

A PRÁTICA INDISCRIMINADA DE DIETAS RESTRITIVAS COMO FATOR DE RISCO PARA ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA

Geovana Komoni (IC) e Andréa Romero de Almeida (Orientador).

Apoio: PIVIC Mackenzie

RESUMO

Introdução: A prática de dietas ganha destaque na contemporaneidade, fato relacionado ao crescimento de casos de transtornos alimentares decorrentes da busca incessante pela magreza somada a insatisfação e a distorção da imagem corporal. **Objetivo:** Avaliar a relação contribuinte entre dietas restritivas e o desenvolvimento de sintomas de Anorexia e Bulimia Nervosa em estudantes universitários. **Metodologia:** Estudo de delineamento descritivo transversal realizado em São Paulo – SP, dado mediante a uma plataforma de rede social, efetuado entre outubro de 2016 e agosto de 2017. Amostra composta por 50 indivíduos do sexo feminino de dezoito a quarenta anos. Cada indivíduo respondeu a três questionários: EAT-26, BITE e um elaborado e adaptado pela pesquisadora. Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel®, versão 2016 e as análises estatísticas, no programa SPSS, versão 21. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie. **Resultados:** 34% (n=17) afirmaram realizar dietas. Destes, 70,6% (n=12) apontaram para um provável caso de Anorexia Nervosa e 88,2% (n=15) indicaram a presença de risco para o desenvolvimento de Bulimia Nervosa. Houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os resultados do questionário EAT-26 e do BITE. Não foi observada associação entre a classificação do EAT-26 e a classificação do IMC ($p >= 0,05$), nem entre a quantidade de calorias consumida relatada e a classificação do EAT-26. **Conclusão:** Dentre os indivíduos que afirmaram praticar dietas restritivas, houveram indícios de provável caso de Anorexia Nervosa e de risco para o desenvolvimento de Bulimia Nervosa.

Palavras-chave: Dietas restritivas. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa.

ABSTRACT

Introduction: The practice of diets gain prominence in contemporary times, a fact related to the growth of cases of eating disorders as a result of incessant search for slimness coupled with dissatisfaction and distortion of body image. **Objective:** To evaluate the auxiliary relation between restrictive diets and the development of symptoms of Anorexia and Bulimia Nervosa in college students. **Methodology:** Descriptive design cross-sectional study carried out in São Paulo – SP, given by a social networking platform, made between October 2016 and August 2017. Sample composed of 50 females 18 to 40 years. Each individual answered three questionnaires: EAT-26, BITE and another one prepared and adapted by the researcher.

The data was tabulated in Microsoft Excel ®, version 2016 and statistical analysis, the SPSS program, version 21. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Presbiteriana Mackenzie. Results: 34% (n=17) reported performing diets. Of these, 70.6% (n=12) pointed to a likely case of Anorexia Nervosa and 88.2% (n=15) indicated the presence of risk for developing Bulimia Nervosa. There was a statistically significant association ($p < 0.05$) among the results of the questionnaire EAT-26 and BITE. No association was observed between the classification of the EAT-26 and the classification of BMI ($p \geq 0.05$), or between the amount of calories consumed reported and the classification of the EAT-26. Conclusion: Among those who reported practice restrictive diets, there were indications of probable case of Anorexia Nervosa and at risk for developing Bulimia Nervosa.

Keywords: Restrictive Diets. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa.

1. INTRODUÇÃO

A prática de dietas vem ganhando grande destaque na contemporaneidade, fato este diretamente relacionado ao crescimento contínuo de casos de transtornos alimentares, os quais decorrem de diversos fatores, como a busca incessante pela magreza somada a insatisfação e a distorção da imagem corporal proporcionadas pela mídia. Exemplos de transtornos alimentares abordados neste estudo: Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN). Assim, o objetivo geral do presente estudo é avaliar se há uma possível relação entre a prática de dietas restritivas e o desenvolvimento de sintomas de Anorexia e Bulimia Nervosa em estudantes universitários.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Os Transtornos Alimentares (TA) são definidos como um distúrbio psiquiátrico de etiologia multifatorial, além disso, é considerado um preocupante caso médico, pois este pode comprometer drasticamente a saúde dos pacientes afetados por esta doença (ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2011; MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002). A lipofobia é o aspecto mais significativo deste distúrbio levando o indivíduo a ter atitudes preocupantes no quesito comportamento alimentar (GONÇALVES et al., 2008; CORDÁS; CLAUDINO, 2002). Um exemplo de transtorno alimentar é a Anorexia Nervosa (AN), a qual é representada pela distorção da imagem corporal relacionada a um inexplicável medo excessivo de engordar, ou de tornar-se obeso, mesmo estando abaixo do peso, é também caracterizada por um padrão de controle patológico do peso corporal, além da recusa alimentar severa (TOLEDO; RAMOS; WOPEREIS, 2011; SAIKALI et al., 2004).

