adolescentes e adultos. *J bra. Psiquiatr.* [Internet]. 2020; acesso em 14 dez 2020];69(2):117-125.

Lowe MR, Butryn ML, Didie ER, et al. The Power of Food Scale. A new measure of the psychological influence of the food environment. *Appetite*. 2009;53(1):114-118.

Łucka I, Janikowska-Hołoweńko D, Domarecki P, Plenikowska-Ślusarz T, Domarecka M. Orthorexia nervosa – a separate clinical entity, a part of eating disorder spectrum or another manifestation of obsessive-compulsive disorder?. *Psychiatr Pol*. 2019;53(2):371-82.

Mahn HM, Lordly D. A Review of Eating Disorders and Disordered Eating amongst Nutrition Students and Dietetic Professionals. *Can J Diet Pract Res*. 2015;76(1):38-43. Doi:103148/cjdpr-2014-031

Mañano C, Aimé A, Almenara CA, Gagnon C, Barrada JR. Psychometric properties of the Teruel Orthorexia Scale (TOS) among a French-Canadian adult sample. *Eat Weight Disord*. 2022;10.1007/s40519-022-01482-8.

McComb SE, Mills JS. Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*. 2019;140:50-75.

McDonald R. The theoretical foundations of principal factor analysis, canonical factor analysis, and alpha factor analysis. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*. 2011;23: 1-21.

McDonough MJ. AN INVESTIGATION OF ORTHOREXIA NERVOSA IN NUTRITION STUDENTS VS. STUDENTS IN ALTERNATIVE DISCIPLINES [tese]. Ohio: Miami University; 2018.

McLean CP, Kulkarni J, Sharp G. Disordered eating and the meat-avoidance spectrum: a systematic review and clinical implications. *Eat Weight Disord*. 2022;27(7):2347-2375.

Marôco J. Análise de equações estruturais. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2014.

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

Martins MCT, Alvarenga M dos S, Takeda GA. Ortorexia nervosa. In: *Transtornos alimentares e nutrição: da prevenção ao tratamento*. Barueri: Manole; 2020.

Messer M, Liu C, McClure Z, Mond J, Tiffin C, Linardon J. Negative body image components as risk factors for orthorexia nervosa: Prospective findings. *Appetite*. 2022;178:106280.

Mhanna M, Azzi R, Hallit S, et al. Validation of the Arabic version of the Teruel Orthorexia Scale (TOS) among Lebanese adolescents. *Eat Weight Disord* . 2022;27:619–27.

Moreira NF, Luz VG, Moreira CC, Pereira RA, Sichieri R, Ferreira MG. Self-reported weight and height are valid measures to determine weight status: results from the Brazilian National Health Survey (PNS 2013). *Cad. Saúde Pública*. 2018;34(5):e00063917.

Moroze RM, Dunn TM, Craig Holland J, Yager J, Weintraub P. Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*. 2015;56(4):397-403.

Niedzielski A, Kaźmierczak-Wojtaś N. Prevalence of Orthorexia Nervosa and Its Diagnostic Tools-A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5488.

Nolan LJ, Halperin LB, Geliebter A. Emotional Appetite Questionnaire. Construct validity and relationship with BMI. *Appetite*. 2010;54(2):314-319.

Oberle CD, De Nadai AS, Madrid AL. Orthorexia Nervosa Inventory (ONI): development and validation of a new measure of orthorexic symptomatology. *Eat Weight Disord*. 2021;26(2):609-622.

Ochner CN, Gray JA, Brickner K. The development and initial validation of a new measure of male body dissatisfaction. *Eat Behav*. 2009;10(4):197-201.

Oliboni CM, Alvarenga MS. Atitudes alimentares e para com o ganho de peso e satisfação corporal de gestantes adolescentes. *Ver. Bras. Ginecol. Obstet*. 2015 ; 37(12):585-92.

Oliveira J, Figueredo L, Cordás TA. Prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares e uso de dieta “low-carb” em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]*. 2019;68(4):183-190.

Paquette MC. Perceptions of healthy eating: state of knowledge and research gaps. *Can J Public Health*. 2005;96 Suppl 3:S15-S21.

Parra Carriedo A, Tena-Suck A, Barajas-Márquez MW, et al. When clean eating isn't as faultless: the dangerous obsession with healthy eating and the relationship between Orthorexia nervosa and eating disorders in Mexican University students. *J Eat Disord*. 2020;8:54.

Pauzé A, Plouffe-Demers MP, Fiset D, Saint-Amour D, Cyr C, Blais C. The relationship between orthorexia nervosa symptomatology and body image attitudes and distortion. *Sci Rep*. 2021;11(1):13311.

Peixoto MRG, Benício MHD, Jardim PCBV. Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia. *Ver. Saúde Pública*. 2006;40(6): 1065-1072.

