

**PRÁTICA DE DIETAS E RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES:
REVISANDO AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS**Nicole Biângulo de Freitas¹, Camilla Kellen de Souza Cardoso²**RESUMO**

A busca incansável pelo “corpo perfeito” gera a insatisfação corporal e a associação equivocada de magreza com saúde e sucesso, pensamento que costuma estar presente na gênese dos transtornos alimentares (TAs). Identificar na literatura científica a associação entre a prática de dietas e os TAs. Estudo de revisão sistemática da literatura científica com pesquisa nas bases de dados Scielo, Pubmed e Science Direct. O período de busca dos artigos para a revisão foi de maio a setembro de 2019, considerando publicações dos últimos 10 anos. Foi observado uma prevalência importante de alta pontuação dos questionários: Teste de atitudes alimentares-26 (EAT-26), Teste de investigação bulímica de Edimburgo (BITE), Questionário de Atitudes socioculturais em relação à aparência-3 (SATAQ-3), Questionário de comportamentos alimentares arriscados (BQREB) e Questionário de identificação da ortorexia nervosa (ORTO-15) naqueles que faziam dieta, com ou sem acompanhamento, em especial em mulheres jovens. A realização de dietas está associada com o desenvolvimento de TAs.

Palavras-chave: Dieta. Dieta restritiva. Transtornos alimentares.

ABSTRACT

Diets and risk practice for food disorders: reviewing scientific evidence

Tireless search for the “perfect body” generates body dissatisfaction and the mistaken association of thinness with health and success, a thought that is often present in the genesis of eating disorders (ED). To identify in the scientific literature the association between diet practice and ATs. Systematic review of the scientific literature with research in Scielo, Pubmed and Science Direct databases. The search period for articles for review was from May to September 2019, considering publications from the last 10 years. An important prevalence of high score of the questionnaires was observed: Eating Attitudes Test-26 (EAT-26), Edinburgh Bulimic Investigation Test (BITE), Sociocultural Attitudes to Appearance Questionnaire-3 (SATAQ-3), Risky Eating Behavior Questionnaire (BQREB), and Orthorexia Nervous Identification Questionnaire (ORTO-15) in those who were dieting, with or without follow-up, especially in young women. Dieting is associated with the development of EDs.

Key words: Diets. Restrictive diets. Eating disorders.

1 - Graduanda em Nutrição, Pontifícia Universidade Católica de Goiás-PUC, Goiás, Brasil.

2 - Nutricionista, Doutora em Ciências da Saúde FM/UFG, Docente do curso de Nutrição, Pontifícia Universidade Católica de Goiás-PUC, Goiás, Brasil.

E-mail dos autores
nicolebiangulo@hotmail.com
camilacardso_nut@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TAs) são considerados distúrbios psiquiátricos que se manifestam por meio de desordens alimentares de origem multifatorial (Silva e colaboradores, 2018).

Os principais tipos de TAs são anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), e transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP).

Ademais temos a Ortorexia Nervosa (ON), que ainda não é definida como TA, mas sim como transtorno obsessivo compulsivo (Vale, Kerr, Bosi, 2011).

As mulheres jovens, ou seja, aquelas entre 15 e 24 anos de idade compõem o público-alvo mais acometido por TAs (Alvarenga e colaboradores, 2016).

Dados epidemiológicos apontam para uma baixa prevalência desses distúrbios, sendo de 0,5 a 4,2%, onde 90% casos são compostos pelo sexo feminino (Prisco e colaboradores, 2013).

Nesse aspecto, um estudo feito com 2.483 universitárias brasileiras demonstrou que cerca de 30% dessas tinham algum TA (Alvarenga, Scagliusi, Philippi, 2011).

Trata-se de um dado alarmante pois, sabe-se que o comprometimento do estado nutricional decorrente desses distúrbios pode ocasionar sérias complicações cardiovasculares, endócrinas, reprodutivas e hematopoiéticas (Cecon, Gusmão, Priore, 2014).

Além disso, em TAs com vômito autoinduzido também são visualizadas complicações dentárias e oroesofágicas, como por exemplo, erosão dental, gengivite, esofagite, entre outras (Lima, Coutinho, Holanda, 2012).

Em dias atuais, nota-se que o aumento desses TAs é favorecido, em especial, pela imposição que a mídia social e a sociedade exercem acerca de “padrões estéticos” identificados pela constante valorização da magreza e por métodos cada vez mais árduos para conquistar esses padrões (Brandt e colaboradores, 2019).

Sendo assim, a busca incansável pelo “corpo perfeito” gera a insatisfação corporal e a associação equivocada de magreza com saúde e sucesso, pensamento que costuma estar presente na gênese dos TAs. Diante de tais circunstâncias, inicia-se a realização de dietas restritivas, geralmente de forma

indiscriminada, sem o devido acompanhamento profissional, compondo assim uma das causas mais comuns para o desenvolvimento dos TAs (Witt, Schneider, 2011).

