

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Comparação de Atitudes Alimentares Entre
Estudantes do Primeiro e do Último Ano de Curso
de Graduação em Nutrição**

Caroline Zani Rodrigues
Thaís Carlos Correia

**Trabalho de Conclusão apresentado ao 70º
Curso de Graduação em Nutrição da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo.**

**Orientadora: Profª Drª Bárbara Hatzlhofer
Lourenço**

São Paulo
2016

**Comparação de Atitudes Alimentares Entre
Estudantes do Primeiro e do Último Ano de Curso
de Graduação em Nutrição**

**Caroline Zani Rodrigues
Thaís Carlos Correia**

**Trabalho de Conclusão apresentado ao 70º
Curso de Graduação em Nutrição da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo.**

**Orientadora: Profª Drª Bárbara Hatzlhofer
Lourenço**

**São Paulo
2016**

Aos nossos pais, pois sem todo seu cuidado, carinho e afinho no decorrer deste caminho, não teríamos tido a força de persistir e lutar por aquilo que acreditamos.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a Deus e aos mestres espirituais por toda a intuição que recebemos para superar quaisquer dificuldades. Agradecemos pela vida, e pela oportunidade de chegarmos até aqui.

À Faculdade de Saúde Pública, seus docentes e funcionários por todo esforço em nos proporcionar e compartilhar todo seu conhecimento, acreditando naquilo que fazem, e transmitindo todo o carinho que possuem pela Nutrição.

Agradecemos à nossa orientadora Prof^a Dr^a Bárbara Hatzlhoffer Lourenço, por toda a imensa dedicação e cuidado com que faz seu trabalho, nos guiando por meio deste processo com muita afeição, tornando a experiência de pesquisar muito mais interessante e prazerosa do que poderíamos imaginar.

Finalmente, agradecemos aos nossos colegas estudantes de nutrição da Faculdade de Saúde Pública, por cederem um pouco de seu tempo, e de si mesmos, com o nosso projeto, para que ele se tornasse realidade.

“Comer é mais do que jogar lenha na fogueira ou abastecer um carro. Comer é mais do que escolher um alimento e dar para uma criança. Comer e dar de comer refletem nossa atitude e relacionamento com nós mesmos, com os outros e com nossas histórias. Comer tem relação com auto respeito, nossa conexão com nossos corpos e compromisso com a vida.”

Ellyn Satter, 2007

RESUMO

Rodrigues CZ, Correia TC. Comparação de atitudes alimentares entre estudantes do primeiro e do último ano de curso de graduação em Nutrição. [Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação em Nutrição]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2016.

Atitudes alimentares englobam pensamentos, sentimentos, crenças, comportamentos e relacionamento com a comida. O curso de Nutrição constitui-se fase crucial de formação para atuação profissional. Estudantes apresentam crenças, sentimentos e relacionamento particulares com a comida, sendo também influenciados pela formação universitária à qual são expostos. O presente trabalho objetiva caracterizar atitudes alimentares de estudantes do primeiro e do quinto ano do curso de graduação em Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), por meio da utilização da Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas (EAAT). Trata-se de estudo transversal em que todos os estudantes matriculados no primeiro e no quinto ano do curso de graduação em Nutrição da FSP/USP (n=160) foram convidados para voluntariamente responder a um questionário eletrônico estruturado. A EAAT possui 37 itens dispostos em cinco subescalas (“Relacionamento com a comida”, “Preocupação quanto à comida e ganho de peso”, “Práticas compensatórias e restritivas”, “Sentimentos quanto à comida”, e “Ideia do comer normal”), com pontuação total variando entre 37 e 185 pontos, de forma que valores maiores indicam atitudes mais negativas ou transtornadas. Participantes foram caracterizados segundo ano em curso e diferenças na pontuação alcançada na EAAT foram averiguadas por categorias de variáveis (ano em curso e características gerais), por meio de testes não-paramétricos. Do total de participantes (n=80, 91,3% sexo feminino, 75% brancos), 39 cursavam o primeiro ano do curso, com média de idade 20,1 (3,2) anos, e 41 cursavam o quinto ano do curso, com média de idade 23,8 (3,9) anos ($P \leq 0,001$). Fatores como sexo, cor da pele, escolaridade do chefe de família e estado nutricional segundo índice de massa corporal (IMC) não diferiram por ano em curso. Houve diferença significativa na média de pontuação total na EAAT segundo ano em curso, com 63,8 (14,9) pontos entre estudantes do primeiro ano e 51,1 (6,4) pontos

entre aqueles de quinto ano ($P \leq 0,001$). A pontuação em todas as subescalas, com exceção de “Sentimentos quanto à comida”, foi significativamente maior para estudantes de primeiro ano. Não foram detectadas diferenças na pontuação da EAAT e subescalas segundo categorias das características gerais dos estudantes. Notou-se, para o total de alunos, correlação negativa significativa entre pontuação na EAAT e idade ($Rho = -0,3187$, $P = 0,004$), mas o resultado não se manteve quando considerados apenas alunos de primeiro ou quinto ano. Especificamente entre estudantes de primeiro ano, mulheres tiveram maior pontuação na subescala “relacionamento com a comida” que homens ($P = 0,032$) e, para a subescala “preocupação quanto a comida e ganho de peso”, houve associação positiva com IMC ($P = 0,045$). Com o presente estudo, é possível concluir que os alunos da FSP/USP que participaram da aplicação do questionário EAAT obtiveram médias de pontuações que mostraram algumas diferenças atreladas ao ano em curso, sugerindo que a graduação em Nutrição pode influenciar de alguma forma os conhecimentos e pensamentos sobre alimentação. Estudos que analisem mais detalhadamente as atitudes alimentares dos futuros nutricionistas e a influência que o próprio curso tem sobre elas são necessários.

Descritores: Nutricionista; Atitude alimentar; Estudantes; Transtorno alimentar.

SUMÁRIO

Introdução	8
Justificativa	12
Objetivos	13
Métodos	13
Resultados	16
Discussão	24
Conclusão	29
Referências Bibliográficas	30
ANEXO 1 - Questionário	35

INTRODUÇÃO

A alimentação deve ser entendida principalmente como um momento agradável de prazer e de socialização, muito além da simples ingestão de alimentos, frequentemente vistos por meio de uma ótica reducionista, apenas como carreadores da soma de seus nutrientes (POLLAN, 2008). Para o Guia Alimentar para a População Brasileira de 2014, a alimentação considerada mais adequada e saudável possui como base a ingestão de grande diversidade de alimentos *in natura* ou minimamente processados, e as preparações culinárias que são realizadas a partir destes. O Guia aponta que alimentos processados podem fazer parte de uma alimentação adequada, desde que em pequenas quantidades, como parte de preparações ou como acompanhamento, sendo que os alimentos ultraprocessados devem ser evitados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Além disso, considera-se que uma alimentação saudável deve também apresentar equilíbrio, ser moderada, fracionada e completa quanto a nutrientes (TORAL e col., 2009).

O Guia brasileiro afirma, inclusive, que a ideia de que nutrientes isolados causem efeitos específicos tem se tornado gradualmente insuficiente e inapta a explicar a relação existente entre alimentação e saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Tem-se também, que a sensação de bem-estar está mais fortemente relacionada, não com a ingestão de nutrientes específicos, mas com os modos de comer presentes em uma dada cultura e sociedade, que proporcionam senso de identidade e pertencimento social, bem como autonomia e prazer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

No entanto, à época do final do século XX, a alimentação foi reconhecida, de maneira mais intensa, como uma estratégia para promoção de saúde e prevenção de doenças, bem como para o tratamento das mesmas, o que acarretou a realização de pesquisas científicas no campo da nutrição e contribuiu para o favorecimento de uma visão mais biológica e menos ampla e humana da alimentação em sua relação com a saúde no mundo ocidental (SILVA e col., 2002). Nessa perspectiva, dentre os modelos de atenção à saúde, o tradicional modelo biomédico caracteriza-se pela explicação unicausal da doença e fragmentação do indivíduo. Essa visão biologicista unicausal permite uma abordagem direta da doença, mas que, se solitária, torna-se bastante reducionista, não se preocupando com o contexto cultural, biográfico,

familiar, emocional, psicológico e social em que estas condições podem ocorrer (CUTOLO, 2006).

Dadas as limitações da atenção à saúde inerentes ao modelo biomédico, nos anos 1970, o modelo biopsicossocial emergiu com o Movimento da Reforma Sanitária. Não se tratava de se negar o biologicismo, mas de ampliá-lo dentro do contexto sócio-ecológico, configurando uma visão biopsicossocial do ser humano e da atenção à saúde (CUTOLO, 2006).