Penaforte FRO, Barroso SM, Araújo ME, Japur CC. Ortorexia nervosa em estudantes de nutrição: associações com o estado nutricional, satisfação corporal e período cursado. *J bras psiquiatr*. 2018;67(1):18-24.

Plichta M, Jezewska-Zychowicz M. Orthorexic Tendency and Eating Disorders Symptoms in Polish Students: Examining Differences in Eating Behaviors. *Nutrients*. 2020;12(1):218.

Queiroz RFM, Cipriano TKC, Sampaio RMM. Imagem corporal e Ortorexia nervosa: um estudo comparativo entre estudantes de nutrição, direito e engenharia. In: Pinto, FJM, Linard CFBM, Ponte TDR. *Saúde da população em tempos complexos: olhares diversos*. Campina Grande: Ed Amplla; 2022. p. 253-262.

Reich, A. INTUITIVE EATING: PREVENTION OF ORTHOREXIA An intuitive eating intervention: Prevention of orthorexia in nutritionists and yoga teachers. [tese] Maryland: Maryland University of Integrative Health; 2019

Reynolds R, McMahon S. Views of health professionals on the clinical recognition of orthorexia nervosa: a pilot study. *Eat Weight Disord*. 2020;25:1117-24.

Ricardo CZ, Claro RM. Custo da alimentação e densidade energética da dieta no Brasil, 2008-2009. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2012;28:2349-2361.

Rocha, FG. GASTRONOMIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO. *Arquivos Brasileiros de Alimentação*. 2015;1:3-20.

Rocks T, Pelly F, Slater G, Martin LA. Eating attitudes and behaviours of students enrolled in undergraduate nutrition and dietetics degrees. *Nutr Diet*. 2017;74(4):381-7.

Rodgers RF, White M, Berry R. Orthorexia nervosa, intuitive eating, and eating competence in female and male college students [published online ahead of print, 2021 Feb 13]. *Eat Weight Disord*. 2021;10.1007/s40519-020-01054-8.

Rodrigues BC, Oliveira GNS de, Silva EIG e, Messias CMB de O. Risco de ortorexia nervosa e o comportamento alimentar de estudantes de nutrição. *Sci. Plena*. 2017;13(7).

Rogowska AM, Kwaśnicka A, Ochnik D. Development and Validation of the Test of Orthorexia Nervosa (TON-17). *J Clin Med*. 2021;10(8):1637.

Rubim RE, Rejowski M. O ENSINO SUPERIOR DA GASTRONOMIA NO BRASIL: ANÁLISE DA REGULAMENTAÇÃO, DA DISTRIBUIÇÃO E DO PERFIL GERAL DE FORMAÇÃO (2010-2012) *Turismo - Visão e Ação*. 2013;15(2):166-84.

Russell K. "Intuitive Eating, Attitudes to Food, and Body Size: A Comparison Between Nutrition Majors and Non-Majors" [tese] Massachusetts: 2014.

Ryman FVM, Cesuroglu T, Bood ZM, Syurina EV. Orthorexia Nervosa: Disorder or Not? Opinions of Dutch Health Professionals. *Front Psychol*. 2019;10:555.

Scagliusi FB, Cordás TA, Polacow VO, Coelho D, Alvarenga M, Philippi ST et al. Tradução da escala de desejo de aceitação social de Marlowe & Crowne para a língua portuguesa. *Rev psiquiatr clín*. 2004;31(6):272-78.

Scarborough P, Rayner M, Stockley L, Black A. Nutrition professionals' perception of the 'healthiness' of individual foods. *Public Health Nutr*. 2007;10(4):346-353.

Schwartz MB, Just DR, Chriqui JF, Ammerman AS. Appetite self-regulation: Environmental and policy influences on eating behaviors. *Obesity (Silver Spring)*. 2017;25 Suppl 1:S26-S38.

Segura-García C, Papaianni MC, Caglioti F, et al. Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eat Weight Disord*. 2012;17(4):e226-e233.

Segura-Garcia C, Ramacciotti C, Rania M, Aloï M, Caroleo M, Bruni A, Gazzarrini D, Sinopoli F, De Fazio P. The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eat Weight Disord* 2015; 20(2): 161-6.

Şentürk E, Güler Şentürk B, Erus S, Geniş B, Coşar B. Dietary patterns and eating behaviors on the border between healthy and pathological orthorexia. *Eat Weight Disord*. 2022;10.1007/s40519-022-01457-9.

Serback, MO. PREVALENCE OF ORTHOREXIA NERVOSA TENDENCIES IN U.S. DIDACTIC PROGRAM IN DIETETICS STUDENTS [tese] Nova York: Syracuse University; 2018.

Sfeir M, Malaeb D, Obeid S, Hallit S. Association between religiosity and orthorexia nervosa with the mediating role of self-esteem among a sample of the Lebanese population - short communication. *J Eat Disord.* 2022;10(1):151.

