

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

ISABELLE ALMADA SILVA

***MISCONCEPTIONS* DE PACIENTES DE TRANSTORNO COMPULSIVO
ALIMENTAR PERIÓDICO EM GRUPO FOCAL NO MUNICÍPIO DE PIRAÍ-RJ**

VOLTA REDONDA - RJ

2019

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

***MISCONCEPTIONS* DE PACIENTES DE TRANSTORNO COMPULSIVO
ALIMENTAR PERIÓDICO EM GRUPO FOCAL NO MUNICÍPIO DE PIRAÍ-RJ**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Nutrição do
UniFOA, como requisito à obtenção do título
de Bacharel em Nutrição.

Acadêmica: Isabelle Almada Silva
Orientadora: Prof^a Me. Ana Paula Caetano de Menezes Soares

VOLTA REDONDA - RJ

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tação Wagner - CRB 7/RJ 4316

S586m Silva, Isabelle Almada

Misconceptions de pacientes de transtorno compulsivo alimentar periódico em grupo focal no Município de Pirai-RJ. / Isabelle Almada Silva. – Volta Redonda: UniFOA, 2019.

25 p. II.

Orientador (a): Ana Paula Caetano de Menezes Soares

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Nutrição, 2019.

1. Nutrição - TCC. 2. Transtorno compulsivo alimentar. I. Soares, Ana Paula Caetano de Menezes. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 613

FOLHA DE APROVAÇÃO

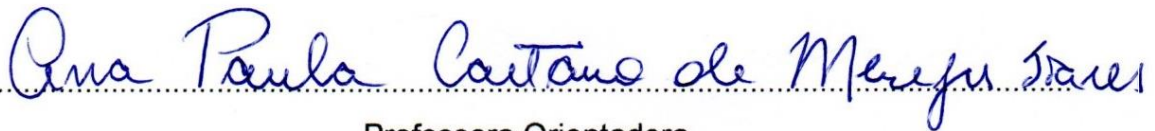
Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:

**MISCONCEPTIONS DE PACIENTES DE TRANSTORNO COMPULSIVO
ALIMENTAR PERIÓDICO EM GRUPO FOCAL NO MUNICÍPIO DE PIRAÍ-RJ**

Elaborado por Isabelle Almada Silva, apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Nutrição.

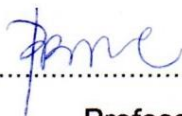
Aprovada em 14 de Maio de 2019

Banca Avaliadora:



Professora Orientadora

Ana Paula Caetano de Menezes Soares, Mestra, Centro Universitário de Volta Redonda



Professora Avaliadora

Paula Balbi de Melo Hollanda Cordeiro, Mestra, Centro Universitário de Volta Redonda



Professora Avaliadora

Bruna Casiraghi, Mestra, Centro Universitário de Volta Redonda

Dedico aos meus pais, família e amigos que sempre me apoiaram. Foi tudo por vocês.

AGRADECIMENTOS

A meus pais que sempre foram minha base ao longo desses anos mesmo diante das mais variadas dificuldades, se cheguei onde cheguei é graças a vocês dois.

Aos amigos, pela amizade e cumplicidade que construímos, que nossa homeostase se mantenha sempre inabalável.

A minha orientadora, por ser exemplo de profissionalismo e por todo suporte para que este trabalho fosse concluído.

A minha psicóloga, que manteve minha saúde mental quase intacta nesses 4 anos.

Aos professores e mestres com os quais tive o enorme privilégio de estudar em todos os meus anos acadêmicos.

Ao Vinícius, por todo apoio, paz e paciência tão necessários nessa reta final.

“...Há mais coisas boas em você do que você sabe, filho do gentil Oeste. Alguma coragem e alguma sabedoria, misturadas na medida certa. Se mais de nós déssemos mais valor a comida, bebida e música do que a tesouros, o mundo seria mais alegre.”