Na Nutrição, é desejável que a abordagem empregada também use dessa visão mais ampliada para avaliar o padrão alimentar do indivíduo, sem se ater estritamente às questões biológicas relacionadas à nutrição dos seres humanos, já que estes também compartilham várias representações sobre a comida (FERREIRA e col., 2007; SCAGLIUSI e col., 2011). Entretanto, no que compreende a adoção do modelo de atenção biopsicossocial, o desafio imposto à categoria de nutricionistas remete a mudanças estruturais, que têm início na própria formação. Visto que as grades curriculares foram moldadas sob a vertente biológica da atenção clínico-assistencial estruturada no modelo biomédico, junto à deficiente abordagem prestada às questões políticas, socioeconômicas e culturais necessárias, tem-se um grande desafio para articular os conhecimentos biológicos da nutrição com sua dimensão social, prejudicando a percepção da totalidade do fenômeno sob estudo (FERREIRA e col., 2007; SCAGLIUSI e col., 2011).

Outro ponto a se observar seria a influência vigente de padrões de beleza corporal excludentes, que interferem potencialmente na alimentação e se aplicam, segundo pesquisas, a apenas 5 a 8% da população mundial, podendo afetar especialmente localidades onde a diversidade é uma característica marcante, como o Brasil, e ter ainda maior perfusão por meio da interligação de meios de comunicação observada atualmente (WITT e col., 2011; MALDONADO, 2006). Em geral, tais modelos de beleza correspondem a um corpo magro que, embora desconsidere aspectos de saúde, traduz mensagens de sucesso, controle, aceitação e felicidade. Esse contexto desencadeia crescente sentimento de cobrança e insatisfação, que força a busca por uma aparência idealizada pela sociedade. O resultado é um acentuado aumento do número de indivíduos, especialmente do sexo feminino, que se submetem a práticas restritivas para o controle de peso e métodos que propõem a transformação do corpo, em vez da auto-aceitação (WITT e col., 2011; MALDONADO, 2006).

Em paralelo, nas últimas décadas, é preciso apontar que o Brasil passou por mudanças significativas decorrentes de importante transição demográfica. Passou-se de um país fundamentalmente rural, com 66% da população no campo, para a condição de um país urbano (80% da população vivendo nas cidades). Mulheres entraram no mercado de trabalho, proporcionando a queda do desempenho reprodutivo de 6-8 filhos para 2-3 filhos por mulher (BATISTA e col., 2003). Além disso, observou-se a redução da mortalidade infantil, levando a uma grande mudança da pirâmide populacional. Tais eventos conectaram-se ao processo de transição epidemiológica, em que se observou diminuição da prevalência de doenças infecciosas e aumento da carga de doenças crônicas não-transmissíveis. Em conjunto a mudanças relevantes no estilo de vida, a transição nutricional caracterizou-se, principalmente, por um marcante declínio na prevalência de desnutrição e um aumento brusco da prevalência de obesidade (BATISTA e col., 2003).

A transição nutricional no Brasil também é marcada pelo predomínio da dieta de padrão ocidental, com aporte energético aumentado, somado à redução da prática de atividade física, o que caracteriza um estilo de vida consequente da industrialização e urbanização. A diminuição dos espaços para prática de exercícios físicos, o lazer sedentário, com imensurável uso de celulares, televisões e computadores, refeições práticas, rápidas e fora de casa que incluem alimentos prontos para consumo, industrializados, ricos em açúcar, gordura e sódio, veiculados extensamente pela mídia, contribuíram para o cenário brasileiro de obesidade (TARDIDO e col., 2002), o qual demanda intervenção nutricional, tendo em vista os potenciais danos à saúde e o desenvolvimento de outras doenças crônicas.

No entanto, abordagens que trazem o olhar biologicista, há anos praticadas, não parecem ser eficazes (TARDIDO e col., 2002). Tal modelo biomédico se mostra insuficiente para promover saúde e melhoria do estado nutricional da população como um todo, especialmente no tocante a variáveis relacionadas a doenças crônicas. O atendimento nutricional deveria fornecer mais do que um padrão de dieta ou informações técnicas restritas a calorias e nutrientes, com maior foco para a melhora no estilo e na qualidade de vida e inclusão de fatores psicológicos, sociais, ambientais na abordagem nutricional (WITT e col., 2011). Ou seja, para que tais fatores evoluam, parece ser relevante focar o atendimento nutricional no comportamento do indivíduo em relação ao seu comer, e à comida.

Apesar de existirem estudos que consideram que comportamento alimentar é formado apenas por fatores como compra e consumo de determinados grupos de alimentos, ou seja, a ingestão alimentar (ALVARENGA e col., 2015) sabe-se que questões ambientais e socioeconômicas, disponibilidade de alimentos, religião, necessidades e preferências são fatores que podem impactar hábito, consumo e comportamento alimentar de uma pessoa, ou de uma dada população (JAIME e col., 2007).

Percebe-se, deste modo, que o conceito de consumo, intimamente ligado ao que comemos, “pós-deglutição”, não é suficiente para descrever comportamento alimentar (ALVARENGA e col., 2015). Assim, o termo comportamento alimentar pode abarcar as ações que um indivíduo tem em relação ao ato de se alimentar, dado que se relaciona à ingestão de alimentos, ao modo de comer e a outras questões, tais como onde, como, com o quê, com quem e quando se come. O comportamento alimentar, portanto, se relaciona mais finamente a aspectos ditos como “pré-deglutição”, que podem ser ilustrados por meio de cultura, sociedade, e experiências que o indivíduo tem e teve com o alimento, bem como o ato de comer em si mesmo (ALVARENGA e col., 2015).

A partir disto, atitudes alimentares podem ser descritas como pensamentos, sentimentos, crenças, comportamentos e o relacionamento com a comida (ALVARENGA e col., 2008; 2015). Essas atitudes podem ser consideradas adequadas quando envolvem o completo significado da alimentação na vida de um indivíduo, incluindo os papéis psicológico, emocional e social. É interessante frisar, portanto, que alimentação não deve levar em conta apenas os fatores biológicos, ao passo que escolhas alimentares não devem se basear somente em valores calóricos ou nutritivos (ALVARENGA e col., 2008).

A ideia de comportamento alimentar está inclusa no conceito de atitudes alimentares, as quais são construídas por três componentes: afetivo - sentimentos, humor, emoções causados por um objeto; cognitivo - crenças e conhecimentos sobre o objeto; e volitivo - intenção comportamental em relação ao objeto, predisposição para agir de forma coerente com suas cognições e afetos (ALVARENGA e col., 2015).

Quando ocorre alguma mudança no equilíbrio normal de um ou mais destes componentes, pode-se falar em ‘comer transtornado’, conforme terminologia definida pela Associação de Psiquiatria Americana e pela Associação Dietética Americana. O

comer transtornado inclui desde a realização de dietas ou regimes alimentares até os clássicos transtornos alimentares (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 2006; AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2006), passando por práticas consideradas não saudáveis com finalidade de controlar o peso corporal, como realizar jejum, comer pequeno volume de comida, pular refeições, fazer uso de substitutos de alimentos (*shakes* e suplementos), tomar remédios para emagrecer ou fumar mais cigarros (LEAL e col., 2013).

Apesar do efeito da comida e do comer sobre a saúde ser bem estabelecido, deve-se apontar que o potencial papel das atitudes alimentares sobre a saúde é negligenciado por grande parte daqueles que estudam a nutrição (ALVARENGA e col., 2010).

Como colocado pelo Código de Ética do Nutricionista (RESOLUÇÃO CFN nº 334/2004) e pela RESOLUÇÃO CFN nº 380/2005, o nutricionista, como profissional da saúde, independente da área de atuação, deve zelar pelos cuidados relacionados à alimentação e nutrição, e por assim fazer, contribuir para a saúde dos indivíduos e da coletividade. Para tanto, abordagens que considerem o homem como um ser integral, biopsicossocial, e que deverá ser atendido por um sistema de saúde voltado para promoção, proteção e recuperação da saúde, são necessárias. No entanto, uma formação tecnicista atual, geralmente estruturada no modelo biomédico, produz abordagens deficientes em questões políticas, socioeconômicas e culturais, tornando difícil a articulação de todas essas dimensões (FERREIRA e col., 2007; CUTOLO, 2006).

É importante que o ensino de nutrição seja problematizado em diferentes realidades, para que com isso seja possível que o aluno apreenda a complexidade do fato de se alimentar e que, em consequência, possa agir de maneira criativa, inclusiva e humanista (BOOG, 2008). Aliado a isso e conforme BOOG (2008), deve-se considerar que:

“O conhecimento sobre nutrição não pode prescindir da reflexão sobre a influência que as experiências pessoais do cotidiano exercem sobre a percepção dos problemas alimentares.”