Shi D, Maydeu-Olivares A. The Effect of Estimation Methods on SEM Fit Indices. *Educ Psychol Meas.* 2020;80(3):421-445. doi:10.1177/0013164419885164

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

Silva JD, Silva ABJ, Oliveira AVK, Nemer ASA. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012;17(12):3399-406.

Simon, MB. INTUITIVE EATING PRACTICES AND ATTITUDES OF REGISTERED DIETITIAN NUTRITIONISTS. [tese] Nova York: Syracuse University; 2017.

Souza, HMAV. Ortorexia Nervosa em estudantes e egressos do curso de Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais [manuscrito]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2021.

Souza, HMAV, do Carmo, AS, dos Santos, L.C. The Brazilian version of the DOS for the detection of orthorexia nervosa: transcultural adaptation and validation among dietitians and Nutrition college students. *Eat Weight Disord.* 2021;(26):2713–725.

Souza QJOVD, Rodrigues AM. Comportamento de risco para ortorexia nervosa em estudantes de nutrição. *J bras psiquiatr.* 2014;63(3):200-4.

Sproesser G, Klusmann V, Ruby MB, et al. The positive eating scale: relationship with objective health parameters and validity in Germany, the USA and India. *Psychol Health.* 2018;33(3):313-39.

Story M, Kaphingst KM, Robinson-O'Brien R, Glanz K. Creating healthy food and eating environments: policy and environmental approaches. *Annu Rev Public Health.* 2008;29:253-272.

Strahler J. Sex differences in orthorexic eating behaviors: A systematic review and meta-analytical integration. *Nutrition.* 2019;67-68:110534.

Strahler J. The Dark Side of Healthy Eating: Links between Orthorexic Eating and Mental Health. *Nutrients.* 2020;12(12):3662.

Strahler J. Trait mindfulness differentiates the interest in healthy diet from orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2021;26:993–998.

Sudo N, Luz T. O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2007;12(4):1033-1040.

Tezza MZ, Iser BM, Turatti C, Lin J, Warmling M. Avaliação de sintomas de ortorexia nervosa em estudantes do curso de Nutrição em uma universidade do sul do país. *Revista Amrigs*. 2018;62:123-213.

Toral N, Bauermann GM, Spaniol AM, Alves MR. Eating disorders and body image satisfaction among Brazilian undergraduate nutrition students and dietitians. *ALAN*. 2016; 66(2): 129-34.

Tremelling K, Sandon L, Vega GL, McAdams CJ. Orthorexia Nervosa and Eating Disorder Symptoms in Registered Dietitian Nutritionists in the United States. *J Acad Nutr Diet*. 2017;117(10):1612-1617.

Turner PG, Lefevre CE. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2017;22(2):277-284.

Tylka TL. Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *J Couns Psychol*. 2006;53(2):226-40.

Tylka TL, Kroon Van Diest AM. The Intuitive Eating Scale-2: item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *J Couns Psychol*. 2013;60(1):137-153.

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) [internet] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010 [acesso em 15 out 2020].

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

Villa M, Opawsky N, Manriquez S et al. Orthorexia nervosa risk and associated factors among Chilean nutrition students: a pilot study. *J Eat Disord*. 2022;10,6.

White M, Berry R, Rodgers RF. Body image and body change behaviors associated with orthorexia symptoms in males. *Body Image*. 2020;34:46-50.

Yakin E, Raynal P, Chabrol H. Distinguishing between healthy and pathological orthorexia: a cluster analytic study. *Eat Weight Disord*. 2022;27(1):325-334.

Yilmaz FÇ. Orthorexia and eating attitudes in health sciences students: orthorexia in health sciences students. *EJAS*. 2021;9(3):386-94.

Zagaria A, Vacca M, Cerolini S, Ballesio A, Lombardo C. Associations between orthorexia, disordered eating, and obsessive-compulsive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2022;55(3):295-312.

Zickgraf HF, Ellis JM, Essayli JH. Disentangling orthorexia nervosa from healthy eating and other eating disorder symptoms: Relationships with clinical impairment, comorbidity, and self-reported food choices. *Appetite*. 2019;134:40-49.

10. ANEXOS

ANEXO 1. PARECER CONSUBSTANCIADO – COMITÊ DE ÉTICA

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comportamento de Ortorexia Nervosa, Comer Intuitivo e Comer Positivo em nutricionistas e gastrólogos

Pesquisador: GABRIELA AKEMI TAKEDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42297421.2.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública USP/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.855.343

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação de Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo de informações básicas do projeto [PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1688038.pdf, postado em 19/03/2021] ou do projeto de pesquisa [Projeto_PlataformaBrasil_GabrielaTakeda.pdf, postado em 16/01/2021].