Estudos clínicos revelam que a prevalência de anorexia nervosa (AN) parece ter tido leve acréscimo no ocidente. Aponta-se que a maior frequência de TA está entre mulheres jovens, afetando 3,2% daquelas entre 18 e 30 anos segundo a American Dietetic Association (ADA), em razão da preocupação excessiva com a imagem corporal (ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2011; LEAL et al., 2013; PALMA; SANTOS; RIBEIRO, 2013). Já no sexo masculino a incidência é menor pois considera-se um corpo mais musculoso como representação da imagem corporal masculina ideal (TOLEDO; RAMOS; WOPEREIS, 2011). A anorexia nervosa (AN) apresenta a maior taxa de mortalidade dentre todos os distúrbios psiquiátricos, cerca de 0,56% ao ano. As principais causas de morte são: complicações cardiovasculares, insuficiência renal e suicídio (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

Outro exemplo de transtorno alimentar é a bulimia nervosa (BN), patologia, a qual é caracterizada pela ingestão compulsiva de uma grande quantidade de alimentos, em um

curto espaço de tempo, com sensação de perda de controle e com pouco ou nenhum prazer. A preocupação excessiva com o peso e a imagem corporal leva o paciente a métodos compensatórios inadequados para o controle de peso como vômitos auto induzidos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas restritivas e exercícios físicos vigorosos. A classificação do DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), distingue dois tipos de pacientes com bulimia conforme a utilização de métodos compensatórios mais invasivos (vômitos, laxantes, diuréticos, outras drogas) – “tipo purgativo” – ou não (só dieta, jejuns e exercícios), classificado no “tipo não-purgativo” (ARAÚJO; NETO, 2013; CORDÁS, 2004; TRAEBERT; MOREIRA, 2001; APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

O episódio de compulsão alimentar é o principal sintoma e costuma surgir no decorrer de uma dieta que visa o emagrecimento. Quando o ciclo compulsão alimentar-purgação já está instalado, ocorre em todo tipo de situação, o que gera sentimentos negativos como frustração, vergonha, tristeza, ansiedade, solidão, culpa e desejo de autopunição. Ademais, estes episódios ocorrem às escondidas, na grande maioria das vezes (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; CLAUDINO; BORGES, 2002; TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

Embora classificados separadamente, ambos transtornos estão intimamente relacionados pelo fato de apresentarem diversos fatores primordiais em comum como aspectos psicológicos, socioeconômicos, culturais, biológicos e familiares destacando-se uma psicopatologia equivalente: a ideia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal motivada pela mídia, e o medo de engordar, que leva os pacientes a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; CLAUDINO; BORGES, 2002; MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Neste sentido, destaca-se que a mídia, responsável por formar e refletir a opinião pública, não só pode induzir valores, normas e padrões estéticos incorporados pela sociedade moderna, como também provocar distúrbios de imagem corporal e alimentar (ALVARENGA et al., 2010).

Com o passar dos séculos, os padrões de beleza feminina foram se alterando. Em 1960, no contexto sociocultural ocidental, o culto à magreza já era considerado um fator precipitante da anorexia e bulimia nervosa. Nos anos 1980, ocorreu um crescimento considerável no mercado industrial pelo fato deste ter se vinculado à mídia, responsável pela criação de diversas propagandas que impulsionavam a sociedade consumista a seguir padrões físicos e estéticos por ela determinados (ANDRADE; BOSI, 2003). Assim o fazia

com o único intuito de promover as vendas de produtos dietéticos relacionados ao mercado estético. Dessa forma, observou-se um aumento significativo no número de academias, no uso de suplementos alimentares, de revistas sobre a forma corporal e saúde, de cirurgias plásticas e das corriqueiras dietas restritivas (SOUTO; FERRO-BUCHER, 2006).

A comercialização em massa destes produtos e a manipulação proporcionada pela mídia geraram um ambiente favorável à perda de peso, tomada pela população como uma diretriz social que, ao longo do tempo, se tornou uma prática habitual, propagando a equivocada ideia de que a magreza proporciona poder, confiança, sucesso e autocontrole (ALVARENGA et al., 2010). Se não bastasse, induz principalmente as mulheres, à insatisfação crônica com seus corpos, culpando-se por excederem, ainda que insignificadamente, seu peso, levando-as a adotarem dietas altamente restritivas, exercícios físicos extenuantes, o uso indiscriminado de laxantes, diuréticos e drogas, não levando em consideração os aspectos relacionados com a saúde e as diferentes constituições físicas da população (SAIKALI et al., 2004; GONÇALVES et al., 2008).

Deste modo, como consequência da influência da mídia, constituiu-se um distúrbio, a distorção da imagem corporal, a qual pode ser definida como distorções cognitivas relacionadas à avaliação do corpo, muito comuns em indivíduos com transtornos alimentares, o sujeito que possui este tipo de distúrbio apresenta pensamentos extremos com relação à sua aparência ou é muito crítico a ela, desta forma, ele faz uma comparação impropriedade com sua aparência em relação aos padrões extremos. Ademais, o enfermo acredita que os outros possuem a mesma opinião que ele, no que diz respeito à sua aparência (SAIKALI et al., 2004).

Dentre as inadequadas práticas de controle de peso, tais como: fazer jejum, omitir refeições, substituir alimentos por suplementos ou “shakes”, provocar vômitos auto induzidos, além de tomar remédios para emagrecer ou fumar mais cigarros, a prática de dietas restritivas pode ser considerada como um fator primordial no quesito de risco ao desenvolvimento da anorexia e bulimia nervosa, motivo pelo qual esta conduta não deve ser incentivada (LEAL et al., 2013).