Tal ponderação é fundamental quando se observa que crenças e atitudes individuais dos profissionais se relacionam com suas práticas e condutas, uma vez que nutricionistas e profissionais da saúde guardam, naturalmente, sentimentos

subjetivos com relação à comida e, ainda, podem ser veículo de preconceitos que geram, por vezes, cuidados clínicos mais negativos, podendo comprometer a evolução do indivíduo em tratamento e perpetuar ou agravar atitudes alimentares não saudáveis.

JUSTIFICATIVA

O estilo de vida e os padrões de alimentação observados na sociedade atual, somados à grande influência que a mídia exerce no contexto do mundo globalizado em que se vive, pedem abordagens de profissionais da saúde nas quais seja dada a devida importância a fatores psicossociais, com compreensão mais integral do ser humano. Na área da Nutrição, mais relevante ainda é essa abordagem pautada em uma visão biopsicossocial, uma vez que a alimentação é carregada de valores sociais e emocionais que, muitas vezes, irão exercer maior influência na saúde e no estado nutricional do que os nutrientes e valor calórico obtidos por meio desses alimentos.

Uma vez que a responsabilidade dessa abordagem recai sobre o profissional, é importante refletir a respeito de atitudes alimentares exibidas por estudantes de Nutrição, as quais podem ser influenciadas por sua formação bem como impactar suas práticas profissionais futuras. Tal levantamento pode contribuir para o aprimoramento da formação destes estudantes e, por consequência, a evolução e melhoramento da conduta do nutricionista.

OBJETIVOS

1. GERAL:

Caracterizar atitudes alimentares de estudantes do primeiro e do quinto ano do curso de graduação em Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, por meio da utilização da Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas (EAAT).

2. ESPECÍFICOS:

- Descrever atitudes alimentares segundo cada subescala do instrumento utilizado, em cada momento do curso;
- Relacionar as atitudes alimentares segundo características gerais dos participantes e seu momento no curso de graduação.

MÉTODOS

A população estudada compreende alunos matriculados no curso de graduação em Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), na região central da cidade de São Paulo (SP). A amostra foi selecionada por conveniência e formada por indivíduos de ambos os sexos, integrantes do primeiro ano e do quinto ano do curso em questão, que voluntariamente aceitaram responder ao questionário estruturado via “Google Formulários” (<https://www.google.com/intl/pt-BR/forms/about/>).

Trata-se de um estudo transversal, realizado por meio da aplicação individual e virtual do questionário EAAT, validado na língua portuguesa (ALVARENGA e col., 2010). Esta escala objetiva observar e avaliar crenças, sentimentos e pensamentos associados com a alimentação, assim como comportamentos em relação a estes pensamentos e crenças, e o relacionamento do indivíduo com a comida. Seus 37 itens estão compreendidos em subescalas, para melhor avaliar questões como:

- Subescala 1: Relação com alimento (12 a 60 pontos);
- Subescala 2: Preocupação com alimento e ganho de peso (4 a 20 pontos);
- Subescala 3: Práticas restritivas e compensatórias (4 a 20 pontos);
- Subescala 4: Sentimentos em relação à alimentação (3 a 15 pontos); e
- Subescala 5: Conceitos de alimentação normal (14 a 70 pontos).

Há neste questionário perguntas extraídas de outras escalas disponíveis, tendo sido adaptados itens que poderiam investigar a relação com a comida de uma forma mais ampla, ao invés de questões que aferem especificamente sintomas de transtornos alimentares. Os itens deste questionário são organizados para resposta dicotômica ou em escala do tipo Likert, a qual consiste em um sistema de pontuação

para soma, fornecendo respostas decodificáveis com interpretação uniforme e possível correlação estatística com outros questionários (ALVARENGA e col., 2010).

Desta maneira, para itens considerados dicotômicos foram considerados (1) Sim e (5) Não. Já para respostas em escala tipo Likert, as respostas possíveis foram categorizadas da seguinte forma: (5) Sempre; (4) Normalmente; (3) Muitas vezes; (2) Às vezes; (1) Raramente/nunca. Outros esquemas de pontuação foram também utilizados quando necessário, sendo um deles uma escala de 3 pontos (1, 3 e 5), a saber: (1) As pessoas devem comer este alimento muitas vezes; (3) As pessoas devem apenas ocasionalmente comer este alimento; (5) As pessoas nunca devem comer este alimento. Outro exemplo para esse mesmo esquema de pontuação foi: (1) Iniciou se alimentando como de costume; (3) Assume que perdeu o controle e continua a se alimentar ainda mais, ou entra em uma dieta com intuito de compensação; (5) Usa algum tipo de compensação como atividade física, vômito, laxativos ou diuréticos.

Ao final da análise e do somatório da pontuação, que pode variar entre 37 e 185 pontos, valores maiores indicam atitudes mais negativas ou transtornadas (ALVARENGA e col., 2010). Além da EAAT, o questionário estruturado para aplicação virtual incluiu questões sobre sexo, idade, peso corporal, estatura, cor da pele e escolaridade do chefe de família para caracterização da amostra.

O questionário foi divulgado por meio do endereço de e-mail particular ou institucional dos 158 estudantes matriculados no primeiro e no quinto anos do curso de graduação em Nutrição da FSP/USP. O período disponibilizado para respostas correspondeu a 22 de julho a 31 de agosto de 2016.

As respostas obtidas foram automaticamente tabuladas pelo serviço do Google Formulários em um arquivo Excel, a partir do qual foram geradas as pontuações individuais por meio de fórmulas, a fim de coibir erros manuais. Para caracterizar a amostra, foram calculadas frequências absolutas e relativas, bem como médias e desvios-padrão (DP), para cada variável. Os dados foram testados para normalidade e optou-se por testes não-paramétricos. Os escores total e em cada subescala da EAAT foram considerados variáveis dependentes e avaliadas em relação ao ano em curso na graduação em Nutrição e a idade (em anos) e a cor da pele (branca ou não branca) do participante, a escolaridade do chefe de família (até ensino médio completo, ensino superior incompleto e completo ou ensino de pós-graduação incompleto e completo) e o estado nutricional do participante segundo

índice de massa corporal (IMC, $<18,5 \text{ kg/m}^2$, $18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$ ou $\geq 25,0 \text{ kg/m}^2$). Para avaliação de proporções segundo ano em curso, na caracterização da amostra, foram utilizados teste de qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Diferenças na pontuação alcançada na EAAT por categorias de variáveis foram averiguadas por meio dos testes de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis e, finalmente, observou-se a correlação do escore na EAAT em relação à idade dos participantes com o teste de Spearman. Valores de $P < 0,05$ foram considerados significantes e todas as análises foram realizadas por meio do programa Stata versão 11.2 (StataCorp, College Station, TX, EUA).

RESULTADOS

A partir da divulgação virtual do questionário contendo a EAAT para 158 alunos do curso de graduação em Nutrição (79 alunos do primeiro ano e 79 alunos do quinto ano) da FSP/USP, obteve-se, no total, 80 respostas. Destes 80 questionários obtidos, 39 (48,7%) foram respondidos por alunos do primeiro ano de graduação e 41 (51,3%) foram respondidos por alunos do quinto e último ano.

A Tabela 1 mostra as características gerais dos participantes no total e segundo o ano em curso. Dessa forma, nota-se que o questionário foi respondido majoritariamente por indivíduos do sexo feminino, que totalizaram 91,3% da amostra. Em relação à idade, observou-se média (DP) de 22,0 (3,6) anos para o total de alunos. No primeiro ano, a média (DP) de idade foi significativamente menor, equivalente a 20,1 (3,2) anos, quando comparada àquela observada entre estudantes do quinto ano (média 23,8 anos, DP 2,9 anos; $P < 0,001$).

Tabela 1 - Características gerais dos participantes segundo ano em curso.