"O estudo tem como objetivo comparar o comportamento de Ortorexia Nervosa, Comer Intuitivo e Comer Positivo entre nutricionistas e gastrólogos. O estudo será do tipo transversal, com coleta on-line, a ser realizado com amostra mínima pretendida de 94 profissionais de Nutrição e Gastronomia.

Os participantes responderão características antropométricas e sociodemográficas, além da Escala de Ortorexia de Teruel (TOS), a Escala de Comer Positivo (PES), a Escala do Comer Intuitivo (IES-2), a Escala de Insatisfação Corporal para mulheres (BSQ) ou a Escala de Insatisfação Corporal Masculina (MBDS) e o Questionário para avaliação de comportamentos de risco para transtornos alimentares (HAY)"

Os dois grupos profissionais (nutricionistas e gastrólogos) serão convidados para a pesquisa de forma on-line por meio de divulgação por associações e entidades de classe profissionais de Nutrição (como a Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN; Conselho Federal de Nutricionistas -

Endereço: Av. Doutor Amalido, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 4.655.343

CFN; Conselhos Regionais de Nutrição - CRNs) e Gastronomia (ABESI - Associação Brasileira das Entidades e Empresas de Gastronomia, Hospedagem e Turismo; ABAGA - Associação Brasileira da Alta Gastronomia; APC Barsil - Associação dos Profissionais de Cozinha do Brasil).

Também serão utilizados como métodos de divulgação e recrutamento para pesquisa as redes sociais como WhatsApp, Facebook e Instagram destes grupos profissionais; além da divulgação pelos próprios respondentes, que serão convidados a repassar o link da pesquisa para colegas de profissão que tenham o perfil desejado usando o método de amostragem snowball (JOHNSON, 2014).

Os critérios de inclusão serão: profissionais brasileiros com formação no nível bacharelado em Nutrição ou Gastronomia, atuantes na profissão, de 20-60 anos, de ambos os sexos, que concordem em participar da pesquisa mediante aceite do termo de consentimento livre e esclarecido.

Serão ilegíveis para a amostra participantes que declararem ter alguma alergia/intolerância alimentar ou quadro clínico que exija conduta dietoterápica específica (ex: doença renal crônica, diabetes) por considerar que estas condições clínicas podem influenciar no comportamento alimentar em relação às variáveis estudadas. Apesar de apresentar estes critérios de elegibilidade no início da pesquisa, serão incluídas questões que investiguem tal condição do participante, para excluir os que não tiverem se atentado à esta informação. "

Objetivo da Pesquisa:

*OBJETIVO GERAL

Comparar os comportamentos de ortorexia nervosa, comer positivo e comer intuitivo entre nutricionistas e gastrólogos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a correlação entre os escores de Ortorexia Nervosa, Comer positivo e Comer Intuitivo;
- Investigar os fatores associados ao comportamento de ON (em ambos os grupos profissionais) dentre as variáveis sexo, idade, estado nutricional, satisfação com a imagem corporal e comportamento de risco para TA, além de Comer Positivo e Comer Intuitivo."

Endereço: Av. Doutor Amalido, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 4.655.343

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"RISCOS:

Riscos mínimos, que podem corresponder no máximo ao desconforto ao compartilhar informações que o participante julgue de caráter pessoal.

BENEFÍCIOS:

Como benefícios, de forma mais indireta, a participação contribuirá para dados científicos direcionados ao maior entendimento e adaptações da prática profissional e de políticas na área de alimentação e nutrição."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Desenho do estudo: Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal de abordagem quantitativa, cuja coleta será feita por questionários, de forma online.

Patrocinador: Financiamento próprio

País de origem: Brasil

Número de participantes: 94

Previsão de início do estudo: coleta de dados primeiro semestre 2021

Previsão de encerramento do estudo: 2022

Pesquisa de caráter acadêmico para obtenção do título Mestre.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de resposta ao parecer pendente nº 4.555.838 emitido pelo CEP em 24/02/2021.

PENDÊNCIA 1: Foi apresentado TCLE (TCLEmodificado.pdf, postado em 20/01/2021) que será enviado uma cópia eletronicamente aos participantes. As pesquisadoras relatam que uma das

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 4.655.343

formas de recrutamento será via divulgação em associações e entidades de classe profissionais de Nutrição, entretanto, não apresentam carta de anuência dessas mesmas entidades ratificando esta possibilidade de recrutamento.

RECOMENDAÇÃO: Solicita-se às pesquisadoras que enviem carta de anuência das entidades que serão contatadas para a realização do recrutamento, permitindo às pesquisadoras acesso às informações que serão utilizadas para esta etapa do estudo.