Dieta pode ser definida como um conjunto de alimentos e bebidas ingeridos usualmente por uma pessoa. Esta também pode ser modificada e adaptada, de acordo com as necessidades nutricionais ou restrições alimentares de cada indivíduo. Já dieta restritiva define-se como um regime especial de alimentação que restringe a ingestão de certos alimentos, principalmente os ricos em energia, bebidas e/ou reduz a sua quantidade, com o intuito de perder peso ou por razões de saúde (COSTA, 2014).

Pessoas praticantes destes tipos de dietas, apresentam sintomas como pele ressecada, queda de cabelo, fragilidade nas unhas, mau humor, mau hálito, insônia, dores de cabeça, tonturas e desidratação, além da perda de massa muscular (LATTERZA et al., 2004). Contudo, a prática de dietas restritivas a longo prazo e com um elevado índice de restrição, como no caso de pacientes com anorexia nervosa, acarretam diversas alterações prejudiciais ao organismo como: alterações metabólicas bem como hipercolesterolemia e hipoglicemia; alterações endócrinas : amenorreia e hipercortisolemia; alterações ósseas e do crescimento - osteopenia e osteoporose; alterações hidroeletrólíticas : hipocalcemia, causada pelo vômito, desnutrição e abuso de diuréticos e laxantes; alterações hematológicas : anemia e leucopenia; alterações cardiovasculares : hipotensão arterial; alterações pulmonares : edema pulmonar; alterações renais : nefropatia hipocalêmica; alterações gastrointestinais : constipação e danos irreversíveis ao colón intestinal (cólon catártico) e até à morte súbita (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002; PALMA; SANTOS; RIBEIRO, 2013).

Em suma, profissionais da área da saúde como nutricionistas, nutrólogos e endocrinologistas, devem ser preparados para orientar e incentivar seus pacientes a desfrutarem do consumo de uma alimentação balanceada somada a prática regular de atividade física a fim de lhes proporcionar uma melhor qualidade de vida, alertá-los sobre a influência da mídia, sobre os malefícios e ineficiência das dietas restritivas presentes em sites, blogs e revistas (BETONI; ZANARDO; CENI, 2010).

3. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de delineamento descritivo transversal na região da cidade de São Paulo – SP por meio de uma plataforma de rede social, a qual abordou mulheres de forma aleatória. O mesmo foi efetuado no período de outubro de 2016 a agosto de 2017. A amostra foi composta por aproximadamente 50 (cinquenta) indivíduos do sexo feminino praticantes de dietas restritivas, de dezoito a quarenta anos de idade a fim de verificar a correlação com sintomas de anorexia e bulimia nervosa. Para tal, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: (I) realização de dietas restritivas em algum momento da vida, (II) conter de 18 a 40 anos de idade, (IV) prontificar-se a participar, livremente, da pesquisa, (V) ser do sexo feminino, (VI) ser estudante universitária. Foram excluídas do estudo mulheres fora da faixa etária estipulada. Para a realização do mesmo, foi utilizada uma amostragem por conveniência.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um formulário elaborado e adaptado pela pesquisadora, tomando por base algumas publicações (LIMA, ROSA, C. E ROSA, J., 2008), onde foram avaliados os hábitos alimentares pré-anorexia e bulimia, as

opiniões sobre os resultados de dietas restritivas e aspectos referentes à história clínica das mesmas, e por meio de dois questionários:

EAT- 26 (Teste de Atitudes Alimentares, na versão 26 questões), uma versão resumida do original EAT-40, proposto por Garner et al. (1982), traduzido para o português e validado por Bighetti e Ribeiro em 2003, considerado um dos principais instrumentos utilizados para avaliar o comportamento de risco para transtornos alimentares e para a apuração da classificação do mesmo, muito utilizado em caso de transtornos supracitados devido a sua facilidade de aplicação, eficiência e economia, além de ser encontrado em várias línguas. Este instrumento apresenta uma pontuação que pode variar de 0 a 78 pontos, tendo as seguintes opções com seus respectivos pontos: “sempre” equivalente a 3 pontos, “muito frequentemente”, 2 pontos; “frequentemente”, 1 ponto, e as demais (às vezes, raramente e nunca) não recebem pontuação. Ademais, a questão de número 25 possui sua pontuação alterada, com valores invertidos, desta forma, não são pontuadas as opções sempre”, “muitas vezes” e “às vezes” e para as alternativas “poucas vezes”, “quase nunca” e “nunca”, são dados respectivamente 1, 2 e 3 pontos. O somatório dos pontos foi classificado da seguinte maneira: se o indivíduo obter uma pontuação menor que 21, o mesmo será classificado como dentro da normalidade, contudo, se obter uma pontuação superior ou equivalente a 21 pontos, este será classificado então, como um provável caso de anorexia nervosa (NUNES et al., 1994; LEÃO, 2012).