Variáveis	Total (n=80)	1º ano (n=39)	5º ano (n=41)	P ^a
Sexo, n (%)				0,054*
Feminino	73 (91,3)	33 (84,6)	40 (97,6)	
Masculino	7 (8,7)	6 (15,4)	1 (2,4)	
Idade, média (DP)	22,0 (3,6)	20,1 (3,2)	23,8 (2,9)	<0,001
Cor da pele, n (%)				0,245
Branca	60 (75,0)	27 (69,2)	33 (80,5)	
Não branca	20 (25,0)	12 (30,8)	8 (19,5)	
Escolaridade do (a) chefe de família, n (%)				0,524
Até ensino médio completo	21 (26,2)	12 (30,7)	9 (22,0)	
Ensino superior (incompleto ou completo)	41 (51,3)	20 (51,3)	21 (51,2)	
Pós-graduação (incompleta ou completa)	18 (22,5)	7 (18,0)	11 (26,8)	
IMC ^b , n (%)				0,142*
<18,5 kg/m ²	8 (10,0)	6 (15,4)	2 (4,9)	
18,5 a 24,9 kg/m ²	56 (70,0)	28 (71,8)	28 (68,3)	
≥25,0 kg/m ²	16 (20,0)	5 (12,8)	11 (26,8)	

^a Teste de Mann-Whitney para variável quantitativa, e teste de qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher para variáveis qualitativas; ^b Índice de massa corporal. * Teste exato de Fisher.

Quanto à cor da pele dos participantes, as categorias foram agrupadas como branca (75% da amostra total) e não branca, que incluiu cor da pele relatada como preta (2,5%), parda (12,5%), amarela (10,0%) e indígena (nenhuma resposta). Não foi observada diferença estatisticamente significativa na distribuição de cor da pele segundo ano em curso.

Em relação à escolaridade, constatou-se, ao todo, que 51,3% de chefes de família apresentaram ensino superior incompleto ou completo, sem diferenças significantes segundo ano em curso dos participantes. Na avaliação do estado nutricional, notou-se que 70,0% dos estudantes da amostra total apresentaram peso normal, sem diferença estatisticamente significativa segundo ano em curso. Estudantes no primeiro ano da graduação apresentaram média de IMC de 21,6 (3,2) kg/m² e estudantes no quinto ano apresentaram média de IMC de 22,2 (3,3) kg/m² ($P = 0,06$).

Como apresentado na Tabela 2 a seguir, a pontuação total média obtida por toda a amostra na EAAT foi de 57,3 (13,0) pontos. Dentre os indivíduos do primeiro ano de graduação a média de pontos foi de 63,8 (14,9). Já entre os indivíduos do quinto ano de graduação foi encontrada média de 51,1 (6,4) pontos, notando-se diferença significativa entre os anos em curso ($P < 0,001$).

Com relação às subescalas da EAAT, “relacionamento com a comida”, que poderia obter pontuação mínima de 12 pontos e máxima de 60 pontos, computou 20,4 (7,3) pontos entre indivíduos pertencentes ao primeiro ano, valor significativamente superior ao de alunos do quinto ano da graduação, que obtiveram, em média, 15,7 (3,5) pontos ($P = 0,001$). As respostas para as subescalas “preocupação quanto a comida e ganho de peso” e “práticas compensatórias e restritivas” (intervalo aceitável entre 4 e 20 pontos para cada uma) também variaram segundo ano em curso. No levantamento da preocupação quanto a comida e ganho de peso, os alunos obtiveram 7,6 (3,5) pontos e 6,1 (1,9) pontos no primeiro e quinto anos, respectivamente ($P = 0,038$). Já em relação a práticas compensatórias e restritivas, o padrão de pontuação significativamente maior no início do curso de graduação em Nutrição foi mantido, com média de 5,3 (2,7) pontos no primeiro ano e 4,1 (0,7) pontos no quinto ano ($P = 0,002$).

Tabela 2 - Pontuação total na escala de atitudes alimentares (EAAT) e em suas subescalas, segundo ano em curso.

Variáveis	Total (n=80)	1º ano (n=39)	5º ano (n=41)	<i>P</i> ^a
Pontuação Total EAAT (37-185)*, média (DP)	57,3 (13,0)	63,8 (14,9)	51,1 (6,4)	<0,001
Pontuação Subescalas EAAT, média (DP)				
1. Relacionamento com a comida (12-60)*	18,0 (6,1)	20,4 (7,3)	15,7 (3,5)	0,001
2. Preocupação quanto à comida e ganho de peso (4-20)*	6,8 (2,9)	7,6 (3,5)	6,1 (1,9)	0,038
3. Práticas compensatórias e restritivas (4-20)*	4,7 (2,0)	5,3 (2,7)	4,1 (0,7)	0,002
4. Sentimentos quanto à comida (3-15)*	3,2 (0,9)	3,2 (0,9)	3,2 (0,9)	0,959
5. Ideia do comer normal (14-70)*	24,6 (6,2)	27,2 (6,8)	22,0 (4,3)	<0,001

* Os valores entre parênteses referem-se ao intervalo de pontuação possível de cada categoria; ^a Teste de Mann-Whitney.

Para a subescala “sentimentos quanto a comida”, que pode variar entre 3 e 15 pontos, não houve diferenças estatisticamente significantes segundo ano em curso. Observou-se que a amostra geral de alunos obteve média de pontuação de 3,2 (0,9) pontos ($P = 0,959$ na comparação segundo ano em curso). Finalmente, na subescala “ideia do comer normal” (intervalo aceitável entre 14 e 70 pontos), observou-se que indivíduos pertencentes ao primeiro ano acumularam pontuação significativamente maior, com média igual a 27,2 (6,8) pontos, em comparação aos alunos do quinto ano, com 22,0 (4,3) pontos em média ($P < 0,001$).

Uma vez que, de forma geral, as características dos participantes não diferiram significativamente por cursarem anos diferentes, conforme apresentado na Tabela 1, as pontuações da EAAT e de suas subescalas foram exploradas quanto ao total de alunos participantes, segundo suas características gerais, como pode ser visto na Tabela 3.

Tabela 3 - Pontuação total na escala de atitudes alimentares (EAAT) e em suas subescalas, segundo características gerais dos participantes.

Variáveis (n=80)	Pontuação Total EAAT, média (DP)	Pontuação Subescalas EAAT, média (DP)				
		Subescala 1*	Subescala 2*	Subescala 3*	Subescala 4*	Subescala 5*
Sexo						
Feminino	57,3 (13,3)	18,3 (6,3)	6,7 (2,9)	4,8 (2,1)	3,2 (0,9)	24,5 (5,9)
Masculino	54,6 (9,7)	14,7 (2,1)	8,3 (2,8)	4,0 (0,0)	3,0 (0,0)	24,6 (9,7)
<i>P</i> ^a	0,517	0,161	0,089	0,207	0,528	0,466
Cor da pele						
Branca	56,7 (13,3)	17,8 (6,4)	6,8 (2,9)	4,6 (1,9)	3,3 (1,0)	24,2 (5,9)
Não branca	59,1 (12,1)	18,5 (5,5)	7,0 (2,8)	5,1 (2,5)	3,0 (0,0)	25,5 (7,2)
<i>P</i> ^a	0,331	0,375	0,774	0,302	0,239	0,579
Escolaridade do(a) chefe de família						
Até ensino médio completo	62,1 (17,9)	19,6 (8,8)	7,8 (4,1)	5,1 (2,9)	3,4 (1,2)	26,3 (5,9)
Ensino superior completo ou incompleto	55,8 (11,0)	17,7 (5,0)	6,5 (2,2)	4,8 (1,9)	3,1 (0,6)	23,8 (6,2)
Pós-graduação completa ou incompleta	55 (4,7)	16,8 (4,7)	6,6 (2,2)	4,1 (0,5)	3,2 (0,9)	24,3 (6,6)
<i>P</i> ^a	0,330	0,857	0,714	0,292	0,481	0,197
IMC^b						
<18,5 kg/m ²	55,1 (4,6)	17,6 (4,5)	5,3 (1,0)	4,0 (0,0)	3,0 (0,0)	25,3 (4,1)
18,5 a 24,9 kg/m ²	57,4 (14,5)	17,6 (6,5)	7,1 (3,2)	5,0 (2,4)	3,2 (0,9)	24,5 (6,8)
≥25,0 kg/m ²	58 (10,0)	19,5 (5,8)	6,9 (2,2)	4,1 (0,5)	3,3 (1,0)	24,3 (5,2)
<i>P</i> ^a	0,623	0,261	0,155	0,105	0,786	0,709

^a Teste de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis; ^b Índice de massa corporal.