RESPOSTA: "As associações e entidades foram contatadas por e-mail (Conselho Regional de Nutricionistas 3ª região – CRN3, Associação Paulista de Nutrição – APAN, Associação dos Profissionais de Cozinha do Brasil – APC, Associação Brasileira de Bares e Restaurantes – ABRASEL), a fim de obter-se a anuência sugerida (modelo da carta enviada está em anexo), porém ainda não obtivemos resposta. Ressaltamos que as instituições não fornecerão nenhum dado dos possíveis participantes, nem mesmo de contato. Elas seriam somente um canal de divulgação, enviando o convite da pesquisa e questionário respectivo aos seus associados/cadastrados. Segue modelo do e-mail enviado às instituições:" (pesquisadora apresenta em anexo o modelo).

ANÁLISE: Atendida.

PENDÊNCIA 2: Esclarecer se participarão do estudo bacharéis em Nutrição e nutricionistas ou somente nutricionistas.

RESPOSTA: "Somente nutricionistas."

ANÁLISE: Atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parcial e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente analisadas pelo CEP.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 4.655.343

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1688038.pdf	19/03/2021 13:38:00		Aceito
Outros	carta_de_anuencia.docx	19/03/2021 13:36:51	GABRIELA AKEMI TAKEDA	Aceito
Outros	fomularioresposta.doc	19/03/2021 13:36:35	GABRIELA AKEMI TAKEDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.pdf	20/01/2021 09:51:59	GABRIELA AKEMI TAKEDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PlataformaBrasil_GabrielaTakeda.pdf	16/01/2021 17:55:18	GABRIELA AKEMI TAKEDA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_PlataformaBrasil_GabrielaTakeda.pdf	16/01/2021 17:54:24	GABRIELA AKEMI TAKEDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 16 de Abril de 2021

Assinado por:

Kelly Polido Kaneshiro Olympio
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

ANEXO 2. QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTO DE RISCO PARATRANSTORNOS ALIMENTARES DE HAY

1 - Eu gostaria de perguntar sobre episódios de comer excessivamente que você possa ter tido recentemente. Quando falo comer excessivamente ou compulsão alimentar, estou querendo dizer: comer uma grande quantidade de comida de uma só vez e ao mesmo tempo sentir que o ato de comer ficou fora do seu controle naquele momento (isto quer dizer que você não poderia se controlar em relação ao ato de comer demais, ou não poderia parar de comer uma vez que tivesse começado).

Nos últimos 3 meses, quantas vezes você comeu da forma como está descrito acima?

- nenhuma vez
- menos que uma vez por semana
- uma vez por semana
- duas ou mais vezes por semana

2 - Esta pergunta é sobre vários métodos de controle de peso que algumas pessoas utilizam.

Nos últimos 3 meses, você usou alguns dos seguintes métodos?

Laxativos (são remédios que provocam diarreia) para eliminar o excesso de alimento ingerido.

- nenhuma vez
- menos que uma vez por semana
- uma vez por semana
- duas ou mais vezes por semana

Diuréticos (são remédios que fazem urinar muito) para eliminar o excesso de alimento ingerido.

- nenhuma vez
- menos que uma vez por semana
- uma vez por semana
- duas ou mais vezes por semana

Provocar vômitos para eliminar o excesso de alimento ingerido com a intenção de emagrecer ou de não ganhar peso?

- nenhuma vez
- menos que uma vez por semana

- uma vez por semana
- duas ou mais vezes por semana

Ficar sem comer ou comer muito pouca comida para perder peso ou para não engordar?

- nenhuma vez
- menos que uma vez por semana
- uma vez por semana
- duas ou mais vezes por semana

ANEXO 3. TERUEL ORTHOREXIA SCALE (TOS)

Instruções: As seguintes afirmações estão relacionadas com as ideias e atitudes que você tem em relação à alimentação. Gostaríamos de saber até que ponto é importante para você seguir uma alimentação saudável ou consumir alimentos como, por exemplo, aqueles livres de gordura, sal, conservantes, aditivos sintetizados por humanos ou qualquer substância que você considere nociva ou tóxica, como herbicidas e pesticidas.

Item		Não concordo (0)	Concordo um pouco (1)	Concordo bastante (2)	Concordo fortemente (3)
1	Eu me sinto bem quando como comida saudável				
2	Eu gasto muito tempo para comprar, planejar e/ou preparar as refeições para que minha alimentação seja o mais saudável possível				
3	Eu considero que minha alimentação é mais saudável do que a de outras pessoas				
4	Eu me sinto culpado(a) quando como algum alimento que considero não saudável				
5	As minhas relações sociais já foram afetadas negativamente por causa da minha preocupação em comer alimentos saudáveis				
6	O meu interesse por uma alimentação saudável é uma parte importante do meu jeito de ser, de entender o mundo				
7	Prefiro comer um alimento saudável e pouco saboroso do que um alimento saboroso que não seja saudável				