- J.R.R. Tolkien

RESUMO

Os transtornos alimentares são multideterminados e resultam da interação entre fatores biológicos, culturais e experiências pessoais, portanto a modificação de comportamentos alimentares é um desafio clínico, que exige recursos de diversas áreas da saúde, como a psicologia e a nutrição. O presente estudo de caráter qualitativo teve como objetivo, elencar e classificar os principais *misconceptions* nutricionais aflorados em grupo de transtorno de ansiedade no município de Piraí-RJ. Para realização foram entrevistadas 10 participantes do sexo feminino, com idades entre 20 e 50 anos e que apresentavam características de transtorno compulsivo alimentar periódico (TCAP). As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, gravadas em áudio e transcritas posteriormente, para análise dos discursos, os quais agruparam-se em 4 categorias principais: Atribuição de propriedades e/ou componentes benéficos e/ou nocivos aos alimentos; Distorções das orientações/prescrições do nutricionista; Associações equivocadas entre patologias pré-existentes e a alimentação; Transferência de responsabilidade do comportamento alimentar. As *misconceptions* em nutrição podem ocasionar interpretação errônea das informações culminando em uma adesão parcial ao tratamento proposto, situação que agrava ainda mais o quadro de pacientes em vulnerabilidade psicológica, como os casos de transtorno de ansiedade, depressão e transtorno compulsivo alimentar periódico.

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental; comportamento alimentar; misconception

ABSTRACT

Eating disorders are multidetermined and result from the interaction between biological, cultural and experiential factors, as well as behavioral control, is a clinical challenge, shifts resources to health, such as psychology and nutrition. The purpose of this qualitative study was to list and classify the main nutritional misconceptions in a group of anxiety disorders in the city of Pirai-RJ. The population were interviewed 10 female participants, in Portuguese between 20 and 50 years and the presence thighbstories of periodic eating disorder (BDT). The rings were searched by the research, the audio recordings and transcribed were for the analysis of the discourses, and were grouped into four main categories: Attribution of beneficial and / or harmful properties and / or components to foods; Distortions of nutritionist guidelines / prescriptions; Mistaken associations between pre-existing pathologies and diet; Transfer of responsibility for food behavior. As misconceptions may occur the misinterpretation of information culminating in a partial cessation of therapy, depression and periodic eating disorder.

Keywords: cognitive-behavior therapy; food behavior, misconception

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	12
2. MÉTODOS.....	14
2. RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
4. CONCLUSÃO	23
5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Atribuição de propriedades e/ou componentes benéficos e/ou nocivos aos alimentos.....	14
Quadro 2- Distorções das orientações e/ou prescrições do nutricionista.....	16
Quadro 3- Associações equivocadas entre patologias pré-existentes e alimentação.....	18
Quadro 4- Transferência de responsabilidade do comportamento.....	20

LISTA DE SIGLAS

TCAP TRANSTORNO COMPULSIVO ALIMENTAR PERIÓDICO

1.INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são multideterminados e resultam da interação entre fatores biológicos, culturais e experiências pessoais (DUCHESNE; ALMEIDA, 2002). Como descreveu inicialmente Stunkard (1959) e definido no DSM-IV (1994), pacientes com transtorno de compulsão alimentar periódica realizam episódios de consumo descontrolado de grandes quantidades de comida não seguidos por qualquer comportamento compensatório apropriado. A compulsão alimentar também é acompanhada por sentimentos de angústia subjetiva, incluindo vergonha, nojo e/ou culpa. Em um estudo com mulheres francesas obesas, Pinaquy et al. (2003), preocupou-se em avaliar o comer emocional associado ao transtorno de compulsão alimentar. O comer emocional foi descrito como uma tendência a comer excessivamente em resposta a emoções difusas ou negativas e de acordo com seus resultados, o comer emocional foi um predisponente significativo para o transtorno do comer compulsivo. No Brasil, a sua prevalência na população em geral é em torno de 2% (APPOLINÁRIO, 2000), mas carece de estudos mais criteriosos a respeito deste transtorno e de seu impacto no estado nutricional e social dos pacientes.

O conceito de adesão é muito amplo pois é utilizado de diversas e diferentes formas, mas de modo geral, pode ser compreendido como uma soma de ações cujo principal objetivo é a aquiescência de orientações, isto é, adesão os cuidados, a frequência de consultas, à terapia farmacológica e não farmacológica e a conduta do paciente (MORAES et al, 2009).