Ao explorar a correlação da pontuação geral na EAAT com idade, notou-se para o total de alunos uma correlação negativa significativa ($Rho = -0,3187$, $P = 0,004$), isto é, quanto maior a idade de participante, menor a pontuação alcançada na EAAT. Tal padrão repetiu-se de forma estatisticamente significativa nas subescalas “relacionamento com a comida” ($Rho = -0,2623$, $P = 0,019$) e “ideia do comer normal” ($Rho = -0,2744$, $P = 0,014$). De maneira interessante, não se observou correlação significativa entre idade e pontuação geral ou em subescalas na EAAT apenas entre os alunos de primeiro ano ($Rho = 0,0976$, $P = 0,554$ para a pontuação total da EAAT) ou apenas entre os alunos de quinto ano ($Rho = -0,1774$, $P = 0,267$ para a pontuação total da EAAT). Assim, pode-se hipotetizar que as diferenças notadas na análise das pontuações por idade com o total de alunos provavelmente estão mais atreladas ao ano em curso do que à idade, isoladamente. Portanto, o avanço no curso de graduação em Nutrição, fato que implica avançar em idade cronológica, provavelmente afetaria mais a pontuação na EAAT e suas subescalas, do que a idade do participante em si.

Quanto à variável sexo, na amostra total, não se observou diferença estatisticamente significativa entre as médias obtidas na pontuação total para mulheres (média de 57,3 pontos, DP 13,3 pontos) e homens (média de 54,6 pontos, DP 9,7 pontos, $P = 0,517$). Com relação às subescalas, a variável sexo manteve o mesmo padrão de resultados. De forma semelhante, não houve qualquer diferença estatisticamente significativa na pontuação da EAAT entre categorias cor da pele (pontuação total: brancos 56,7 (13,3) pontos e não brancos 59,1 (12,1) pontos, $P = 0,331$) e escolaridade do(a) chefe de família (pontuação total: até ensino médio completo 62,1 (17,9) pontos, ensino superior incompleto ou completo 55,8 (11,0) pontos e pós-graduação incompleta ou completa 55,0 (4,7) pontos, $P = 0,330$) (Tabela 3).

Com relação ao estado nutricional para a amostra total, como exposto na Tabela 3, não foi possível confirmar diferença estatisticamente significativa na pontuação total ou nas subescalas da EAAT quanto às categorias de IMC ($<18,5$ kg/m² 55,1 (4,6) pontos, 18,5-24,9 kg/m² 57,4 (14,5) pontos e ≥ 25 kg/m² 58,0 (10,0) pontos, $P = 0,623$).

No entanto, ao separar algumas análises por ano em curso (Tabelas 4 e 5), pode-se pontuar algumas variações significantes no grupo de alunos do primeiro ano.

Tabela 4 - Pontuação total na na escala de atitudes alimentares (EAAT) e em suas subescalas segundo características gerais dos participantes cursando o 1º ano de graduação.

Variáveis (n=39)	Pontuação Total EAAT, média (DP)	Pontuação Subescalas EAAT, média (DP)				
		Subescala 1*	Subescala 2*	Subescala 3*	Subescala 4*	Subescala 5*
Sexo						
Feminino	65,2 (15,3)	21,3 (7,6)	7,5 (3,6)	5,6 (2,9)	3,2 (1,0)	27,6 (6,1)
Masculino	55,7 (10,1)	15,2 (1,9)	8,2 (3,1)	4,0 (0,0)	3,0 (0,0)	25,3 (10,4)
<i>P</i> ^a	0,083	0,032	0,478	0,086	0,541	0,232
Cor da pele						
Branca	64,0 (15,7)	20,6 (7,9)	7,9 (3,7)	5,1 (2,6)	3,3 (1,1)	27,2 (6,4)
Não branca	63,2 (13,4)	20,0 (6,2)	7,0 (2,9)	5,8 (3,0)	3,0 (0,0)	27,3 (8,0)
<i>P</i> ^a	1,000	1,000	0,415	0,332	0,339	0,747
Escolaridade do(a) chefe de família						
Até ensino médio completo	70,7 (19,3)	23,1 (9,8)	9,3 (4,8)	6,0 (3,6)	3,3 (1,2)	29,0 (5,9)
Ensino superior completo ou incompleto	60,4 (12,6)	19,3 (5,7)	6,7 (2,5)	5,3 (2,5)	3,2 (0,9)	25,9 (6,9)
Pós-graduação completa ou incompleta	61,6 (8,9)	18,9 (6,1)	7,4 (2,3)	4,3 (0,8)	3,0 (0,0)	28,0 (8,1)
<i>P</i> ^a	0,268	0,601	0,237	0,491	0,735	0,323
IMC^b						
<18,5 kg/m ²	56,7 (4,3)	18,5 (4,8)	5,5 (1,0)	4,0 (0,0)	3,0 (0,0)	25,7 (4,6)
18,5 a 24,9 kg/m ²	64,7 (16,7)	20,1 (7,9)	7,9 (3,8)	5,8 (3,0)	3,3 (1,0)	27,6 (7,4)
≥25,0 kg/m ²	67,0 (9,8)	24,0 (6,4)	8,8 (1,9)	4,4 (0,9)	3,0 (0,0)	26,8 (6,4)
<i>P</i> ^a	0,302	0,337	0,045	0,136	0,668	0,920

^a Teste de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis; ^b Índice de massa corporal.

Tabela 5 - Pontuação total na escala de atitudes alimentares (EAAT) e em suas subescalas segundo características gerais dos participantes cursando o 5º ano de graduação.

Variáveis (n=41)	Pontuação Total EAAT, média (DP)	Pontuação Subescalas EAAT, média (DP)				
		Subescal a 1*	Subescal a 2*	Subescal a 3*	Subescala 4*	Subescala 5*
Sexo						
Feminino	51,2 (6,4)	15,8 (3,5)	6,0 (1,9)	4,2 (0,7)	3,2 (0,9)	22,1 (4,4)
Masculino	48 (-)	12 (-)	9 (-)	4,0 (-)	3,0 (-)	20,0 (-)
<i>P</i> ^a	0,611	0,185	0,154	0,821	0,821	0,549
Cor da pele						
Branca	50,7 (6,4)	15,5 (3,6)	5,9 (1,7)	4,2 (0,8)	3,2 (1,0)	21,8 (4,2)
Não branca	52,9 (6,6)	16,3 (3,4)	6,9 (2,7)	4,0 (0,0)	3,0 (0,0)	22,8 (5,1)
<i>P</i> ^a	0,419	0,474	0,430	0,481	0,481	0,550
Escolaridade do(a) chefe de família						
Até ensino médio completo	50,8 (6,3)	14,9 (3,9)	5,8 (1,7)	4,0 (0,0)	3,4 (1,3)	22,7 (3,9)
Ensino superior completo ou incompleto	51,4 (7,0)	16,1 (3,6)	6,3 (2,0)	4,3 (1,0)	3,0 (0,0)	21,7 (4,7)
Pós-graduação completa ou incompleta	50,8 (5,7)	15,5 (3,2)	6 (2,0)	4,0 (0,0)	3,4 (1,2)	22,0 (4,3)
<i>P</i> ^a	0,994	0,567	0,744	0,377	0,334	0,587
IMC^b						
<18,5 kg/m ²	50,4 (0,7)	15,0 (2,8)	4,5 (0,7)	4,0 (0,0)	3,0 (0,0)	24,0 (2,3)
18,5 a 24,9 kg/m ²	50,0 (6,0)	15,0 (3,1)	6,3 (2,0)	4,2 (0,8)	3,1 (0,8)	21,4 (4,4)
≥25,0 kg/m ²	53,9 (7,3)	17,5 (4,3)	6,0 (1,7)	4,0 (0,0)	3,4 (1,2)	23,1 (4,4)
<i>P</i> ^a	0,251	0,255	0,362	0,621	0,737	0,260

^a Teste de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis; ^b Índice de massa corporal.

Dentre as variações observadas, houve diferença da média de pontuação na subescala “relacionamento com a comida” segundo sexo, de forma que a média para mulheres foi de 21,3 (7,6) pontos e, para homens, a média foi de 15,2 (1,9) pontos ($P = 0,032$), sugerindo que, neste grupo do primeiro ano de Nutrição da FSP/USP, os indivíduos do sexo feminino têm um relacionamento com a comida mais disfuncional do que os indivíduos do sexo masculino.

Outra diferença encontrada no grupo de alunos do primeiro ano foi quanto à média de pontuação para a subescala “preocupação quanto a comida e ganho de peso” segundo IMC. A média de pontuação para o grupo $<18,5 \text{ kg/m}^2$ foi de 5,5 (1,0) pontos, enquanto que o grupo classificado entre 18,5 e $24,9 \text{ kg/m}^2$ obteve média igual a 7,9 (3,8) pontos e o grupo com $\text{IMC} \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$ apresentou média de 8,8 (1,9) pontos ($P = 0,045$). Neste grupo do primeiro ano do curso de Nutrição da FSP/USP, os indivíduos com maior valor de IMC apresentam maior pontuação na subescala em questão, ou seja, possuem maior preocupação quanto a comida e o ganho de peso e, conseqüentemente, aparentam sustentar atitudes alimentares menos saudáveis do que aqueles indivíduos com menor valor de IMC.

DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados, verificou-se uma diferença média de quase 13 pontos na EAAT entre alunos de primeiro e quinto ano, indicando que os alunos do primeiro ano da graduação mostram atitudes alimentares significativamente mais transtornadas que seus colegas no quinto ano do curso. A pontuação das subescalas do questionário também mostrou um cenário similar, no qual as médias do primeiro ano se mostraram consistentemente maiores do que as médias do quinto ano no que diz respeito a relacionamento com a comida, preocupação quanto a comida e ganho de peso, práticas compensatórias e restritivas, e ideia do comer normal. Com os testes empregados, apenas na subescala 4, a qual remete a sentimentos quanto à comida, o ano em curso não influenciou de forma significativa as respostas dadas no questionário.

Quanto às características gerais dos participantes, verificou-se que nenhuma variável se mostrou associada às pontuações total e das subescalas da EAAT,

quando analisado o total de alunos em conjunto. Contudo, ao analisar os anos em curso separadamente, observou-se que, nas análises do primeiro ano da graduação, algumas variáveis se mostraram influentes na pontuação do questionário. Notou-se influência do sexo na pontuação da subescala 1, que remete ao relacionamento com a comida, indicando que os participantes do sexo masculino mostram atitudes menos transtornadas do que as alunas participantes, quanto a esse tema. Ainda, a classificação do IMC também se fez influente nas médias de pontuação adquiridas no primeiro ano do curso em relação à subescala 2, relacionada à preocupação quanto a comida e ganho de peso. Assim, identificou-se uma relação de maiores pontuações, indicadoras de atitudes alimentares mais transtornadas, com maiores valores de IMC.

Para avaliar as pontuações gerais dos participantes do curso de Nutrição da FSP/USP, fez-se uso do artigo de avaliação psicométrica da EAAT, desenvolvida em 2010 e que valida a escala na língua inglesa, usando comparações entre pontuações adquiridas na própria EAAT, no *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26) e na *Restrain Scale* (RS) (ALVARENGA e col., 2010). O EAT-26 apresenta o ponto de corte de 20 pontos para categorizar risco para transtornos alimentares. No artigo em questão, uma pontuação média (DP) no EAT de 8,6 (8,8) pontos é comparável às médias de pontuações na EAAT parecidas com as obtidas no presente trabalho (GARNER e col., 1982; GARNER e GARFINKEL, 1979). Dessa forma, conclui-se que as pontuações apresentadas pelos participantes da FSP/USP foram em geral baixas, não indicando perfil de atitudes alimentares acentuadamente transtornadas.

Encontraram-se alguns estudos semelhantes que também analisaram os comportamentos alimentares e supostas atitudes alimentares transtornadas em futuros nutricionistas, e que mostram, na comparação, que as médias de pontuação apuradas entre os estudantes da FSP/USP foram mais baixas, em geral, que outros estudantes de Nutrição. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul em 2009 explora bem os sintomas de transtornos alimentares dos estudantes, verificando-os em 24,7% dos participantes (n=186) por meio do EAT-26, embora não tenha mostrado significância estatística ao comparar os sintomas para transtornos alimentares com IMC, semestre em curso e nível de atividade física do indivíduo (KRISTEN e col., 2009). Estudos como os de FIATES e SALLES (2001) e GARCIA (2010) também mostraram atitudes alimentares transtornadas em estudantes de Nutrição; no primeiro, observou-se prevalência de 25,4% dos estudantes de Nutrição (n=114)

classificados em risco para transtornos alimentares pela aplicação do EAT-26. Já o segundo estudo mostrou que apenas 11,8% dos estudantes participantes (n=104) obtiveram o EAT positivo para risco de transtornos alimentares.

Outro estudo que abordou o tema foi o de SILVA e col. (2012), no qual também se utilizou o EAT-26, além do *Body Shape Questionnaire* para avaliar insatisfação com a imagem corporal. Nesse estudo, 21,7% dos universitários do curso de Nutrição apresentaram alto risco para atitudes alimentares transtornadas, sendo a maioria desses classificados como eutróficos. Participantes com excesso de peso, aumento de gordura corporal e circunferência da cintura apresentaram risco 5 a 9 vezes maior de alterações no comportamento alimentar, dito que houve influência estatisticamente significativa dos parâmetros antropométricos nas pontuações dos testes (SILVA e col., 2012).

Em comparação com o presente trabalho, deve-se assinalar que a associação positiva entre atitudes alimentares mais transtornadas e IMC mais elevado também ocorreu entre os alunos de primeiro ano da FSP/USP, especificamente em relação à preocupação com comida e ganho de peso. Com maior preocupação quanto ao ganho de peso, pode-se considerar a busca por meios compensatórios, a exemplo da realização de dietas. Essa prática está associada a alterações no metabolismo energético e por consequência na composição corporal, episódios de descontrole alimentar, e distanciamento do indivíduo da consciência de seu próprio corpo, bem como de suas sensações de fome e saciedade (ALVARENGA e col., 2015). É possível que aqueles que busquem por dietas para perda de peso já possuam, na realidade, um relacionamento com a comida mal estruturado, o que pode ser agravado por meio da prática em questão.

Outro achado entre os alunos no início do curso de graduação em Nutrição da FSP/USP foi a pontuação estatisticamente maior para a subescala de relacionamento com a comida na parcela feminina desse grupo, em comparação à masculina. O pior relacionamento com a comida entre mulheres suscita reflexões sobre a influência de padrões de beleza femininos e sobre os significados atribuídos ao corpo feminino em relação à disponibilidade de alimentos (HERCOVICI E BAY, 1997; CARRETEIRO, 2005). Verificou-se, por exemplo, que o fato de mulheres jovens se sentirem gordas, mesmo quando possuem peso adequado, ou seja, apresentarem uma percepção distorcida do peso corporal tem impacto mais

relevante na determinação de comportamentos alimentares inadequados do que seu IMC (NUNES e col., 2001).

As diferenças na pontuação da EAAT e suas subescalas segundo ano em curso compõem os principais achados a partir deste trabalho. Em estudo na Alemanha, foi realizado um levantamento em que estudantes de Nutrição e “*Home Economics*” foram comparados com um grupo controle de estudantes de outros cursos, com utilização de uma adaptação alemã do *Three-factor Eating Questionnaire*. Observou-se nos estudantes de Nutrição elevada preocupação com dieta e prática de restrição alimentar, o que pode refletir atitudes alimentares transtornadas. Estudantes em estágio mais avançado no curso mostraram escolhas alimentares mais saudáveis e menor obsessão quanto suas atitudes alimentares quando comparados com os estudantes iniciantes (KORINTH e col., 2009), de forma semelhante ao que foi observado nas análises conduzidas entre os alunos de Nutrição da FSP/USP.

Nas presentes análises entre estudantes de Nutrição na FSP/USP, ao se relacionar pontuação total da EAAT com idade e com ano em curso na graduação verificou-se que, de forma geral, quanto maior a idade do participante menor era a pontuação geral do questionário. Ao se observar este dado, levantou-se a hipótese de influência do amadurecimento natural do ser humano, relativo à saída da puberdade e entrada na idade adulta. Outra possibilidade seria a influência do estudo da ciência da Nutrição no decorrer da graduação, que acarretaria, devido a uma gama possível de fatores, a diminuição da pontuação total no questionário em alunos no quinto ano, refletindo o relato de atitudes menos transtornadas.

Dado que a correlação negativa com idade não se sustentou isoladamente em cada um dos anos em curso avaliados pelo presente trabalho, há algum indicativo que a pontuação na EAAT diminuiu com o passar do tempo não necessariamente em decorrência do amadurecimento natural da passagem dos anos neste ciclo da vida. Como, por outro lado, a associação entre a pontuação na escala e o ano em curso em que o estudante se encontra foi estatisticamente significativa, aponta-se que pode haver alguma influência do estudo da Nutrição no decorrer da graduação. É importante pontuar que, devido ao desenvolvimento de conhecimentos quanto ao que seria um “comer normal” e uma alimentação equilibrada e saudável, os estudantes podem obter benefícios em relação às suas próprias atitudes alimentares ou, alternativamente, podem simplesmente aprimorar

suas respostas frente a uma escala como a EAAT, de forma a completar suas questões com alternativas que julgam ser mais adequadas ou bem aceitas.