8	Eu como principalmente alimentos que considero saudáveis				
9	A minha preocupação com a alimentação saudável me consome muito tempo				
10	Eu me preocupo com a possibilidade de comer alimentos pouco saudáveis				
11	Eu não me importo de gastar mais dinheiro com um alimento se eu o considero mais saudável				
12	Eu me sinto angustiado(a) ou triste quando como alimentos que não considero saudáveis				
13	Eu prefiro comer pouco, mas de forma saudável, do que ficar saciado(a) com uma comida que possa não ser saudável				
14	Eu evito comer com pessoas que não compartilham minhas ideias sobre alimentação saudável				
15	Eu tento convencer as pessoas ao meu redor para que sigam os meus hábitos de alimentação saudável				
16	Se em algum momento como algo que eu considero não saudável, eu me castigo por isso				
17	Os meus pensamentos sobre alimentação saudável não me deixam concentrar em outras tarefas				

ANEXO 4. INTUITIVE EATING SCALE (IES-2)

Instruções: Para cada item, marque a resposta que melhor caracteriza suas atitudes ou comportamentos.

Item		Nunca (1)	Raramente (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Sempre (5)
1	Eu tento evitar comidas ricas em gordura, carboidratos ou calorias					
2	Eu como quando estou emotivo(a) (por exemplo: ansioso(a), deprimido(a), triste), mesmo não estando com fome					
3	Se eu estiver com vontade de comer um certo tipo de comida.eu me permito comer					
4	Eu fico triste comigo mesmo(a) se como algo que não é saudável					
5	Eu como quando me sinto sozinho(a), mesmo não estando com fome					
6	Eu confio no meu corpo para me dizer quando comer					
7	Eu confio no meu corpo para me dizer o que comer					
8	Eu confio no meu corpo para me dizer o quanto comer					
9	Eu tenho “comidas proibidas” que não me permito comer					

10	Eu uso a comida para me ajudar a aliviar minhas emoções negativas					
11	Eu como quando estou estressada, mesmo não estando com fome					
12	Eu consigo lidar com minhas emoções negativas (ansiedade, tristeza) sem ter que usar a comida como uma forma de conforto					
13	Quando eu estou entediado(a), eu NÃO como alguma coisa só por comer					
14	Quando me sinto sozinho(a), eu NÃO uso a comida como uma forma de conforto					
15	Eu descobri outras formas, diferentes de comer, para lidar com o estresse e a ansiedade					
16	Eu me permito comer a comida que eu tenho vontade naquele momento					
17	Eu NÃO sigo dietas ou regras que definem o que, onde e o quanto eu devo comer					
18	Na maioria das vezes, eu tenho vontade de comer comidas nutritivas					
19	Principalmente, eu como alimentos que ajudam meu corpo a funcionar bem					

20	Principalmente, eu como alimentos que dão disposição e energia para meu corpo					
21	Eu confio na minha fome para me dizer quando comer					
22	Eu confio na minha sensação de saciedade para me dizer quando devo parar de comer					
23	Eu confio no meu corpo para me dizer quando devo parar de come					

ANEXO 5. POSITIVE EATING SCALE (PES)

Instruções: Por favor clique nas opções abaixo, em termos do quanto você concorda com as perguntas. Como você classificaria seu comportamento alimentar?

Item		Discordo fortemente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo fortemente (4)
1	Eu como de uma forma que me faz sentir bem				
2	Em geral, eu estou satisfeito(a) com meu comportamento alimentar				
3	Eu sou tranquilo(a) em relação à alimentação				
4	Eu tenho uma boa relação com a alimentação				
5	Comer é um prazer para mim				
6	Eu gosto de comer				
7	Comer é divertido para mim				
8	Comer é algo agradável para mim				

ANEXO 6. BODY SHAPE QUESTIONNAIRE – VERSÃO REDUZIDA (BSQ-8B)

Gostaríamos de saber como você tem se sentido em relação a sua aparência nas últimas quatro semanas.

Por favor clique na opção de resposta usando a seguinte legenda:

1 – nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – frequentemente; 5 – muito frequentemente; e 6 – sempre

Nas últimas quatro semanas:

	1	2	3	4	5	6
Preocupou-se com o seu corpo não ser firme o suficiente?						
Comer, mesmo que uma pequena quantidade de comida, fez com que você se sentisse gorda?						
Já evitou usar roupas que a façam reparar mais na forma do seu corpo?						
Sentiu vergonha do seu corpo?						
A preocupação com a forma do seu corpo levou-a a fazer dieta?						
Sentiu-se mais contente em relação à forma do seu corpo quando seu estômago estava vazio (por exemplo, pela manhã?)						
Pensou que não é justo que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magras que você?						
Preocupou-se com o seu corpo estar com “pneus”?						

ANEXO 7. MALE BODY DISSATISFACTION SCALE (MBDS) - VERSÃO REDUZIDA

Por favor, selecione uma opção de resposta, clicando de acordo como você se sente atualmente em relação ao seu corpo entre as opções concordo fortemente a discordo fortemente.