BITE (Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo). Trata-se de um questionário autoaplicável, composto por 33 questões, tendo como respostas “sim” ou “não” e contendo duas subescalas, uma para a sintomatologia e a outra para a gravidade. Este foi criado por Freeman e Henderson (1988) e traduzido para o português por Cordás e Hochgraf (1993). É utilizado com a finalidade de verificar a classificação da sintomatologia relacionada a bulimia nervosa. Quanto a pontuação, com exceção dos itens 6, 7 e 27, os demais formam a escala sintomática, já as questões 1, 13, 21, 23 e 31 possuem o valor de um ponto para a resposta “Não” e as vinte e cinco questões restantes, recebem um ponto para a resposta “Sim”. Se a pontuação final do indivíduo for inferior a 10 pontos, o mesmo será classificado como tendo um risco baixo ou nulo de propensão para bulimia nervosa, se este obtiver de 10 a 19 pontos, será classificado como tendo um risco médio e se sua pontuação for equivalente ou ultrapassar de 20 pontos ele então, possuirá um risco alto para tal. Um risco alto indica a presença de comportamento alimentar compulsivo além da grande tendência em possuir bulimia nervosa, um risco médio viabiliza um padrão alimentar atípico e um risco baixo é tido como dentro da normalidade. Em relação à escala de gravidade, esta é constituída pelas questões 6, 7 e 27. Ela é responsável pela mensuração da gravidade do comportamento compulsivo e pela frequência destas atitudes alimentares. É analisada somente em casos

em que a pontuação na escala de sintomas exceder a 10 pontos. O critério para classificar a gravidade de bulimia nervosa é: pontuação até 5 pontos, gravidade baixa ou nula, de 5 a 10 pontos, gravidade moderada, maior ou igual a 10 pontos, gravidade alta. A categoria, alta gravidade, representa a presença de vômitos auto induzidos ou uso abusivo de laxantes de forma não compulsiva, além disso, indivíduos dentro desta classificação devem ser encaminhados a especialistas. No quesito, gravidade moderada, a qual, é considerada clinicamente significativa, os pertencentes a essa classe também devem ser encaminhados a especialistas, já os de gravidade baixa não necessitam desse apoio profissional pois esta é tida como clinicamente insignificante (CORDÁS; HOCHGRAF, 1993; LEÃO, 2012).

Para a organização dos dados e a tabulação das informações coletadas foi utilizado o programa Microsoft Excel®, versão 2016, sendo que os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, com avaliação das variáveis: hábitos alimentares, prática de dietas restritivas, resultados obtidos com a realização de dietas restritivas, dados antropométricos, comportamento de risco para transtornos alimentares e determinação sintomatológica relacionada à bulimia nervosa. Para analisar a associação entre os resultados do EAT-26 e do BITE foi utilizado o teste do qui-quadrado. Todos os testes estatísticos consideraram nível de significância de 5% e foram realizados no programa SPSS, versão 21.

Os procedimentos para o desenvolvimento deste estudo respeitaram as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo humanos, aprovadas pela Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Desta forma, no banco de dados da pesquisa principal foram mantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados. Foi utilizado um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado junto aos questionários, o qual foi preenchido pelos participantes que estiveram cientes sobre o objetivo do estudo e que, voluntariamente, decidiram participar do mesmo. Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Presbiteriana Mackenzie, aprovado pelo mesmo sob o número CAAE: 61319916.0.0000.0084 e somente teve os dados coletados após aprovação.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final do estudo foi composta por 50 indivíduos com idades entre 18 e 37 anos, peso entre 45 kg e 110 kg, sendo a média de 61,65kg (dp=12,25), altura entre 153 e 175 cm (média= 163,82 cm e dp=5,86) e IMC entre 17,4 e 40,9 kg/m², sendo todos os indivíduos do sexo feminino. As variáveis, idade e sexo da amostragem, se deram devido ao fato dos transtornos alimentares afetarem em maior escala adolescentes e adultos jovens do sexo feminino e por estes serem considerados alvos mais suscetíveis às influências da mídia (NIELSEN, 2001; CORDÁS, 2004).

No presente estudo, a média do Índice de Massa Corporal (IMC) foi de 22,96 kg/m² (dp=4,15), portanto, a maioria encontrava-se em eutrofia, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual apresenta a seguinte classificação: IMC < 18,5kg/m², abaixo do peso; IMC de 18,5 a 24,9 kg/m², sujeitos eutróficos; IMC entre 25 e 29,9 kg/m², portadores de sobrepeso; IMC ≥ 30 kg/m², indivíduos obesos (WHO, 1997).

Tabela 1 – Média e desvio padrão das variáveis quantitativas dos indivíduos abordados. São Paulo, 2017.

Características	Média	Desvio Padrão
Idade	21,34	3,107
Peso (kg)	61,658	12,257
Altura (cm)	163,82	5,868
IMC	22,96	4,15314

Com relação ao aparecimento de doenças, 56% (n=28) dos indivíduos não apresentaram doenças. Ademais, as enfermidades que mais apareceram foram gastrite, depressão, obesidade, hiperlipidemia, intolerância alimentar e hipertensão, respectivamente, como pode ser observado na tabela 2. O total da frequência das doenças apresentadas pelos sujeitos da pesquisa é maior que o total da amostra, isto, devido ao fato de haver a possibilidade de um único indivíduo conter mais de uma enfermidade.

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo doenças apresentadas. São Paulo, 2017.