De toda forma, a menor pontuação na EAAT no último ano do curso não significa que houve melhor padrão de atitudes alimentares no âmbito pessoal, ou seja, tais indivíduos podem ter o conhecimento do que é um “comer normal”, mas, ainda assim, podem não realizá-lo em suas vidas. O importante neste caso seria a capacidade de articular tais conhecimentos de maneira adequada em sua prática profissional, e principalmente não se tornarem propagadores e incentivadores de atitudes alimentares transtornadas. O reconhecimento do equilíbrio de atitudes alimentares e a capacidade de trabalhar suas próprias crenças e seus sentimentos quanto à comida seriam vitais para a qualidade do aconselhamento nutricional que oferecerão enquanto nutricionistas. A possibilidade de que o curso seja moderador de atitudes alimentares, no entanto, demandaria estudos mais profundos e de maior duração, com desenho apropriado e comparação do mesmo indivíduo no início e ao final da graduação.

Os resultados encontrados no presente trabalho precisam ser discutidos frente a algumas limitações. A amostra obtida foi relativamente pequena, abarcando cerca de metade do total de alunos que poderiam ter participado do estudo. O grupo pode ser bastante selecionado, já que os alunos participantes foram aqueles que se dispuseram a responder o questionário, conscientes do assunto que seria abordado no mesmo. É também uma amostra de alunos de cor de pele branca em sua maioria, sendo que os não brancos incluem poucos negros; com chefes de família com bom grau de escolaridade; e já pré-selecionados pelo método de seleção da Fundação Universitária para o Vestibular (FUVEST). Além disso, se trata de um estudo com desenho transversal que comparou grupos independentes, limitando a possibilidade de discussão quanto a uma mudança de hábitos e atitudes alimentares em decorrência da evolução no curso de graduação. Assim, se mostra necessário o desenvolvimento de mais estudos para que se avalie melhor a influência do curso de Nutrição sobre as atitudes alimentares dos estudantes.

Mesmo assim, com as hipóteses levantadas, pode-se perceber a importância de uma boa formação acadêmica para que o estudante se torne um profissional competente. Segundo o Código de Ética do Nutricionista (RESOLUÇÃO CFN Nº334/2004), sua função é contribuir para a saúde de indivíduos e coletividades, de forma que o nutricionista tem como compromisso pautar sua atuação nos princípios

universais dos direitos humanos e na bioética, devendo assumir inteira responsabilidade pelos seus atos, como profissional, em quaisquer circunstâncias. Assim, condutas equivocadas podem levar a enormes prejuízos para o paciente, tanto psicológicos quanto fisiológicos, e, por isso, o nutricionista deve analisar com intenso rigor técnico-científico qualquer tipo de prática ou pesquisa, decidindo-se por adotá-la somente quando houver níveis confiáveis de evidências científicas.

Uma formação crítica é de suma importância, para que se evite a propagação de informações, muitas vezes veiculadas por meio da mídia e redes sociais, que em grande parte das vezes não apresentam embasamento teórico suficiente e concreto, trazendo consigo pensamentos dicotômicos ou reducionistas quanto a alimentação, saúde, controle de peso corporal ou outros parâmetros bioquímicos, devido a este ou aquele componente nutricional específico. O desenvolvimento de tal senso crítico, e em consequência de autocrítica, durante o curso de graduação, pode levar o indivíduo a observar em si mesmo pensamentos e crenças inadequados ou disfuncionais quanto à alimentação e convidá-lo a trabalhar e discernir conhecimentos teórico-práticos de suas crenças empíricas no momento de aconselhar seus pacientes.

Para que o profissional também possa adotar condutas que levem em conta mais do que fatores biológicos e, assim, possa realizar o atendimento de forma a olhar questões psicossociais relacionadas à comida, é necessário que a o curso de graduação traga bases teóricas e empodere o estudante para atuar futuramente dessa forma mais ampla, a fim de reconhecer as particularidades de cada paciente e considerá-las ao planejar as orientações nutricionais. É essencial, portanto, que se estimule progressivamente a concepção e a aplicação de grades curriculares de graduação em Nutrição que se encaixem em um molde ampliado de atenção da saúde.

CONCLUSÃO

Com o presente estudo, é possível concluir que os alunos da FSP/USP que participaram da aplicação do questionário EAAT obtiveram médias de pontuações que, embora não sejam muito preocupantes em sua magnitude, mostraram algumas

diferenças atreladas ao ano em curso, sugerindo que a graduação em Nutrição pode influenciar de alguma forma os conhecimentos e pensamentos sobre alimentação. Contudo, a amostra utilizada foi restrita e, uma vez que se trata de um estudo transversal, não se pode falar em mudanças prospectivas de hábitos.

Considerando que a literatura mostra importantes proporções de alunos de Nutrição com alterações no comportamento alimentar em relação a outros universitários, se vê necessário o desenvolvimento de estudos que analisem mais a fundo as atitudes alimentares dos futuros nutricionistas, e a influência que o próprio curso tem sobre elas. É importante que se proponham medidas que conscientizem o potencial impacto das condutas desses profissionais sobre o estado de saúde da população. Como pontuado por BOOG (2008):

“[...] o ensino de ciências como a nutrição requer estratégias que possibilitem aos estudantes serem sujeitos desse ensino, de forma que possam transferir a informação científica para o campo vivencial e reconstruí-la a partir da sua própria realidade. [...] não basta conhecer o processo para aplicá-lo a outras pessoas, pois antes, é preciso vivê-lo.”

Ou seja, seria interessante que os estudantes de Nutrição sejam envolvidos em lógica de cuidado ampliado à saúde, sob abordagem biopsicossocial e com visão crítica, tanto sobre o meio em que atuarão, como sobre seus próprios pensamentos, crenças e atitudes alimentares, os quais terão importante impacto sobre suas condutas profissionais futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Changing attitudes, beliefs and feelings towards food in bulimic patients. Arch Latinoam Nutr. 2008 Sep; 58(3):274-9.
- Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Development and validity of the disordered eating attitude scale (DEAS). Perceptual and Motor Skills. 2010; 110(2): 379-395.
- Alvarenga MS, Pereira RF, Scagliusi FB, Philippi ST, Estima CCP. Psychometric evaluation of the Desordered Eating Attitude Scale (DEAS). English version. Appetite 55 (2010) 374-376.
- Alvarenga M, Koritar P. Atitude e comportamento alimentar - determinantes de escolhas e consumo. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F,

- Antonaccio C. *Nutrição Comportamental*. 1. ed. Barueri: Manole; 2015. p. 23-25.
- Alvarenga M, Koritar P. Dieta e seus efeitos no comportamento alimentar. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C. *Nutrição Comportamental*. 1. ed. Barueri: Manole; 2015. p. 69-75.
- American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc*. 2006; 106:2073-82.
- American Psychiatry Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3rd ed. Virginia: American Psychiatric Publishing; 2006.
- Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S181-S191, 2003.
- Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Rev Ciência e Saúde*. 2008; 1(1): 33-42.
- Canesqui AM, Garcia RWD. Ciências sociais e humanas no curso de nutrição. In: Canesqui AM, Garcia RWD. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 255.
- Carreteiro TA. Corpo e contemporaneidade. *Psicologia em Revista*, 2005; 11 (17), 62-76.
- Cutolo LRA. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina* Vol. 35, no. 4, de 2006.
- Deram S. A ditadura da beleza e da magreza. In: Deram, S. *O peso das dietas*. 1.ed. São Paulo: Sensus; 2014 p. 56.
- Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(7):1674-1681, jul, 2007.
- Fiates GMR, de Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev. Nutr.*, Campinas, 14 (suplemento): 3-6, 2001.
- Garcia CA, de Castro TG, Soares RM. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de nutrição de uma universidade pública de Porto Alegre - RG. *Rev HCPA* 2010;30(3):219-224.
- Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 1982, 12, 871-878.
- Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1979, 9, 273-279.
- Harvey EL, Summerbell CD, Kirk SFL, Hills SJ. Dietitians' views of overweight and obese people and reported management practices. *J Hum Nutr Dietet*. 2002; 15:331-347.
- Herscovici CR, Bay L. *Anorexia nervosa e bulimia nervosa: Ameaças à autonomia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Jaime PC, Galante AP. Inquéritos dietéticos. In: Silva S.M.C.S., Mura JDP. *Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia*. São Paulo: Rocca, 2007. p.955-8.
- Korinth A, Schiess S, Westenhoefer J. Eating behavior and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition*, 13 (1), 32-37, 2009.
- Kristen VR, Fratton F, Porta NBD. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. *Rev. Nutr.*, Campinas, 22(2):219-227, mar./abr., 2009.