Nesse contexto, esses comportamentos podem causar sérias consequências físicas além de psicológicas, as quais, ausentes de acompanhamento profissional adequado podem resultar em óbito.

Portanto, identificar os fatores pontuais que podem resultar nesse quadro clínico é fundamental para implementar as medidas de prevenção, controle e tratamento.

Logo, o objetivo desse estudo foi avaliar na literatura científica a associação entre a prática de dietas e o risco para transtornos alimentares.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de revisão sistemática da literatura científica com pesquisa nas bases de dados Scielo, Pubmed e Science Direct.

O período de busca dos artigos para essa revisão foi de maio a setembro de 2019. O recorte temporal considerado para as publicações foi dos últimos 10 anos, sendo que um máximo de 20% das referências poderia ser advindo de períodos anteriores para composição dos resultados.

Foram empregados os seguintes descritores em saúde (DeCS): dietas da moda, modismos alimentares, dieta, transtornos de ingestão de alimentos e transtornos alimentares (fad diets, eating fads, food intake disorders, eating disorders).

Além disso, foram utilizados os termos de pesquisa: restrição alimentar, dietas restritivas (food restriction, restrictive diets). Os critérios de inclusão adotados foram estudos transversais, coorte e caso-controle, com jovens, adultos e idosos, sobre dietas restritivas e TAs. Por outro lado, foram excluídos estudos de revisão de literatura, ensaio clínico, com crianças ou gestantes.

A avaliação dos artigos foi feita, à princípio, por meio da leitura de títulos, seguida dos resumos e, posteriormente leitura do artigo na íntegra.

Caso esses estivessem em conformidade com os critérios supracitados era, então, selecionados para o Quadro 1, de resultados, conforme Figura 1.

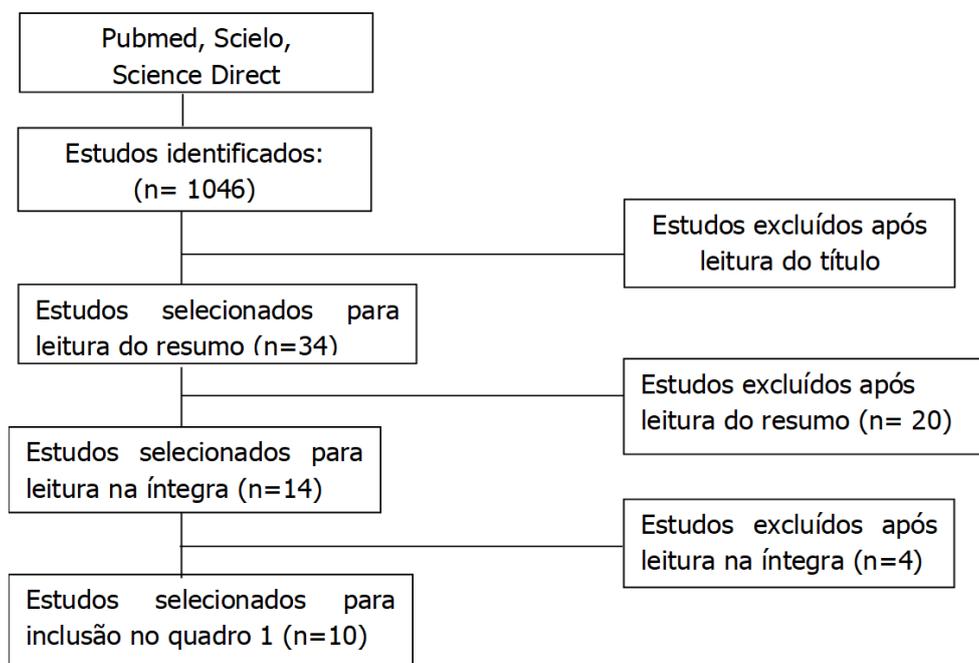


Figura 1 - Fluxograma de pesquisa e seleção dos artigos para esse estudo

RESULTADOS

No quadro 1 estão resumidos os dados dos 10 artigos selecionados para o presente trabalho. Entre os tipos de estudos,

podemos citar transversais e coorte. O total de participantes foi de 15427, sendo a maioria do sexo feminino, e a faixa etária foi de 11 a 70 anos.

Quadro 1 - Estudos sobre associação de práticas de dietas e risco de desenvolvimento de transtornos alimentares.