Doenças	Total	Percentual (%)
Diabetes	0	0
Hiperlipidemia	4	8
Hipertensão	1	2
Intolerância Alimentar	2	4
Obesidade	4	8
Úlcera	0	0
Gastrite	11	22
Depressão	7	14
Nenhuma	28	56
Total	57	144

*Percentual cumulativo

Quanto a realização de dietas, 66% (n=33) dos indivíduos afirmaram não as efetuar, enquanto os outros 34% (n=17) afirmaram realizar uma ou mais dietas. Desses indivíduos que afirmaram praticá-las, 52,94% (n=9) aderiram à dieta low carb e 35,29% (n=6) à dieta da sopa. Entre as demais, as dietas do suco detox, sem gorduras, do tipo sanguíneo, da lua, Dukan, da proteína e o uso dos shakes foram as que apresentaram pelo menos uma adesão (tabela 3). O total da amostra apresenta-se superior ao total de sujeitos que afirmaram praticar dietas, visto que um mesmo indivíduo realizou mais de uma das dietas listadas.

A dieta low carb (*Low-Carbohydrate Diet*) é uma dieta pobre em carboidrato, sendo composta em sua maioria por gordura saturada e proteínas, além de vegetais com baixo teor de carboidratos. Ademais, esta pode ser classificada como um tipo de dieta hipocalórica por conter um consumo energético médio de cerca de 1400 kcal/dia, bem como restritiva

pelo fato de restringir alimentos ricos em carboidratos, isto é, grande parte dos alimentos existentes. Se não acompanhada por especialistas a mesma pode trazer riscos à saúde por alterar o metabolismo do corpo. (BRINKWORTH et al., 2009; YANCY et al., 2010). A dieta da sopa, assim como a dieta da Lua, também se enquadra como dietas restritivas, já que se resumem a um único grupo de alimentos, geralmente, o dos legumes (BETONI; ZANARDO; CENI, 2010).

Dos 34% que afirmaram realizar uma ou mais dietas, constatou-se através dos resultados dos dados que 70,6% (n=12) apontaram para um provável caso de Anorexia Nervosa e que 88,2% (n=15) indicaram a presença de risco para o desenvolvimento de Bulimia Nervosa. Assim, nota-se que houve, no presente estudo, uma relação aparente entre a prática de dietas restritivas e o possível desenvolvimento de transtornos alimentares. (ALVES et al, 2008; ABREU et al, 2013).

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo o tipo de dieta realizado. São Paulo, 2017.

Tipo de deita	Total	Percentual (%)
Dieta da sopa	6	35,3
Dieta do tipo sanguíneo	1	5,9
Dieta sem gorduras	3	17,6
Dieta da lua	1	5,9
Dieta do Dr. Atkins	0	0
Dieta low carb	9	52,9
Dieta do suco Detox	3	17,6
Shakes	1	5,9
Dieta Dukan	1	5,9
Dieta da proteína	1	5,9
Total	26	152,9

*Percentual cumulativo

Inúmeros motivos foram citados como precursores da prática de dietas, visto mais de um motivo para alguns indivíduos. Sendo assim, 70,6% (n=12) não adotaram essa prática por nenhum motivo específico, 23,5% (n=4) por festas e viagens, 11,8% (n=2) e 5,9% (n=1) por casamentos e formaturas, respectivamente.

Contudo, o principal motivo para a adesão a dietas é a insatisfação da imagem corporal a qual, é ocasionada pelos incentivos da mídia para se ter um corpo “ideal”, ou seja, que esteja dentro dos padrões de beleza estipulados por ela (ALVES et al, 2008; VIANA; SANTOS; GUIMARÃES, 2008). Além disso, as dietas classificadas como restritivas são as mais adotadas devido ao fato delas promoverem o emagrecimento em um curto período de tempo e sem muito esforço, contribuindo assim, para a criação de uma ilusão quanto a obtenção de resultados rápidos e definitivos (MATTOS; ALMEIDA, 2008; ABREU et al, 2013).

A percepção de sucesso com a(s) dieta(s) foi classificada entre muito boa, boa, ruim e muito ruim. A maior parte da amostra afirmou ser ruim 47,1% (n=8) e boa 41,2% (n=7). Os demais indivíduos classificaram como muito bom 5,9% (n=1) e muito ruim 5,9% (n=1).

Com relação a redução de peso após a realização de uma dieta, esta questão não foi respondida por apenas um indivíduo dos que afirmaram realizar dietas, como pode ser observado na tabela 4.

Tabela 4- Distribuição da amostra segundo a quantidade de peso reduzida após a realização de uma dieta. São Paulo, 2017.

Categorias	Total	Porcentagem (%)
Menos de 500g	1	6,3
500g – 1000g	1	6,3
1000g- 2000g	5	31,1
2000g – 3000g	2	12,5
3000g – 4000g	0	0
4000g- 5000g	3	18,8
Mais de 5000g	4	25,0
Nenhuma das alternativas	0	0
Total	16	100

Quanto ao tempo de permanência do peso reduzido, o tempo foi classificado em categorias, sendo “muito curto” quando menos que um mês, “curto” entre um e três meses, “médio” entre três e seis meses, “longo” entre seis meses e um ano e “muito longo” quando o período correspondesse à mais de um ano. Dessa forma, a maioria dos indivíduos referiu a manutenção do peso por períodos curto 29,4% (n=5) e muito curto 29,4% (n=5).