Segundo Tinoco *et al* (2011), a modificação de comportamentos alimentares é um desafio clínico, que exige recursos de diversas áreas da saúde, como a psicologia e a nutrição. O autor completa que o profissional que conduz o atendimento deve desenvolver capacidade de observação de diversas manifestações que fornecem dados importantes, como: linguagem verbal e não verbal; e os conflitos internos e externos que atuam em todo comportamento do indivíduo. Além das *misconceptions* que podem interferir no entendimento e adesão a conduta proposta.

O termo “misconception” corresponde aos conceitos que têm interpretações e significados peculiares que não são cientificamente precisos. Na literatura, “misconception” também são referidas como crenças ingênuas (CARAMAZZA; MCCLOSKEY e GREEN, 1981), idéias errôneas (FISHER, 1985), preconceitos

(HASHWEH, 1988) e modelos pessoais da realidade (CHAMPAGNE; GUNSTONE e KLOPFER, 1983).

Reconhecido pela informalidade, o senso comum se caracteriza pelo seu conteúdo de ações e informações opostamente estabelecido à ciência que reformula episódios úteis para a vida cotidiana ao desatender ou distorcer as relações complexas entre as teorias e técnicas científicas produzindo a crença infundada de que, com o resultado de suas aplicações, pode converter objeto social, no caso um conceito, em um instrumento de que os indivíduos podem fazer uso (ALEXANDRE, 2000).

O presente estudo tem, como objetivo principal, identificar e analisar os principais *misconceptions* aflorados no discurso de pacientes com transtorno compulsivo alimentar periódico (TCAP) identificados em grupo de apoio a transtorno de ansiedade e depressão. Investigar a relação entre os distúrbios e como as falsas informações nutricionais, influencia diretamente no comportamento alimentar.

2. MÉTODOS

Esta pesquisa constitui-se em estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizada em município da cidade de Piraí-RJ, em um grupo de apoio a transtorno de ansiedade, que conta com aproximadamente 15 integrantes.

O projeto recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do UniFOA sob o CAAE nº: 06521218.6.0000.5237 e após a aquiescência das instancias cabíveis, as entrevistas foram realizadas. Apesar das reuniões serem feitas em grupo, as entrevistas foram realizadas individualmente para que não houvesse interferências e que os participantes se sentissem confortáveis para responder as perguntas e evitar qualquer tipo de constrangimento.

O grupo de apoio possui em média 15 participantes do sexo feminino, de 20 a 50 anos, moradoras da cidade de Piraí-RJ, entretanto apenas 10 foram selecionados para a entrevista por apresentarem indicativos de TCAP, que é o foco da pesquisa em questão mas apenas 6 delas apresentaram, nos discursos, informações identificadas como *misconceptions*. Foram realizadas entrevistas individuais seguindo um roteiro de perguntas semiestruturado, porém devido a variação do grau de escolaridade entre as participantes, as entrevistas foram conduzidas de acordo com a assimilação individual. As entrevistas com duração de aproximadamente 10 minutos foram gravadas em áudio com aparelho celular e transcritas posteriormente. As falas com conteúdo identificado como *misconceptions* afloraram em quatro categorias principais: Atribuição de propriedades e/ou componentes benéficos e/ou nocivos aos alimentos; Distorções das orientações/prescrições do nutricionista; Associações equivocadas entre patologias pré-existentes e a alimentação; Transmissão de responsabilidade do comportamento alimentar. As entrevistadas foram apresentadas sob pseudônimos atribuídos alfabeticamente segundo ordem em que as entrevistas foram realizadas para proteger a identidade das participantes.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 1. Atribuição de propriedades e/ou componentes benéficos e/ou nocivos aos alimentos

“Não, biscoito doce não, porque eu como biscoito diet né que é mais saudável.” (Amélia, 38 anos)