Autor/ano	Tipo de estudo	População	Resultados
Dunker, Fernandes, Carreira-Filho (2009)	Transversal associado a coorte São Paulo (Brasil)	183 participantes Sexo feminino Idade: 15-18 anos	Prática de dieta (3 a 4 vezes/semana): ↑EAT-26 (p=0,031) Escore SATAQ-3+: ↑EAT (p=0,043) Comportamentos de risco para TAs estiveram em associação com o sobrepeso, obesidade e prática de dietas.
Haines e colaboradores (2010)	Coorte prospectiva Boston (Estados Unidos)	7172 participantes Ambos os sexos Idade: 11-17 anos	Adolescentes que faziam dieta tiveram 41% de chances de desenvolverem TAs em comparação as que não faziam
Minzon (2010)	Transversal Analítico Campo Grande (Brasil)	136 participantes Ambos os sexos Idade: 12-14 anos	Prevalência de dieta: 41,2% Entre esses, 25,9% tinham o EAT-26+, em comparação aos 5% de EAT-26+ naqueles que não faziam dieta (p<0,001)
Lima, Rosa, Rosa (2012)	Transversal Descritivo Belo Horizonte (Brasil)	227 participantes Sexo feminino Idade: 18-19 anos	Prevalência de EAT-26+: 20,7% Prevalência BITE+: 15,4% Prevalência de jejuar o dia inteiro: 47,0%
Watson e colaboradores (2014)	Transversal descritivo associado a uma coorte (1989 a 2009) Dados de 2009 Hong Kong (China)	1230 participantes Sexo feminino Idade (n=259): 12-17 anos Idade (n= 979): 18-35 anos	Mulheres adultas que omitiam o almoço e relatavam alto consumo de proteína tiveram, respectivamente, 26,0% e 13,0% mais chance de desordens alimentares em comparação as demais
Haynos e colaboradores (2016)	Coorte longitudinal Minneapolis (EUA) Coleta 1: 1998-1999 Coleta 2: 5 anos depois	243 participantes Sexo feminino e masculino Idade: 12-18 anos	Após coleta 2: Adolescentes que realizavam dietas por pares (<i>peer dieting</i>) tiveram risco 1,3 vezes (30,0%) maior de ter desordem alimentar restritiva em comparação aos que não faziam (p= 0,022)

Bojorquez e colaboradores (2018)	Transversal descritivo Tijuana (México)	2322 participantes Sexo feminino Idade: 18-65 anos	Prevalência de dieta: 24,8% (IC95% 22,4 – 27,3) Risco de desordens alimentares <i>BQREB</i> : 2,0% (IC95% 1,4-3,0)
Silva e colaboradores (2018)	Transversal Descritivo Curitiba (Brasil)	238 participantes Ambos os sexos Idade: 14-20 anos	Prevalência EAT-26+: 19,3% Evidenciado também por meio da relação do fator dieta e bulimia, especialmente entre as mulheres
Brandt e colaboradores (2019)	Transversal Analítico Campina Grande (Brasil)	850 participantes Sexo feminino Idade: 15-18 anos	Prevalência de jejum: 29,9% Dessas, 60,2% tinham risco presente de bulimia (p=0,001) Prevalência dieta rigorosa: 7,6% Dessas, 72,3% tinham risco presente de bulimia (p=0,001)
Dell'osso e colaboradores (2019)	Transversal Analítico Pisa, Itália	2826 participantes Ambos os sexos Idade: 18 a 70 anos	Dieta convencional X dieta vegana/vegetariana Score ORTO-15: 37,4±3,9 X 35,2±4,8 (p< 0,001) Prevalência de sintomas de ortorexia: 30,2% X 53,0% Dieta vegana/vegetariana: 2,5 vezes mais chance de sintomas ortoréxicos

Legenda: BITE+= Teste de investigação bulímica de Edimburgo. BQREB= Questionário de comportamentos alimentares arriscados. EAT-26= Teste de atitudes alimentares-26. ORTO 15= Questionário de identificação da ortorexia nervosa. *Peer Dieting*: Dietas de pares (dietas em duplas ou grupos de pessoas). SATAQ-3= Questionário de Atitudes socioculturais em relação à aparência- 3.

DISCUSSÃO

Com passar dos anos, a prevalência dos TAs tem aumentado de uma forma considerável. Fato esse observado ao compor a 3ª doença crônica mais comum entre adolescentes, principalmente no sexo feminino, representando as maiores taxas de mortalidade em transtornos mentais (Kavitha, Vivek, Hedge, 2011; Hermont e colaboradores, 2013).

Além disso, uma a cada 5 pessoas anoréxicas morre por suicídio, demonstrando os efeitos fatais dos TAs (Arcelus e colaboradores, 2011).

Dentre os TAs, tem-se a AN que é caracterizada pela incessante e obsessiva busca pela magreza, associada com a distorção de imagem corporal (DIC) gerando o desejo pela permanência do baixo peso, ainda que represente riscos à saúde (Castro, Brandão, 2014).

A BN é manifestada pela compulsão alimentar periódica, ocasionada por ciclos de restrição e exageros alimentares, associada com a prática de métodos purgativos, tais como: indução do vômito, usos de laxantes e diuréticos. Sendo o diagnóstico confirmado na presença desses comportamentos, ao menos, duas vezes na semana em um período mínimo de três meses (Leonidas, Santos, 2015).