De acordo com os resultados obtidos durante e após a realização de dietas pode-se presumir que as dietas restritivas correspondem de forma eficaz às expectativas, porém, apenas durante a prática das mesmas (FREEDMAN; KING; KENNEDY, 2001). Portanto, a longo prazo elas se tornam ineficientes e, em alguns casos, podem levar a compulsão alimentar, fazendo com que o indivíduo que as aderiu reganhe peso. Este ganho de peso é cíclico, uma vez que o sujeito adotará outra dieta, também restritiva, visando novamente o emagrecimento estabelecendo assim, o efeito “sanfona”. (SOUTO; FERRO-BUCHER, 2006; STRINGHINI et al, 2007; MATTOS; ALMEIDA, 2008).

No quesito sintoma apresentado durante à prática de dietas, foram listados, sendo os mais frequentes: fraqueza 64,7% (n=11) e irritabilidade 58,8% (n=10), seguidos por unhas fracas 47,1% (n=8) e tontura 47,1% (n=8), além de outros como queda de cabelo 41,2% (n=7) e dor de cabeça 29,4% (n=5), podendo ser referido mais de um sintoma por pessoa. Apenas 11,8% (n=2) dos indivíduos afirmaram não apresentar nenhum sintoma.

Ademais, existem outros sintomas relacionados a esses tipos de dietas, como por exemplo intolerância ao frio, fadiga, dificuldade de concentração, euforia, constipação ou

diarreia, pele seca, erupções cutâneas, hálito cetônico anemia e irregularidades menstruais. Estes se devem ao fato dessas dietas serem deficientes em vitamina A vitamina C, vitamina E, vitamina B6, tiamina, riboflavina, fosfato, cálcio, ferro, potássio, magnésio e fibras (BALADIA; MANERA; BASULTO, 2008; BETONI; ZANARDO; CENI, 2010).

As tabelas 5, 6 e 7 apresentam a classificação de comportamento de risco para transtornos alimentares, a classificação de sintomatologia relacionada à bulimia nervosa e a classificação da gravidade da sintomatologia relacionada à bulimia nervosa, respectivamente.

Tabela 5 – Classificação de comportamento de risco para transtornos alimentares segundo questionário EAT-26. São Paulo, 2017.

Classificação	Total de indivíduos	Porcentagem (%)
Normalidade	29	58
Provável caso de Anorexia Nervosa	21	42
Total	50	100

Tabela 6 – Classificação de sintomatologia relacionada à bulimia nervosa segundo questionário BITE. São Paulo, 2017.

Classificação	Total de indivíduos	Porcentagem (%)
Risco baixo ou nulo	14	28
Risco médio	18	36
Risco alto	18	36
Total	50	100

Tabela 7 – Classificação da gravidade da sintomatologia relacionada à bulimia nervosa segundo questionário BITE. São Paulo, 2017.

Classificação	Total de indivíduos	Porcentagem (%)
Gravidade baixa ou nula	24	64,9
Gravidade média	10	27,0
Gravidade alta	3	8,1
Total	37	100

Ainda que, neste estudo, a maioria dos participantes não tenham apresentado um provável caso de Anorexia Nervosa ou um possível risco de Bulimia nervosa, notou-se um considerável número dos que apresentaram os mesmos, fato este preocupante pois pressupõe que ainda haja uma significativa parcela de indivíduos que possuem tendências para estes tipos de enfermidades (BARBOSA; BERGER, 2017).

A tabela 8 apresenta a análise da associação entre os resultados do questionário EAT-26 e do BITE. Houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) pois a maioria que tinha risco alto de sintomatologia para bulimia nervosa foi também classificada como provável caso de anorexia nervosa ($n=13$) e 13 indivíduos com risco baixo ou nulo para bulimia nervosa foram classificados como normais para o risco de transtornos alimentares.

Tabela 8 – Distribuição dos indivíduos segundo a classificação do risco para transtornos alimentares pelo EAT-26 e a classificação da sintomatologia relacionada à bulimia nervosa pelo BITE. São Paulo, 2017.

Classificação da sintomatologia relacionada à bulimia nervosa pelo BITE	Classificação do risco para transtornos alimentares pelo EAT-26		Total	Valor p*
	Normalidade	Provável caso de anorexia nervosa		
Risco baixo ou nulo	13	1	14	0,001
Risco médio	11	7	18	
Risco alto	5	13	18	
Total	29	21	50	

*teste do qui-quadrado

Na tabela 9, não foi observada associação entre a classificação do EAT-26 e a classificação do índice de massa corporal ($p \geq 0,05$) pois entre os classificados como normalidade no risco para transtornos alimentares, a maioria (76%) estava na eutrofia, e entre os prováveis casos de anorexia nervosa também se observou 67% de eutróficos.

Tabela 9 – Distribuição dos indivíduos segundo classificação do risco para transtornos alimentares pelo EAT-26 e a classificação do índice de massa corporal (IMC). São Paulo, 2017.