Além disso, classifique, no espaço que antecede cada item, o quão importante cada afirmação é para você – coloque um número de 1 a 10 (1= sem importância para você a 10= grande importância)

Importância (de 1-10)		Concordo Fortemente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo fortemente
	Estou feliz com a quantidade de músculos que tenho em relação à quantidade de gordura do meu corpo					
	Outras pessoas acham que tenho um corpo bom					
	Eu gostaria de ter braços mais musculosos					
	Eu fantasio sobre ter mais músculos					
	No geral, acho que tenho um corpo atraente					
	Eu gostaria de ter o tronco mais em formato de “V” (triângulo invertido)					
	Preocupo-me em ser mais musculoso					
	Eu tenho barriga de “tanquinho”					

	Se eu fosse mais musculoso, os outros me achariam mais atraente					
	Eu gosto de exibir meu corpo					
	Eu aparento conseguir levantar mais peso do que a média dos homens da minha idade					
	Para as outras pessoas, meu corpo é sexualmente atraente					

11. APÊNDICES

APÊNDICE 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
Av. Dr. Amaldo, 715 – CEP 01246-904
São Paulo – Brasil



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa: “Comportamento de Ortorexia Nervosa, Comer Intuitivo e Comer Positivo em nutricionistas e gastrólogos”.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: A pesquisa tem como objetivo avaliar o seu comportamento alimentar. Sua participação nesta pesquisa será por meio de respostas à um questionário on-line com perguntas gerais (como idade, sexo) e sobre seus comportamentos em relação à alimentação.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: É garantido ao participante dessa pesquisa que sua participação nesta pesquisa oferece riscos mínimos, que podem corresponder no máximo ao desconforto ao compartilhar informações que você julgue de caráter pessoal. E como benefícios, de forma mais indireta, sua participação contribuirá para dados científicos direcionados ao maior entendimento e adaptações da prática profissional e de políticas na área de alimentação e nutrição. Toda participação consiste somente em responder a questões de forma on-line. Sua participação é de extrema importância na contribuição da ciência da alimentação.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Toda a pesquisa será feita de forma on-line. Por favor, leia as questões cuidadosamente. Quando você as responder, lembre-se que não existem questões certas ou erradas: nós estamos interessados em acessar seus comportamentos em relação à alimentação. Em caso de qualquer dúvida ou problema, nos escreva nos e-mails: gabriela.akemi.takeda@usp.br ou marlealv@usp.br

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O Sr(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a sua recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de qualquer benefício, você possui garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904
São Paulo – Brasil



que absorverá qualquer gasto relacionado garantindo assim não oneração de serviços de saúde. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com respeito e seguirão padrões profissionais de sigilo, assegurando e garantindo o sigilo e confidencialidade dos dados pessoais dos participantes de pesquisa. Seu nome, ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. O estudo poderá ser interrompido mediante aprovação prévia do CEP quanto à interrupção ou quando for necessário, para que seja salvaguardado o participante da pesquisa.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar. A pesquisadora Gabriela Akemi Takeda certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e somente os pesquisadores terão acesso. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Gabriela Akemi Takeda no telefone (11)3061-8100.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo também poderá ser consultado para dúvidas/denúncias relacionadas à Ética da Pesquisa e localiza-se na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 13h às 15h telefone, (11) 3061-7779, e-mail: coep@fsp.usp.br, que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho. Uma cópia deste documento ficará comigo.

APÊNDICE 2. QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS, ANTROPOMÉTRICAS E DE CARACTERÍSTICAS ALIMENTAÇÃO

Dados pessoais

Page 2

Qual a sua idade?	_____
Qual seu sexo?	<input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Outro
Qual a sua formação?	<input type="radio"/> Gastronomia <input type="radio"/> Nutrição <input type="radio"/> Outra
Especifique sua formação	_____
Há quantos anos você é formado?	_____
É atuante na sua área de formação?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Qual sua atuação profissional (exemplo: professor/a, nutricionista clínico/a, nutricionista UAN etc.)?	_____
Em qual região do país você mora?	<input type="radio"/> Norte <input type="radio"/> Nordeste <input type="radio"/> Centro-oeste <input type="radio"/> Sudeste <input type="radio"/> Sul
Possui restrições alimentares clínicas (por exemplo: diabetes, doença renal crônica, alergia/intolerância alimentar etc.)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Caso possua restrições alimentares clínicas, especifique qual:	_____
É vegetariano(a)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Qual o seu peso (em quilos)? Por favor, coloque um valor mesmo que aproximado	_____
Qual a sua altura (em metros)? Por favor, coloque um valor mesmo que aproximado. Exemplo: 1,60	_____