“Se eu tiver com fome, igual eu estava, se eu comer não me faz mal. Mas assim, eu compro daquele pequenininho porque eu sei que se eu comprar uma daquela latinha eu vou tomar tudo porque eu gosto de refrigerante. Então sabendo que eu não posso tomar, sempre que eu tiver na rua e me der fome, eu compro um daquele pequenininho que eu sei que eu posso tomar, então tomo moderado. Eu comprei a coxinha, mas eu sou mais assim de coisas assadas, eu não sou muito de fritura, entendeu? Mas como ali não tinha o que eu queria então eu optei por ela porque eu não como carne vermelha, eu só como carne branca. Então eu comi a coxinha porque não tinha nada tipo pastel assado e sempre que eu to com fome eu peço a ele pastel assado, mas como não tinha, eu fui na coxinha. Até tinha uns outros assados lá mas era de carne vermelha e eu não como carne vermelha.” (Catarina, 49 anos)

“É, aquele “não devia ter comido tanto” (risos), aí dou um intervalo né? Falo que não vou comer mais e depois eu tento compensar com uma fruta que é uma coisa mais leve né?” (Amélia, 38 anos)

“Assim, no momento que a gente tá comendo a gente tá muito feliz né? Não tem como! Mas depois eu tinha culpa, porque eu sabia que não podia ter comido um salgado 2 horas da tarde, 10 horas da manhã!” (Frida, 35 anos)

“Única coisa que me dá diarreia, enjoo, essas coisas é salsicha quando eu como, é a única coisa menina, o resto não me dá nada, eu posso comer até um boi (risos). Porque se desse enjoo a gente pensava duas vezes antes de comer né?” (Elizabeth, 41 anos)

“Quando me dá fome eu vou lá, arrumo meu almoço, mas é um pouquinho de cada coisa, mas agora alface e essas coisas, mato né? Ai eu como bastante (ênfase) porque não faz mal e é até bom pra saúde, entendeu?” (Catarina, 49 anos)

Fica evidente, pois que, na entrevista, quando as participantes atribuem aos alimentos características positivas ou negativas, remete diretamente a tabus estabelecidos socialmente e antigas crenças populares enraizadas na cultura na qual estão inseridas. Uma nova comida só é aceita quando integrada no modo de organização alimentar já existente do indivíduo, do grupo, ou da comunidade; dessa forma, a incorporação de um novo alimento ou comportamento é também um processo de ressignificação nas práticas alimentares (CANCLINE, 2007; CONTRERAS E GRACIA, 2011). E esse processo de ressignificação é fomentado, em grande parte, pelo interesse da indústria, que apresentam novos produtos ou ressignifica os produtos populares com um grande potencial de vendas, como, por exemplo, as linhas light, natural e diet, vendidas sob o selo de “alimento saudável”. O que é julgado “bom para comer” modifica-se ao longo da história, das religiões, dos grupos, das inclinações econômicas ou dos critérios que classificam a comida, como, por exemplo, o que é considerado uma alimentação saudável, afinal o que importa é a mensagem, o conceito de saudável ou de gourmet que ajuda impulsionar as vendas. (PRADO et al, 2016).

Na relação da dieta alimentar com a condição de saúde-doença consideram que alimentos como frutas e verduras podem ser consumidos sem restrição por serem, segundo elas, mais saudáveis. Beumont *et al.* (1990) ressaltam que a prática de comer adequadamente não está relacionada apenas com a conservação da saúde, mas também com um comportamento que seja socialmente aceitável e proporcione além de satisfação, também flexibilidade. Assim, entende-se que o conceito de alimentação saudável deva ser explorado em sua amplitude e totalidade.

Apesar da escolha dos alimentos com valor nutricional mais favorável ser uma conduta recomendável nestes casos, a concepção errônea de que esses alimentos podem ser consumidos em livre demanda por serem mais naturais deve ser desconstruído já que não é recomendada a classificação dos alimentos em grupos “bons” e “ruins” ou em “saudáveis” e “não saudáveis” (MARTINS *ET AL.* 2011), visto que tal nomenclatura confere aos alimentos uma conotação de restrição. Parece uma recomendação simples e fácil de ser exercida, mas dependendo dos hábitos alimentares anteriores, pode representar uma mudança drástica e originar crenças

acerca da terapia nutricional, como podemos observar nos discursos aqui apresentados, e que podem ser barreira à adesão por remeter a práticas restritivas, pois o que é considerado saudável ou não depende de diversos fatores, como: história individual ou familiar, cultura, religião, aspectos econômicos, experiência pessoal, preferências e aversões, entre outros (SIZER, 2003).