Classificação do IMC	Classificação do risco para transtornos alimentares pelo EAT-26		Total	Valor p*
	Normalidade	Provável caso de anorexia nervosa		
Baixo peso	---	2	2	0,389
Eutrofia	22	14	36	
Sobrepeso	5	4	9	
Obesidade	2	1	3	
Total	29	21	50	

*teste do qui-quadrado

Uma análise realizada por Nunes et al. (2001) o qual, também se utilizou de testes qui-quadrado para avaliar sua amostra, do mesmo modo que no presente estudo, apresentou em sua maioria uma amostragem com uma média de IMC normal, mesmo entre as participantes consideradas com algum transtorno alimentar.

Contudo, notou-se que uma parcela significativa das mulheres jovens que continham peso adequado para a estatura e a idade, ainda assim, revelaram um desejo por um corpo mais magro. Este fato indica que há uma discrepância entre o peso real e o ideal, a qual leva o indivíduo a um estado de constante insatisfação corporal (NUNES et al., 2001; KAKESHITA; ALMEIDA, 2006).

Esta insatisfação possui uma influência significativa em relação ao comportamento alimentar, já que esta induz o indivíduo a praticar dietas para perder peso, ato que possibilita

futuramente o desenvolvimento de transtornos alimentares (NUNES et al., 2001; KAKESHITA; ALMEIDA, 2006).

Não se observou associação estatisticamente significativa entre a quantidade de calorias consumida relatada e a classificação do EAT-26 (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição dos indivíduos segundo classificação do risco para transtornos alimentares pelo EAT-26 e a quantidade de calorias média consumida referida. São Paulo, 2017.

Calorias da dieta (média em kcal)	Classificação do risco para transtornos alimentares pelo EAT-26		Total	Valor p*
	Normalidade	Provável caso de anorexia nervosa		
500-1000	---	1	1	0,460
1000-1500	1	2	3	
1500-2000	9	8	17	
2000-2500	2	3	5	
2500-3000	4	2	6	
Não sei	13	5	18	
Total	29	21	50	

*teste do qui-quadrado

Apesar de neste estudo, não ter havido relação entre a quantidade de calorias consumida relatada e a classificação do EAT-26, existem estudos que comprovam essa correlação. Um exemplo é na obra de Jorge e Vitalle (2008), a qual declara que em indivíduos com anorexia há um aporte calórico diário baixo, que varia de 700 a 1000 kcal, mas que na prática clínica, podem ocorrer casos de valores ainda mais inferiores, pelo fato de algumas pacientes relatarem jejum frequente chegando, portanto, a um consumo diário menor que 700 kcal.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, apesar do presente estudo ter apresentado, em sua maioria, indivíduos que não realizaram dietas restritivas, uma pequena parcela afirmou praticá-las. Dentre as praticantes, houveram diversos indícios de provável caso de Anorexia Nervosa e de risco para o desenvolvimento de Bulimia Nervosa, fato este que comprova a ideia de que dietas restritivas contribuem de forma significativa para o desenvolvimento de Anorexia e Bulimia nervosa.

Portanto, os malefícios e as consequências das dietas restritivas devem ser alertados por profissionais da área da saúde, os quais necessitam estar preparados para orientar e incentivar seus pacientes a desfrutarem do consumo de uma alimentação balanceada somada a prática regular de atividade física a fim de lhes proporcionar uma melhor qualidade de vida.

6. REFERÊNCIAS

ABREU E.S., et al. Parâmetros nutricionais de dietas anunciadas na imprensa leiga destinada ao público masculino e feminino. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 3, p. 206-213, set./dez. 2013.

ALVARENGA, M.S., et al. Influência da mídia em universitárias brasileiras de diferentes regiões. **J Bras Psiquiatr.** v.59, n.2, p.111-118, 2010.

ALVARENGA, M.S.; SCAGLIUSI, F.B.; PHILIPPI, S.T. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. **Rev Psiq Clín.**, v.38, n.1, p. 3-7, 2011.

ALVES, E. et al. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.503-512, mar, 2008.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. **J Am Diet Assoc.** v.106, p. 2073-2082, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

ANDRADE, A.; BOSI, M.L.M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.16, n.1, p.117-125, 2003.

APPOLINÁRIO, J.C.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares. **Rev Bras. Psiquiatr.** v.22, n. (Supl II) p.28-31, 2000.

ARAÚJO, A. C.; NETO, F.L. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o dsm-5. **Jornal de Psicanálise**, v.46, n.85, p.99-116, 2013.

ASSUMPÇÃO, C.L.A.; CABRAL, M.D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. **Rev. Bras Psiquiatr.**, v.42, n. (Supl. III), p. 29-33, 2002.

BALADIA, E.; MANERA, M.; BASULTO, J. Las dietas hipocalóricas se asocian a una ingesta baja de algunas vitaminas: una revisión. *Actividad Dietética*. v.2, p.69-75, 2008.

BARBOSA, R.H.S.; BERGER, S.M.D. Abuso de drogas e transtornos alimentares entre mulheres: sintomas de um mal-estar de gênero? **Cad. Saúde Pública**. v.33, n.1, n.p., 2017.