A ON ainda não foi definida como TA, contudo, trata-se de um transtorno obsessivo compulsivo, marcado pela obsessão por uma dieta impecável, causando um tipo de preocupação excessiva com a qualidade dos alimentos, os quais devem ser livres de

transgênicos, corantes, conservantes, agrotóxicos e qualquer outra substância que possa “ameaçar” a saúde, o qual também se restringe alimentos ricos em sal, açúcar e gordura (Martins e colaboradores, 2011).

O TCAP, por sua vez é caracterizado pelo rápido e elevado consumo alimentar em até duas horas, seguido da presença de desconforto, sentimento de culpa e frustração posteriores ao descontrole alimentar, sendo o diagnóstico realizado quando tais manifestações acontecem com frequência de, no mínimo, duas vezes por semana por durante seis meses (Tramontt, Schneider, Stenzel, 2014).

Para rastreamento e diagnóstico desses quadros, diversos instrumentos são empregados e foram igualmente utilizados nos estudos avaliados por essa revisão (Dunker, Fernandes, Carreira-Filho, 2009; Minzon, 2010; Bojorquez e colaboradores, 2018; Silva e colaboradores, 2018; Dell'osso e colaboradores, 2019).

Dentre eles, o Teste de Atitudes Alimentares-26 (Eating Attitudes Test-EAT-26) que contempla 26 perguntas que avaliam os fatores de risco associados ao desenvolvimento dos TAs, abordando três bases principais: dieta, bulimia e preocupação com os alimentos e o autocontrole oral (Bighetti e colaboradores, 2004).

O EAT-26 é um instrumento amplamente utilizado e o escore maior que 21 evidencia a predisposição aos TAs (Bighetti e colaboradores, 2004; Fortes e colaboradores, 2016).

Outro instrumento é o Questionário de Identificação da Ortorexia Nervosa (Orthorexia nervosa identification questionnaire-ORTO-15) o qual é composto por 15 perguntas, as quais, quando resultam em uma pontuação abaixo de 40 pontos confirmam comportamentos de risco para a ON (Donini e colaboradores, 2005).

Nesse questionário são avaliadas atitudes sobre escolha, compra, preparo e consumo dos alimentos (Donini e colaboradores, 2005; Penaforte e colaboradores, 2018).

Já o Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (Edinburgh Bulimic Research Test-BITE) é usado na avaliação de comportamentos bulímicos, como por exemplo, a ingestão excessiva de alimentos e a realização comportamentos purgativos por meio de 33 questões, onde o escore >5 já é considerado clinicamente significativo (Cordás, Hochgraf, 1993).

Por sua vez, o Questionário de Atitudes Socioculturais em Relação à Aparência-3 (Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-SATAQ-3) é muito utilizado para avaliar a influência da pressão sociocultural e a incorporação do padrão estético idealizado (Túry, Güleç, Kohls, 2010).

Esse instrumento abrange 30 itens dispostos em quatro subescalas: internalização geral, internalização atlética, mídia como fonte de informações sobre aparência e a subescala da pressão.

Desse modo, as pontuações mais elevadas representam maiores correlações com distúrbios alimentares (Thompson e colaboradores, 2004).

Por fim, o Questionário de comportamentos alimentares arriscados (Risky eating behaviors questionnaire-BQREB), também aplicado nos estudos analisados, cuja pontuação de corte varia de 7 a 13 pontos.

Sendo que, a maior pontuação corresponde a uma maior frequência de comportamentos alimentares arriscados como aqueles restritivos e purgativos, compulsão alimentar, bem como preocupação excessiva com o peso ao longo de três meses (Unikel-Santoncini, Bojorquez-Chapela, 2004; Barriguete-Meléndez e colaboradores, 2009).

Após análise dos artigos, foi possível notar alguns fatores associados ao desenvolvimento de TAs, entre eles estão os padrões alimentares restritivos, que foram potencializados por variáveis sociodemográficas como idade e sexo

(Dunker, Fernandes, Carreira-Filho, 2009; Haines e colaboradores, 2010; Watson e colaboradores, 2014; Bojorquez e colaboradores, 2018; Silva e colaboradores, 2018; Brandt e colaboradores, 2019).

O vegetarianismo é um tipo de padrão alimentar restritivo e que tem conquistado adeptos no mundo todo é o vegetarianismo, que é descrito basicamente por meio da exclusão de carne da alimentação, podendo tolerar o consumo de ovos e laticínios. Em contrapartida, o veganismo é ainda mais restrito, pois restringe todo e qualquer tipo de alimento ou produto de origem animal, alimentício ou não (Allende, Díaz, Aguero, 2017).