- Leal GVS, Philippi ST, Polacow VO, Cordás TA, Alvarenga MS. O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes? *J Bras Psiquiatr.* 2013; 62(1):62-75.
- Maldonado G de R. A educação física e o adolescente: a imagem corporal e a estética da transformação na mídia impressa. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte* – 2006, 5(1):59-76.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira, 2º edição. Brasília (DF); 2014 [acesso em 15 maio 2016]. Capítulo 1: Princípios; p. 15-16. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília (DF); 2006 [acesso em 15 maio 2016]. Princípios e Diretrizes: os atributos da alimentação saudável; p.35. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0290.pdf>>.
- Nunes MAA, Olinto MT, Barros FC, Camey S. (2001). Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (1), 21-27.
- Oliveira LL, Hutz CS. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 3, p. 575-582, jul./set. 2010.
- Pollan M. Definição do nutricionismo. In: Pollan M. *Em defesa da comida: um manifesto*. 1a. ed. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2008. p. 36-37.
- RESOLUÇÃO CFN N° 334/2004. Dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências. Conselho Federal de Nutricionistas. Brasília, 10 de maio de 2004.
- RESOLUÇÃO CFN N° 380/2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Conselho Federal de Nutricionistas. Brasília, 9 de dezembro de 2005.
- Scagliusi FB, Alvarenga M, Philippi ST. Conceituação de alimentação saudável sob a perspectiva biopsicossocial. In: Alvarenga, M, Scagliusi FB, Philippi ST. *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento*. 1a Edição, 2011. p. 41-51.
- Serra GMA. (2001). Saúde e nutrição na adolescência: O discurso sobre dietas na *Revista Capricho*. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ.
- Silva DO, Recine EGIG, Queiroz EFO. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(5):1367-1377.
- Silva JD, Silva AB de J, Oliveira AVK, Nemer AS de A. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(12):3399-3406, 2012.
- Tardido AP, Falcão MC. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. *Rev Bras Nutr Clin* 2006; 21(2):117-24.

- Toral N, Conti MA, Slater B. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(11): 2386-2394.
- Witt J da SGZ, Schneider AP. Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. Ciência & Saúde Coletiva, 16(9):3909-3916, 2011.

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO

Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas

- N° USP: _____
- Ano em curso:
 - 1° ano
 - 5° ano
- Idade (anos): _____
- Peso corporal (kg): _____
- Altura (m): _____
- Cor da pele:
 - branca
 - preta
 - amarela
 - parda
 - indígena
- Escolaridade do(a) chefe de família:
 - ensino fundamental incompleto
 - ensino fundamental completo
 - ensino médio incompleto
 - ensino médio completo
 - ensino superior incompleto
 - ensino superior completo
 - pós-graduação

PARTE I

1. Qual você considera ser o consumo saudável e necessário para cada um destes tipos de alimentos?

A. Açúcar

- i. As pessoas devem comer este alimento muitas vezes;
- ii. As pessoas devem apenas ocasionalmente comer este alimento;
- iii. As pessoas nunca devem comer este alimento.

B. Óleo

- i. As pessoas devem comer este alimento muitas vezes;
- ii. As pessoas devem apenas ocasionalmente comer este alimento;
- iii. As pessoas nunca devem comer este alimento.

C. Batata Frita

- i. As pessoas devem comer este alimento muitas vezes;
- ii. As pessoas devem apenas ocasionalmente comer este alimento;
- iii. As pessoas nunca devem comer este alimento.

D. Carne branca

- i. As pessoas devem comer este alimento muitas vezes;
- ii. As pessoas devem apenas ocasionalmente comer este alimento;
- iii. As pessoas nunca devem comer este alimento.

E. Legumes e verduras

- i. As pessoas devem comer este alimento muitas vezes;
- ii. As pessoas devem apenas ocasionalmente comer este alimento;
- iii. As pessoas nunca devem comer este alimento.

F. Frutas

- i. As pessoas devem comer este alimento muitas vezes;
- ii. As pessoas devem apenas ocasionalmente comer este alimento;
- iii. As pessoas nunca devem comer este alimento.

G. Pães

- i. As pessoas devem comer este alimento muitas vezes;
- ii. As pessoas devem apenas ocasionalmente comer este alimento;

- iii. As pessoas nunca devem comer este alimento.

H. Arroz

- i. As pessoas devem comer este alimento muitas vezes;
- ii. As pessoas devem apenas ocasionalmente comer este alimento;
- iii. As pessoas nunca devem comer este alimento.

I. Macarrão

- i. As pessoas devem comer este alimento muitas vezes;
- ii. As pessoas devem apenas ocasionalmente comer este alimento;
- iii. As pessoas nunca devem comer este alimento.

J. Feijão

- i. As pessoas devem comer este alimento muitas vezes;
- ii. As pessoas devem apenas ocasionalmente comer este alimento;
- iii. As pessoas nunca devem comer este alimento.

K. Carne vermelha

- i. As pessoas devem comer este alimento muitas vezes;
- ii. As pessoas devem apenas ocasionalmente comer este alimento;
- iii. As pessoas nunca devem comer este alimento.

L. Leite integral

- i. As pessoas devem comer este alimento muitas vezes;
- ii. As pessoas devem apenas ocasionalmente comer este alimento;
- iii. As pessoas nunca devem comer este alimento.

M. Queijo

- i. As pessoas devem comer este alimento muitas vezes;
- ii. As pessoas devem apenas ocasionalmente comer este alimento;
- iii. As pessoas nunca devem comer este alimento.

2. Você sente prazer ao comer?

-sim -não

3. Comer é algo natural para você?

-sim -não

4. Você fica sem comer ou à base de líquidos, por um dia ou mais, achando que isto pode emagrecer?

-sim -não

5. Você conta calorias de tudo que come?

-sim -não

6. Você gosta da sensação de estar de estômago vazio?

-sim -não

7. Você costuma “pular” refeições para evitar o ganho de peso?

-sim -não

8. Comer faz você se sentir “suja(o)”?

-sim -não

9. Você tem boas lembranças associadas à comida?

-sim -não

10. Você gostaria de não precisar se alimentar?

-sim -não

11. Você acha que é normal comer, às vezes, só porque está triste, chateada(o), ou entediada(o)?

-sim -não

12. Quando você come uma quantidade de alimentos maior do que a de costume, qual é o seu comportamento depois?

- Continua se alimentando como de costume.
- Assume que perdeu o controle e continua a se alimentar ainda mais.
- Entra em uma dieta com intuito de compensação.
- Usa algum tipo de compensação como atividade física, vômito, laxativos ou diuréticos.

PARTE II

13. Eu sinto culpa quando como um alimento que eu havia decidido não comer por algum motivo.

- Sempre

- Normalmente
- Às vezes
- Raramente / Nunca

14. Eu deixo de comer algum alimento se souber que ele tem mais calorias do que eu imaginava.

- Sempre
- Normalmente
- Às vezes
- Raramente / Nunca

15. Preocupo-me o tempo todo com o que vou comer, quanto comer, como preparar o alimento ou se devo ou não comer.

- Sempre
- Normalmente
- Às vezes
- Raramente / Nunca

16. Preocupo-me com o quanto um alimento ou refeição pode me engordar.

- Sempre
- Normalmente
- Às vezes
- Raramente / Nunca

17. Tenho raiva de sentir fome.

- Sempre
- Normalmente
- Às vezes
- Raramente / Nunca

18. Tenho dificuldade em escolher o que comer, porque sempre acho que deveria comer menos e/ou a opção com menos calorias.

- Sempre
- Normalmente

- Às vezes
- Raramente / Nunca

19. Quando desejo um alimento específico, eu sei que não vou conseguir parar de comê-lo até ele acabar.

- Sempre
- Normalmente
- Às vezes
- Raramente / Nunca

20. Eu gostaria de ter total controle sobre meu apetite e minha alimentação.

- Sempre
- Normalmente
- Às vezes
- Raramente / Nunca

21. Eu procuro comer pouco na frente dos outros para depois exagerar quando estou sozinha(o).

- Sempre
- Normalmente
- Às vezes
- Raramente / Nunca

22. Eu tenho medo de começar a comer e não parar mais.

- Sempre
- Normalmente
- Às vezes
- Raramente / Nunca

23. Sonho com uma “pílula” que substitua a refeição.

- Sempre
- Normalmente
- Às vezes
- Raramente / Nunca

24. Em festas e buffets, fico nervosa(o) e/ou descontrolada(o), em função da grande oferta de comida.

- Sempre
- Normalmente
- Às vezes
- Raramente / Nunca

25. Minha relação com a comida atrapalha minha vida como um todo.

- Sempre
- Normalmente
- Às vezes
- Raramente / Nunca