Quadro 2. Distorções das orientações/prescrições do nutricionista

“É, eu nunca fui de comer aquele prato sabe? Agora com a diabetes eu tenho que comer três colherinhas de arroz, mas quando da ansiedade eu já penso: Nossa Senhora, ainda to com fome (risos) aí tem que comer devagar pra tentar saciar tudo né?” (Amélia, 42 anos)

Quando questionada se conseguia diferenciar sua fome física da fome emocional, Amélia completa.

Eu penso: “É, isso aqui dá pra segurar umas três horinhas.”. Porque tipo, são 3 colheres que você tem que comer né? Aí eu coloco umas 5, duas a mais porque ai dá pra me satisfazer, na verdade é um pouco a mais né mas não é tanto quanto eu gostaria porque eu tenho me policiar mesmo mas tem hora que é... difícil.”

“Tudo que o médico passou pra mim até hoje eu achei boa, coisas saudáveis, entendeu? Às vezes eu saio um pouquinho, igual quando eu como macarrão, tem época que eu começo a comer macarrão, mas eu sei que não é bom. Não devo, né?” (Bela, 48 anos)

“Igual, se eu comer angu e feijão, eu coloco uma concha boa de feijão e menos de angu pra ficar uma comida firme, mas que consiga comer sem entalar e não ter que beber água porque o nutricionista falou pra mim: “mas você não pode ficar comendo bebendo água porque você tá na dieta, você tem que emagrecer”. Mas comida pra mim tem que ter caldo” (Catarina, 49 anos)

Algumas das pacientes entrevistadas apresentaram nas falas informações, que até o presente momento, não possuem comprovação científica a respeito das orientações realizadas pelo nutricionista, indicando o que aparenta ser uma distorção das prescrições feitas a fim de adaptar a mudança proposta ao comportamento alimentar habitual. Portanto, segundo Pontieri (2010), o profissional deve atentar-se para o grau de assimilação que o paciente obteve das orientações realizadas e detectar possíveis distorções do que foi recomendado. Deve existir, entre o profissional e o paciente, um diálogo claro e categórico além de um espaço para que o mesmo apresente suas dúvidas, caso contrário poderá haver intercorrência na adesão ao tratamento proposto por interpretação errada das informações ou simplesmente recusa em aceitar a intervenção proposta.

O termo “dieta”, como foi usado na fala de Catarina, traz consigo uma conotação de restrição. Esta palavra poderia ser substituída por plano alimentar, alimentação saudável ou adequada, por exemplo, evitando assim que houvesse esse primeiro sentimento de repulsa ou pavor as mudanças que serão desempenhadas. (PONTIERI; BACHION, 2010).

Quadro 3. Associações equivocadas entre patologias pré-existentes e a alimentação

“E eu bebo muita água quando eu sinto fome, mas eu ainda tô cheia eu vou lá e bebo água pra tentar saciar um pouco e tentar limpar né? E é bom beber porque diabético tem que beber bastante água né? Aí eu bebo bastante então não me dá muita vontade.” (Amélia, 42 anos)

“Sempre fui de comer pouco porque tudo que eu comia me enchia, ai depois que eu fiquei diabética ai eu tenho que me policiar mais né? Ai tem vezes que por causa um pouco da ansiedade a gente come um pouco mais, mas por ser diabética tem que comer pouco as vezes não sustenta mas comer um pouquinho a mais não faz mal não né?” (Amélia, 42 anos)