Esses dois tipos de padrões alimentares, são por um lado considerados padrões saudáveis devido à grande variedade de alimentos in natura como frutas, verduras, legumes e cereais integrais. De acordo com a American Dietetic Association (ADA) a dieta vegetariana, quando realizada de forma correta, pode conferir inúmeras vantagens nutricionais, por meio do alto consumo de fibras, vitaminas, mineiras, antioxidantes e baixa ingestão de colesterol e gorduras saturadas (Miranda e colaboradores, 2013).

Mas por outro lado, conforme Dell'osso e colaboradores (2019), tais estilos de vida podem aumentar em 2,5 vezes o risco para ON.

Visto que, o vegetarianismo e o veganismo necessitam de cuidados mais precisos com a escolha e qualidade dos alimentos. Desse modo, seus adeptos podem desenvolver a ON indiretamente (Bartrina, 2007).

Outro fator associado a esse quadro foram as dietas restritivas pelo aumento do consumo de proteína em detrimento aos outros macronutrientes.

A proteína é imprescindível para diversas funções orgânicas, visto ser responsável pelo crescimento e manutenção da massa muscular, além de da atuação no sistema imunológico (Vaz e colaboradores, 2016).

Contudo, mesmo diante da sua importância, o elevado consumo proteico, de forma indiscriminada, pode gerar o aumento da calciúria, sobrecarga renal, uremia e acidose metabólica (Pedrosa, Donato Junior, Tirapegui, 2009).

A recomendação de proteína para pessoas saudáveis conforme a Recommended Dietary Allowances (RDA) é de 0,8g/kg de

peso corporal por dia ou 10 a 35% do valor energético total (VET).

Dessa forma, a ingestão superior ao preconizado consiste em um alto consumo proteico, caso não haja essa necessidade (IOM, 2005).

Segundo Watson e colaboradores (2014), a fixação por dietas hiperproteicas pode elevar em 13% a chance para TAs. Isso acontece pelo fato de a dieta hiperproteica ser considerada restritiva, e desse modo, pode contribuir com o desenvolvimento de TAs, incluindo a vigorexia, já que, esse é um tipo de estratégia muito utilizada por indivíduos que almejam a hipertrofia (Ferreira, 2018).

O hábito de pular refeições, outro aspecto observado, é considerado um tipo de desordem alimentar erroneamente frequente em pessoas que desejam perder peso (Alvarenga e colaboradores, 2013).

Contudo, esse hábito se relaciona com um maior aparecimento de obesidade, devido ao hipometabolismo e/ou compensação de alimentos nas próximas refeições, a qual pode ser prevenida por meio de um padrão regular de refeições saudáveis (Couto e colaboradores, 2014).

Conforme foi citado por Watson e colaboradores (2014), tal prática pode aumentar em 26% o risco para TAs, em especial pelo risco do comer compensatório seguido de atos purgativos.

A prática de jejum, outro fator evidenciado, é realizado por meio de alguns protocolos, os quais podem ser classificados em jejum diurno, intermitente ou alimentação com restrição de tempo (Mattson, Longo, Harvie, 2017).

Esse tipo de estratégia é capaz de promover o emagrecimento por meio do déficit calórico alcançado pelo jejum.

Entretanto, a permanência dessa prática pode levar a ocorrência de hipoglicemia, diminuição da leptina, (hormônio da saciedade) bem como a depleção do glicogênio hepático e muscular (Obert e colaboradores, 2017).

Segundo Brandt e colaboradores (2019), a prática de jejum também constituiu 60,2% de risco presente para bulimia, além de ser caracterizado como fator de risco para TAs, possivelmente visto os episódios de compensação (Leal e colaboradores, 2013).

Com o passar dos anos é notória a modificação dos padrões de estéticos. Antigamente, em períodos de escassez de alimentos, mulheres mais “robustas” eram

consideradas mais belas e representavam poder, fertilidade e grandiosidade.

Contudo, em tempos de fácil acesso alimentos e alta prevalência de obesidade, a magreza tem sido mais valorizada e, erroneamente, relacionada com saúde e sucesso (Oliveira, Hutz, 2010).

E, nesse sentido, as mídias sociais propagam padrões de beleza cada vez menos possíveis de serem alcançados, propiciando a distorção de imagem corporal até em pessoas eutróficas, as quais passam a se enxergar obesas, o que contribui com o aumento da insatisfação corporal e a propensão aos TAs (Ferrero, 2009).

Logo, pode-se notar que, adolescentes e jovens, principalmente do sexo feminino compõe o público mais acometido por TAs (Dunker, Fernandes, Carreira-Filho, 2009; Minzon, 2010; Haynos e colaboradores, 2016; Silva e colaboradores, 2018; Brandt e colaboradores, 2019).