BETONI, F.; ZANARDO, V.P.S.; CENI, G.C. Avaliação de utilização de dietas da moda por pacientes de um ambulatório de especialidades em nutrição e suas implicações no metabolismo. **ConScientia e Saúde.**, v.9, n.3, p.430-440, 2010.

BIGHETTI, F. **Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto, SP.** 2003. 101p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BRINKWORTH, G.D., et al. Long-term effects of a very-low-carbohydrate weight loss diet compared with an isocaloric low-fat diet after 12 mo. **Am J Clin Nutr.** v.90, n.1, p.23-32, 2009.

CLAUDINO, A. M.; BORGES, M.B.F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 24, n. (Supl III), p. 7-12, 2002.

- CORDÁS, T.A.; HOCHGRAF, P.B. O "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa versão para o português. **J Bras Psiquiatr.**, v.42, n.3, p.141-144, 1993.
- CORDÁS, T. A.; CLAUDINO A. M. Transtornos Alimentares: fundamentos históricos. **Rev. Bras Psiquiatr.**, S.I., v.24, n.(Supl III), p.3-6, 2002.
- CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e Diagnóstico. **Rev. Psiq. Clin.**, v. 31, n. 4, p. 154-157, 2004.
- COSTA, M. F. **Dicionário de Termos Médicos**. S.I: Porto Editora, 2014. n.p.
- FREEDMAN, M.R.; KING, J.; KENNEDY, E. Popular diets: a scientific review. **Obesity Research**. v.9, n.1, p.1- 40, 2001.
- FREEMAN, C.P.; HENDERSON, M. A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. **The British Journal of Psychiatry**. v.152, n. 4, p. 575-577, 1988.
- GARNER, D.M. et al. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. **Rev. Psychological Medicine**, Toronto, v.12, p. 871-878, 1982.
- GONÇALVES, T. D., et al. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. **J Bras Psiquiatr**. v.57, n.3, p.166-170, 2008.
- JORGE, S. R. F.; VITALLE, M. S. S. Entendendo a anorexia nervosa: foco no cuidado à saúde do adolescente. **Arq Sanny Pesq Saúde**. v.1, n.1, p. 57-71, 2008.
- KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S. S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. **Rev Saúde Pública**. v.40, n.3, p.497-504, 2006.
- LATTERZA, A. R., et al. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Rev. Psiqu. Clin**. v.31, n.4, p.173-176, 2004.
- LEAL, G.V.S., et al. O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes? **Rev. J Bras Psiquiatr.**, v. 62, n.1, p. 62-75, 2013.
- LEÃO, J. M. **Imagem corporal e marcadores de risco para transtornos alimentares em adolescentes de Ouro Preto, MG**. 2012.164p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Nutrição) - Escola de Nutrição, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2012.
- LIMA, N.L.; ROSA, C.O.B.; ROSA, J.F.V. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.11, n.3, 2008.
- MAGALHÃES, V.C; MENDONÇA, G.A.S. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários auto preenchíveis. **Rev. Bras Psiquiatr**. v.8, n.3, p. 236-245, 2005.
- MATTOS, J.M.; ALMEIDA, L.S. Significações e subjetividade em mulheres portadoras de transtornos alimentares. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 51-69, 2008.
- MORGAN, C.M.; VECCHIATTI, I.R.; NEGRÃO, A.B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. **Rev. Bras Psiquiatr**. v. 24, n. (Supl III), p. 18-23, 2002.
- NIELSEN, S. Epidemiology and Mortality of Eating Disorders. **Psychiatr Clin North Am**. V.24, n.2, p. 201-214, 2001.

NUNES, M. A. et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). **Rev. ABP-APAL**.v.16, n.1, p.7-10, 1994.

NUNES, M. A. et al. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Rev Bras Psiquiatr**. v.23, n.1, p.21-27, 2001.

PALMA, R.F.M.; SANTOS, J.E.; RIBEIRO, R.P.P. Evolução nutricional de pacientes com transtornos alimentares: experiência de 30 anos de um Hospital Universitário. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.26, n.6, p. 669-678, 2013.

SAIKALI, C.J.; et al. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Rev. Psiq. Clin.**, v.38, n.4, p. 164-166, 2004.

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

STRINGHINI, M. L. F., et al. Vantagens e desvantagens da dieta Atkins no tratamento da obesidade. **Salusvita**, Bauru, v. 26, n. 2, p. 257-268, 2007.

TOLEDO, V.P.; RAMOS, N.A.; WOPEREIS, F. Processo de Enfermagem para pacientes com Anorexia Nervosa. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.64, n.1, p.193-197, 2011.

TRAEBERT, J.; MOREIRA, E. A. M. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. **Pesqui Odontol Bras**, v. 15, n. 4, p. 359-363, out. /dez. 2001.

VIANA, V.; SANTOS, P. L.; GUIMARÃES M. J. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma Revisão da Literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.9, n.2, p. 209-231, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: WHO, 1997.

YANCY, W.S.JR., et al. A randomized trial of a low-carbohydrate diet vs orlistat plus a low-fat diet for weight loss. **Arch Intern Med**. v.170, n.2, p. 136-145, jan. 2010.

Contatos: gekomoni@hotmail.com (aluno) e andrea.romero@mackenzie.br (orientador).