CURRÍCULO LATTES – GABRIELA AKEMI TAKEDA



Gabriela Akemi Takeda

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9134382529774334>

ID Lattes: **9134382529774334**

Última atualização do currículo em 16/10/2022

Mestranda no programa de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo (FSP-USP). Nutricionista formada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Especialização em "Nutrição aplicada ao Exercício Físico" pela Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo (EEFE-USP). Aprimorada em Transtornos Alimentares pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (IPq-FMUSP). (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Gabriela Akemi Takeda
Nome em citações bibliográficas	TAKEDA, G. A.; TAKEDA, GABRIELA AKEMI
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/9134382529774334
Orcid iD	https://orcid.org/0000-0003-2806-640X

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2020	Mestrado em andamento em Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Comportamento de Ortorexia Nervosa, Comer Intuitivo e Comer Positivo em nutricionistas e gastrologos. Orientador: Marle dos Santos Alvarenga. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Grande área: Ciências da Saúde
2015 - 2016	Especialização em Nutrição aplicada ao Exercício Físico. (Carga Horária: 400h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Suplementação de HMB (β -hidróxi- β -metilbutirato) e treinamento de resistência: uma atualização sobre os reais benefícios em indivíduos treinados. Orientador: Aline Vasques.
2010 - 2014	Graduação em Nutrição. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Formação Complementar

2019 - 2020	Aprimoramento em Transtornos Alimentares - AMBULIM IPq/FMUSP. (Carga horária: 236h). Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, HCFMUSP, Brasil.
2019 - 2019	Estatística Aplicada à Psicobiologia - Nível I. (Carga horária: 105h). Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.
2018 - 2018	Habilidades de comunicação para Nutricionistas. (Carga horária: 4h). Instituto Nutrição Comportamental, NC, Brasil.
2018 - 2018	Abordagens da terapia cognitivo comportamental para Nutricionistas. (Carga horária: 3h). Instituto Nutrição Comportamental, NC, Brasil.
2017 - 2017	Ferramentas de coaching e sua aplicabilidade na Nutrição Comportamental. (Carga horária: 3h). Instituto Nutrição Comportamental, NC, Brasil.
2015 - 2015	Personal Diet. (Carga horária: 44h). Centro Universitário Senac, SENAC/SP, Brasil.

Atividade Profissional

CURRÍCULO LATTES – MARLE ALVARENGA



Marle dos Santos Alvarenga

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5371598102267709>

ID Lattes: **5371598102267709**

Última atualização do currículo em 28/11/2022

Possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo (1993), mestrado em Nutrição Humana Aplicada pela Universidade de São Paulo (1997) e doutorado em Nutrição Humana Aplicada pela Universidade de São Paulo (2001). Concluiu seu pós doutorado no Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP, com bolsa FAPESP - e short term scholar na Pennsylvania University (2010). Tem formação em Intuitive Eating pelo INTUITIVE EATING PRO Skills Training Teleseminar e Mindfulness Based Eating Training - MBEAT. Atualmente é orientador externo do Programa de Pós Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. É professor do Mestrado Profissional do Centro Universitário São Camilo. É supervisora do grupo de Nutrição do Programa de Transtornos Alimentares - Ambulim (IpQ-HC-FMUSP), coordenadora do Grupo Especializado em Nutrição, Transtornos Alimentares e Obesidade - GENTA; e idealizadora do Instituto Nutrição Comportamental. Tem experiência em consultório, atuando principalmente com transtornos alimentares, obesidade e comportamento alimentar. Sua área de pesquisa inclui o comportamento alimentar, os determinantes de consumo e as atitudes alimentares de diferentes populações clínicas e não clínicas, os transtornos alimentares, a insatisfação corporal, a influência da mídia. Envolve também a adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa e a avaliação do estigma com relação à obesidade. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Marle dos Santos Alvarenga
Nome em citações bibliográficas	Alvarenga, M. S.;Alvarenga MS;Alvarenga M;Alvarenga MDS;Alvarenga Marle;ALVARENGA, MARLE S.;ALVARENGA, MARLE DOS SANTOS
Lattes iD	https://lattes.cnpq.br/5371598102267709
Orcid iD	https://orcid.org/0000-0001-6922-2670

Endereço

Endereço Profissional	Consultório Particular. Rua Cotoxó 303 sala 127 Perdizes 05021000 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 36723869 URL da Homepage: http://www.genta.com.br
-----------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1997 - 2001	Doutorado em Nutrição Humana Aplicada. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Bulimia nervosa: avaliação do padrão e comportamento alimentares , Ano de obtenção: 2001. Orientador: Sonia Tucunduva Philippi. Palavras-chave: Bulimia Nervosa; Comportamento alimentar; Transtornos alimentares; Padrão alimentar. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Nutrição e Alimentação.
1994 - 1997	Mestrado em Nutrição Humana Aplicada (Conceito CAPES 3). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Anorexia nervosa e bulimia nervosa: aspectos nutricionais , Ano de Obtenção: 1997.