Isso acontece pelo fato de tais pessoas serem mais suscetíveis para a influência de padrões estéticos idealizados (Martins, Petroski, 2015). Tal vulnerabilidade se dá em razão de esse ser o período da formação de identidade e de valores (Oliveira e colaboradores, 2013).

Ademais, a adolescência é caracterizada pelo início da puberdade, manifestada por alterações corporais, como por exemplo, o aumento de gordura, principalmente no sexo feminino. Tal alteração costuma causar má aceitação pela sociedade, visto que, dificulta a busca pelo “corpo perfeito” (Born e colaboradores, 2013).

Em reflexão ainda, a era das mídias sociais e da tecnologia têm atuado até mesmo na otimização dos corpos, seja removendo marcas, manchas, afinando silhuetas e indo ao encontro de uma perfeição alcançada por ferramentas tecnológicas.

Em virtude disso, tais imagens são impostas para o seguimento de inúmeras pessoas, ainda que não contemplem corpos reais, são tidas como objeto de desejo de seu público.

Assim, corpos comuns são vistos como normais e a saúde confunde-se com uma estética impossível de ser alcançada, resultando em frustração, constrangimento, insatisfação corporal, dietas restritivas e TAs (Hawks, Madanat, Christley, 2008; Alvarenga e colaboradores, 2019).

Nesse contexto, resultados alarmantes podem surgir desde a preocupação

exacerbada com o alimento, DIC, isolamento social, mudanças de humor, sensação de culpa pós-prandial, baixa autoestima, fadiga, abuso de álcool ou drogas, ansiedade, depressão, automutilação e, em casos mais graves, a morte decorrente dos TAs, incluindo o suicídio (Hawks, Madanat, Christley, 2008; Arcelus e colaboradores, 2011).

CONCLUSÃO

Portanto, a intensa busca pelo “padrão ideal de beleza” tem submetido inúmeras pessoas à prática errôneas a fim de atingir o tão almejado estereótipo.

Para tanto, uma das alternativas mais utilizadas tem sido a realização de dietas, principalmente restritivas, com o intuito de obter resultados de forma mais rápida, porém não saudáveis, como costuma ser propagado nas mídias sociais.

Dessa forma, como foi visto, a restrição alimentar ocasionada pela prática de dietas costuma influenciar diretamente no aparecimento dos TAs, os quais podem causar inúmeros tipos de distúrbios e até consequências fatais.

Portanto, torna-se necessária uma campanha de conscientização como forma de diminuição dessas práticas aliadas a uma possível prevenção dos TAs na população, em especial, entre as mulheres jovens.

REFERÊNCIAS

1-Allende, D.; Díaz, F.; Águero, S. Ventajas y desventajas nutricionales de ser vegano o vegetariano. *Advantages and disadvantages of being vegan or vegetarian. Revista Chilena de Nutrición*. Vol. 44. Num. 3. 2017. p. 218-225.

2-Alvarenga, M. D. S.; Lourenço, B. H.; Philippi, S. T.; Scagliusi, F. B. Disordered eating among Brazilian female college students. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 29. Num. 5. 2013. p. 879-888.

3-Alvarenga, M.; Figueiredo, M.; Timerman, F.; Antonaccio, C. *Nutrição comportamental*. 2ª edição. Manole. 2019. p. 596.

4-Alvarenga, M. S.; Koritar, P.; Pinzon, V. D.; Figueiredo, M.; Fleitlich-Bilyk, B.; Philippi, S. T.; Scagliusi, F. B. Validation of the Disordered Eating Attitude Scale for adolescents. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 65. Num. 1. 2016. p. 36-43.

5-Alvarenga, M. S.; Scagliusi, F. B.; Philippi, S. T. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 38. Num. 1. 2011. p. 3-7.

6-Arcelus, J.; Mitchell, A. J.; Wales, J.; Nielsen, S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*. Vol. 68. Num. 7. 2011. p. 724-731.

7-Bartrina, J. Ortorexia ou obsessão por uma dieta saudável. *Alan*. Caracas. Vol. 57. Num. 4. 2007. p. 313-315.

8-Barriguete-Meléndez, J. A.; Unikel-Santoncini, C.; Aguilar-Salinas, C.; Córdoba-Villalobos, J. Á.; Shamah, T.; Barquera, S.; Hernández-Ávila, M. Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico: Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud pública de México*. Vol. 51. Num.1. 2009. p. S638-S644.

9-Bighetti, F.; Santos, C. B. D.; Santos, J. E. D.; Ribeiro, R. P. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 53. Num. 6. 2004. p. 339-346.

10-Bojorquez, I.; Bustos, J.; Valdez, V.; Unikel, C. Life course, sociocultural factors and disordered eating in adult Mexican women. *Appetite*. Vol. 121. Num.1. 2018. p. 207-214.

11-Born, Ar.M.; Nogarolli, A. L.; Gayer, R. S. Caos emocional: a anorexia como resposta. *TCC. Faculdades Integradas Espírita FIES/UNIBEM*. 2013. p.1-14.