“Ah, o nutricionista falou pra mim que eu tinha que comer de 3 em 3 horas, mas eu não vou fazer isso não, sabe por que? Porque eu tenho problema no estômago, eu tenho gastrite, gastrite não. Qual o médico falou que era? (apresenta confusão) ah eu esqueci o nome, eu esqueci. Então eu tenho problema no estomago e o que acontece? Se eu não comer na hora, se eu for comer de 3 em 3 horas igual ele mandou eu comer, o que vai acontecer? Vai me atacar a dor no estomago.” (Catarina, 49 anos)

“Eu não experimentei porque assim, agora eu conversei com ele e falei: “Doutor, eu não vou fazer isso porque eu sei que meu corpo não vai adaptar e eu vou passar mal” porque eu tenho lúpus né então o meu estômago dói.” (Catarina, 49 anos)

“É que eu penso assim, a comida deixa a gente pra frente né, deixa a gente feliz, que legal a gente sentar na mesa com um monte de gente, comer. As pessoas que fazem redução de estômago ficam depois depressivas, todo mundo triste, pra baixo, eu tenho essa impressão, não sei.” (Frida, 35 anos)

Bruno (2009) *apud* Vieira (2010) aponta em artigo sobre compulsão, que distúrbios alimentares são uma articulação da mente que desenvolve recursos de fuga quando não está suficientemente preparada para enfrentar o real. Na medida em que o sofrimento psíquico não consegue ser vivenciado conscientemente, pode provocar ruptura do sistema regulador dos afetos, podendo ser direcionado para a ação motora em forma de compulsão. Portanto, a compulsão aconteceria para auxiliar a suportar uma dor de ordem emocional. O corpo vem em socorro da mente através de um agir angustiado e repetitivo para proteger a pessoa de uma dor psíquica que ela não tem condições de solucionar ou suportar, e em uma situação de patologia que acomete o indivíduo atualmente, o estado psicológico tende a ser alterado.

Em artigo que analisava os sentidos atribuídos à doença no indivíduo em contexto social, Herzlich (2004) constatou o quanto o corpo é importante para a percepção de identidade do indivíduo, com oscilações na autoestima, por exemplo, por presença de doenças crônicas e dos considerados transtornos associados à alimentação. Amélia, por exemplo, apresenta durante toda sua entrevista um tom melancólico ao referir-se ao diagnóstico de diabetes e as alterações em sua alimentação causada pelo falecimento recente da mãe evidenciando, principalmente, o vínculo direto do estado emocional ao comportamento alimentar. Esse fato, frente ao presente estudo, reforça o cuidado que o profissional de saúde deve ter ao lidar com o paciente, deve evitar o enfoque na doença e sim concentrar-se na pessoa, em seu histórico familiar e história de vida, pois este e outros diagnósticos podem ser geradores de diversas emoções que dificultam a adaptação ao estilo de vida a ser seguido após o prognóstico. Assim, é importante que os sentimentos e emoções produzidos após a confirmação da patologia sejam ouvidos e valorizados, de modo que o paciente possa aceitar a doença e aderir ao tratamento de forma participativa (OVIEDO; BOEMER, 2009).

Quadro 4. Transferência de responsabilidade do comportamento.

“Às vezes eu quero resolver uma coisa e não consigo aí que eu me descontrolo, aí fica aquela frustração né. Mas não é de comer um prato, é comer um pouco a mais do que eu devia porque tudo que eu como me enche, mas aí passa um pouco parece que eu não comi.”
(Amélia, 42 anos)

“Ai doce é muito difícil, e a única coisa que eu tenho dificuldade assim é doce. Salgado eu não ligo não, sabe? Fritura, essas coisas, mas doce? Não me oferece não (risos). Igual um dia, eu fui resolver um problema em Piraí pro meu pai, aí eu cheguei tava sentindo dor, tava estressada aí eu fui e comi um chocolate. (risos)

Quando questionada se o doce melhorou ou piorou a dor, Diana completa.