12-Brandt, L. M. T.; Fernandes, L. H. F.; Aragão, A. S.; Luna, T. P. C.; Feliciano, R. M.; Auad, S. M.; Cavalcanti, A. L. Comportamento de risco para bulimia em adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*. Vol. 37. Num. 2. 2019. p. 217-224.

13-Castro, P. S.; Brandão, E. R. Tomando a anorexia nervosa como objeto de estudo socioantropológico: aproximação com os sujeitos da pesquisa. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*. Vol. 9. Num. 1. 2014. p. 3-22.

- 14-Cecon, R. S.; Gusmão, L. S.; Priore, S. E. Transtornos alimentares e síndrome metabólica na adolescência. *Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN*. Vol. 6. Num. 1. 2014. p. 47-53.
- 15-Cordás, T. A.; Hochgraf, P. B. O. " BITE": instrumento para avaliação da Bulimia nervosa: versão para o português. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 3. Num. 42. 1993. p. 141-144.
- 16-Couto, S. D. F.; Madruga, S. W.; Neutzling, M. B.; Silva, M. C. D. Frequência de adesão aos " 10 Passos para uma Alimentação Saudável" em escolares adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 19. Num. 5. 2014. p. 1589-1599.
- 17-Dell'osso, L. Abelli, M.; Carpita, B.; Massimetti, G.; Pini, S.; Rivetti, L.; Gorrasi, F.; Tognetti, R.; Ricca, V.; Carmassi, C. Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Revista de Psiquiatria*. Vol. 51. Num 5. 2019. p. 190-196.
- 18-Donini, L. M.; Marsili, D.; Graziani, M. P.; Imbrale, M.; Cannella, C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. Vol. 10. Num. 2. 2005. p. e28-e32.
- 19-Dunker, K. L. L.; Fernandes, C. P. B.; Carreira Filho, D. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 58. Num. 3. 2009. p. 156-61.
- 20-Ferrero, A. Reflexiones sobre la anorexia. *Psicologia em Estudo*. Maringá. Vol. 14. Num. 1. 2009. p. 47-55.
- 21-Ferreira, G.; Salomon, A. L. C. Proposta de Triagem para a vigorexia. TCC. Centro Universitário de Brasília UniCEUB. Brasília. 2018. p. 1-17.
- 22-Fortes, L. D. S.; Amaral, A. C. S.; Almeida, S. D. S.; Conti, M. A.; Ferreira, M. E. C. Qualidades psicométricas do Eating Attitudes Test (EAT-26) para adolescentes brasileiros do sexo masculino. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 2016. Vol. 32. Num. 3. 2016. p. 1-7.
- 23-Haines, J.; Kleinman, K. P.; Rifas-Shiman, S.L. Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. Chicago. Vol. 164. Num. 4. 2010. p. 336-343.
- 24-Hawks, S. R.; Madanat, H. N.; Christley, H. S. Psychosocial associations of dietary restraint: Implications for healthy weight promotion. *Ecology of food and nutrition*. New York. Vol. 47. Num. 5. 2008. p. 450-483.
- 25-Haynos, A. F.; Watts, A. W.; Loth, K. A. Pearson, C. M.; Neumark-Stzainer, D. Factors predicting an escalation of restrictive eating during adolescence. *Journal of Adolescent Health*. Vol. 59. Num. 4. 2016. p. 391-396.
- 26-Hermont, A. P.; Pordeus, I. A.; Paiva, S. M.; Abreu, M. H. N. G.; Auad, S. M. Eating disorder risk behavior and dental implications among adolescents. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 46. Num. 7. 2013. p. 677-683.
- 27-IOM. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes (DRI) for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids. DC: National Academy Press. Washington. 2005. p. 1.331.
- 28-Kavitha, P. R.; Vivek, P.; Hegde, Amitha. Eating disorders and their implications on oral health-Role of dentists. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. Birmingham. Vol. 36. Num. 2. 2011. p. 155-160.
- 29-Leal, G. V. D. S.; Philippi, S. T.; Polacow, V. O.; Cordás, T. A.; Alvarenga, M. D. S. What is adolescents' eating disorder risk behavior? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 62. Num. 1. 2013. p. 62-75.
- 30-Leonidas, C.; Santos, M. A. Family relations in eating disorders: The Genogram as instrument of assessment. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 20. Num. 5. 2015 p. 1435-1447.
- 31-Lima, D. S. M.; Coutinho, V. M.; Holanda, L. C. A. A saúde oral e os transtornos alimentares entre adolescentes. *Revista Brasileira de Odontologia*. Vol. 7. Num. 1. 2012. p. 47-53.

32-Martins, M. C. T.; Alvarenga, M. D. S.; Vargas, S. V. A.; Sato, K. S. C. D. J.; Scagliusi, F. B. Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. *Revista de Nutrição*. Vol. 24. Num. 2. 2011. p. 345-357.

33-Martins, C. B.; Petroski, E. L. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino de uma cidade de pequeno porte: prevalência e correlações. *Motricidade*. Santa Maria da Feira. Vol. 11. Num. 2. 2015. p. 94-106.

34-Mattson, M. P.; Longo, V. D.; Harvie, M. Impact of intermittent fasting on health and disease processes. *Ageing Research Reviews*. Oxford. Vol. 39. Num.1. 2017. p. 46-58.

35-Miranda, D.; Gomes, A.; Morais, J.; Tonetti, T.; Vassimon, H. Qualidade Nutricional De Dietas Vegetarianas. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*. Vol. 8. Num. 2. 2013. p. 163-172.

36-Minzon, J. C. Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares entre adolescentes de uma escola pública de Campo Grande-MS. *Dissertação de Mestrado em Psicologia*. Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, Mato Grosso do Sul. 2010.

37-Obert, J.; Pearlman, M.; Obert, L.; Chapin, S. Popular weight loss strategies: a review of four weight loss techniques. *Current Gastroenterology Reports*. Vol. 19. Num. 12. 2017. p. 61.

38-Oliveira, L. L.; Hutz, C. S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo*. Vol. 15. N. 3. 2010. p. 575-582.

39-Oliveira, J. G.; Carvalho, B. R. A.; Sousa Rosa, H. C.; Santos, L. L., De Moura, T. A.; Moreira, N. S. A anorexia nervosa na adolescência e suas consequências na imagem corporal: um olhar psicanalítico. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. Vol. 5. Num. 12. 2013. p. 40-59.

40-Pedrosa, R. G.; Donato Junior, J.; Tirapegui, J. Dieta rica em proteína na redução do peso corporal. *Revista de Nutrição*. Vol. 22. Num. 1. 2009. p. 105-112.

41-Penaforte, F. R.; Barroso, S. M.; Araújo, M. E.; Japur, C. C. Ortorexia nervosa em estudantes de nutrição: associações com o estado nutricional, satisfação corporal e período cursado. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 67. Num. 1. 2018. p. 18-24.

42-Prisco, A. P. K.; Araújo, T. M.; Almeida, M. M. G.; Santos, K. O. B. Prevalência de transtornos alimentares em trabalhadores urbanos de município do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 18. Num.1. 2013. p. 1109-1118.

43-Silva, G. A.; Ximenes, R. C. C.; Pinto, T. C. C.; Cintra, J. D. S.; Santos, A. V.; Nascimento, V. S. Consumo de formulações emagrecedoras e risco de transtornos alimentares em universitários de cursos de saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 68. Num. 4. 2018. p. 239-246.

44-Thompson, J. K.; Van Den Berg, P.; Roehrig, M.; Guarda, A. S.; Heinberg, L. J. The sociocultural attitudes towards appearance scale-3 (SATAQ-3): Development and validation. *International journal of eating disorders*. Vol. 35. Num. 3. 2004. p. 293-304.

45-Tramontt, C.; Schneider, C.; Stenzel, L. Compulsão alimentar e bulimia nervosa em praticantes de exercício físico. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. Vol. 20. Num. 5. 2014. p. 383-387.

46-Túry, F.; Güleç, H.; Kohls, E. Assessment methods for eating disorders and body image disorders. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 69. Num. 6. 2010. p. 601-611.

47-Unikel-Santoncini, C.; Bojorquez-Chapela, L. Validation of a brief questionnaire to measure the risk of abnormal eating behaviors. *Salud Publica de Mexico*. Vol. 46. Num. 6. 2004. p. 509-515.

48-Vale, A. M. O.; Kerr, L. R. S.; Bosi, M. L. M. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 16. Num.1. 2011. p. 121-132.

49-Vaz, T. L.; Tagliapietra, B. L.; Schuch, N. J.; Blasi, T. C.; De Mattos Margutti, K. M. Consumo de proteínas e sua relação com a

sarcopenia em idosos. *Disciplinarum Scientia*.
Vol. 17. Num. 1. 2016. p. 41-51.

50-Watson, H. J.; Hamer, R.M.; Peat, C. M.;
Kleiman, S. C.; Du, S.; Wang, H.; Bulik, C. M.
Prevalence of screening-detected eating
disorders in Chinese females and exploratory
associations with dietary practices. *European
Eating Disorders Review*. Vol. 23. Num. 1.
2014. p. 68-76.

51-Witt, J. S. G. Z.; Schneider, A. P. *Nutrição
Estética: valorização do corpo e da beleza
através do cuidado nutricional. Ciência &
Saúde Coletiva*. Vol. 16. Num. 9. 2011. p.
3909-3916.

Recebido para publicação em 18/03/2020

Aceito em 06/06/2020