Continuei na mesma, sentindo dor (risos). Deu aquela aliviada só no momento porque eu tava muito ansiosa, nervosa né? Ai eu aquele “aaaah” (simulou uma respiração profunda de alívio).
(Diana, 20 anos)

“Então eu não sei se é devido a minha ansiedade, mas eu não tô conseguindo emagrecer como eu preciso emagrecer porque não é falta de dieta não sabe? Porque eu tô com a minha consciência limpa que eu tô fazendo a dieta de conforme eu quero, quer dizer, conforme eu posso, consigo fazer.” (Catarina, 49 anos)

“Aí também a ansiedade junto né, a gente até sente culpa, mas eu sou tranquila, não sou de comer muito, nunca fui. Tudo que eu como me enche, mas por causa da ansiedade as vezes eu como um pouco mais.” (Amélia, 42 anos)

Frida, ao ser questionada se sentia vontade de comer após algum episódio de estresse, responde com afinco:

“Ah sim, bastante! E sempre tinha gente vendendo “não sei o que”, você compra. Agora não, controlei, não compro mais nada, nada fora do que eu posso porque eu tava com quase três dígitos já (risos), não dava mais, não me sentia bem.” (Frida, 35 anos)

Um comportamento muito comum em pacientes compulsivos é conferir a responsabilidade do que acontece consigo para fatores externos que estão fora do controle pessoal. Amélia, Diana e Catarina, atribuem seus comportamentos alimentares considerados inadequados à ansiedade, que em alguns dos casos nem ao menos foi diagnosticada como patologia em si, mas que pode ser interpretada como uma denominação para um estado de nervoso momentâneo que aprenderam a

reconhecer como ansiedade. Battistoni (1996), em sua dissertação, apresenta no capítulo "O significado do alimento" que o alimento pode representar algo extremamente valioso e essencial à vida, além de sentimentos diversos a ele atribuídos.

Certos indivíduos obesos buscam no alimento a compensação para problemas e dificuldades de ordem emocional. Alimentam-se em excesso, para satisfazer necessidades afetivas, compensar frustrações, combater a depressão e o sentimento de solidão, descarregar a raiva ou fugir de sentimentos desagradáveis como o tédio, a preocupação, a culpa, a vergonha, a falta de esperança que decorrem de conflitos intrapsíquicos. (BATTISTONI, 1996 p.109).

Yanovski, et al. (1993), apresentam estudos de associação entre o transtorno alimentar e comorbidade psiquiátrica em obesos, encontrando uma correlação altamente significativa entre a presença de compulsão alimentar e outras desordens psiquiátricas como depressão, transtorno de personalidade Borderline, e outros transtornos de personalidade. A fala tão consistente de Frida que afirma "*eu tava com quase três dígitos já, não dava mais, não me sentia bem*" comprova o que o autor afirma que quanto maior a compulsão alimentar, maior o detrimento psíquico que nesse caso foi causado pelo aumento de peso gerado pela compulsão.

Portanto, ainda que os dados representados acima se refiram exclusivamente a indivíduos obesos, a narrativa dialoga com o presente estudo, uma vez que as participantes apresentam o mesmo comportamento independente do peso corporal, como demonstrado nas falas apresentadas em que o TCAP é visto como um mecanismo de defesa e reparação, no intuito de evitar ou aliviar sentimentos de solidão, fracasso e abandono.

4. CONCLUSÃO

O estudo com abordagem qualitativa foi utilizado como uma proposta de investigação que, sem perder seu caráter científico, permitiu que o investigado se tornasse não o objeto do estudo, mas o sujeito do mesmo e possibilitou que as informações obtidas fossem analisadas com mais profundidade e sensibilidade, condições que não seriam possíveis em um estudo quantitativo. A partir dos resultados apresentados, conclui-se que as *misconceptions* em TCAP podem ocasionar interpretação errônea das informações culminando em uma adesão parcial ao tratamento proposto, situação que agrava ainda mais o quadro de pacientes em vulnerabilidade psicológica, como os casos de transtorno de ansiedade e depressão. O cuidado em saúde é multifacetado, logo, entender a teia que o constitui é uma condição primária na atuação do profissional de promoção da saúde. Isso implica em ampliar a própria visão para compreender as relações entre as condutas das pessoas e as variáveis, como cultura, religião, classe social, por exemplos. É necessário que haja uma atuação multiprofissional para que este comportamento seja regulado e equilibrado com o intuito de conter os danos à saúde física e psicológica do indivíduo a que ele é atribuído.

Uma das maiores dificuldades que encontramos foi a escassez de estudos que demonstrassem o efeito das falsas informações nutricionais e crenças pessoais na adesão ao tratamento e no comportamento alimentar em si. Faz-se necessário a elaboração de estudos mais criteriosos sobre a temática e sobre a incidência de TCAP na população brasileira para que se tenha dimensão da prevalência e com isso ações mais eficientes em pacientes com essa condição.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexandre, M. **O saber popular e sua influência na construção das representações sociais**. *Comum*, v. 5, n. 15, p. 161-171, 2000.

American Psychiatric Association (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. Washington (DC). 4 ed. 1994.

Appolinario, JC; Claudino, AM. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, ed. 2, p. 28-31, 2000.

Battistoni, MM. **Obesidade feminina na adolescência: revisão teórica e casos ilustrativos : visão psicossomática**. 1996. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/310387>>. Acesso em: 21 Mar. 2019.

Bruno C, Compulsão e distúrbios alimentares. **Ciência e Vida**. 2009 in, Vieira, CM. **Significados psicológicos e culturais do comportamento alimentar de adoecidos crônicos por síndrome metabólica = um estudo clínico-qualitativo**. 2010. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/reposip/308983>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

Canclini, NG. **A globalização imaginada**. São Paulo: Iluminuras, 2007.

Caramazza, A, McCloskey, M, & Green, B. Curvilinear motion in the absence of external forces: naive beliefs about the motion of objects. **Science**, v:210, p. 1139-1141, 1980.

Champagne, A; Gunstone, R; Klopfer, L. **Naive knowledge and Science learning**. *Research in Science and Technological Education*, 1(2), 173-183,1983.

Contreras, J; Garcia, M. **Alimentação, sociedade e cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

Duchesne M; Almeida PEM; Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria* ed 24 (Supl III):pág 49-53, 2002.

Fisher, K. A misconception in biology: Amino acids and translation. **Journal of Research in Science Teaching**, ed 21, pág 53-62, 1985.

Grilo, CM. **Binge eating disorder**. In: Fairburn CG, Brownell KD. Eating disorders and obesity. New York:, ed 2 pág 178-182. 2002

Hashweh, MZ. Descriptive studies of students' conceptions in science. **Journal of Research in Science Teaching**, 25, 121-134, 1988.

Herzlich, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004

MARTINS, M *et al.* Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. *Revista de Nutrição*, v 24, pág 345-357, 2011

Moraes, AB; Rolim, G; Costa JR., A. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 11, n. 2, pág 329-345, 2009.

Oviedo AD; Boemer MR. A pessoa com diabetes: do enfoque terapêutico ao existencial. **Revista Esc Enfermagem USP**, vol 43,n 4, pág 744-751, 2009.

Pinaquy S, Chabrol H, Simon C, Louvet JP, Barbe P. - Emotional Eating, Alexithymia, and Binge-Eating Disorder in Obese Women. **Obesity Research**, vol.11, pag 195-201, 2003.

Pontieri FM, Bachin MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v:15, p151-160, 2010.

Prado; SD *et al.* Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede / organização, **EdUERJ, Sabor metrópole**, vol. 5, pág 35, 2016.

Tinoco, R *et al.* Intervenção clínica e preventiva nos comportamentos alimentares, *Acta Médica Portuguesa*, ed 24 pág 741-746, 2011.

Sizer FS, Whitney EM. Nutrição conceitos e controvérsias. **Barueri: Manole**; ed 8 p.147-159, 2003.

Stunkard, A.J. Eating patterns and obesity. **The Psychiatric Quarterly**, v. 33, cap. 2, p 294. 1959.

Yanovski, SZ; Nelson, JS; Dubbert, BK; Spitzer, RL. Association of Binge Eating Disorder and Psychiatric Comorbidity in Obese Subjects. **The American Journal of Psychiatry**, ed 150, pag 1472-1479, 1993.