

**IMPACTO DA INTERVENÇÃO NUTRICIONAL SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES,  
ESTADO NUTRICIONAL E PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS  
COMPORTAMENTAIS EM MULHERES**

***IMPACT OF NUTRITIONAL INTERVENTION ON EATING HABITS, NUTRITIONAL  
STATUS AND PREVALENCE OF BEHAVIORAL DISORDERS IN WOMEN***

Rayanne Lacerda da Vitoria <sup>1</sup>

Mírian Patrícia Castro Pereira Paixão<sup>2</sup>

**RESUMO:** Os transtornos comportamentais têm aumentado consideravelmente e são de caráter multifatorial. As mulheres têm sido mais afetadas por esse problema devido à sobrecarga de trabalho e a qualidade da alimentação. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho consiste em avaliar o impacto da intervenção nutricional sobre hábitos alimentares, composição corporal e prevalência de transtornos comportamentais em mulheres. Foi uma pesquisa de campo exploratória e descritiva, sendo de caráter longitudinal e de abordagem experimental, quantitativa e qualitativa, que foi realizada com mulheres da grande Vitória. Foi um estudo de coorte aberta onde foram selecionadas 60 mulheres, com idade entre 20 e 59 anos. O estado nutricional foi analisado a partir dados antropométricos (Peso, altura, circunferência da cintura e percentual de gordura), os hábitos alimentares e intestinais por meio de questionários validados. A fim de avaliar o nível de estresse foi utilizada a escala Depression Anxiety Stress Scale 21 (EADS-21). O referido projeto foi avaliado e aprovado pelo comitê de ética do Centro Universitário Salesiano (CAAE:73330723.0.0000.5068). Os dados foram apresentados a partir de estatística descritiva. Observou-se que houve uma melhora na qualidade da alimentação, uma redução do risco de disbiose e melhora nos parâmetros comportamentais, entretanto em relação ao estado nutricional, constatou-se redução das medidas antropométricas, porém não houve impacto na classificação do estado nutricional. O estudo contribuiu com a saúde das mulheres em relação à melhora da qualidade da alimentação e mudanças na composição corporal, visto que se verificou redução na prevalência de ansiedade, depressão e estresse.

**Palavras-chave:** Ansiedade; Hábitos alimentares; Estado nutricional; Intervenção clínica;

---

<sup>1</sup> Graduanda do curso de Nutrição do Centro Universitário Salesiano (r.lacerdavitoria@gmail.com).

<sup>2</sup> Mírian Patrícia Castro Pereira Paixão, Nutricionista, Doutora em Ciência e Tecnologia de Alimentos, Mestre em Ciências Fisiológicas, Professora do curso de Nutrição do Unisales (mpaixão@souunisales.com.br).

**ABSTRACT:** Behavioral disorders have increased considerably and are multifactorial in nature. Women have been more affected by this problem due to work overload and the quality of their diet. Given the above, the objective of this work is to evaluate the impact of nutritional intervention on eating habits, body composition and prevalence of behavioral disorders in women. It was an exploratory and descriptive field research, with a longitudinal character and an experimental, quantitative and qualitative approach, which was carried out with women from greater Vitória. It was an open cohort study where 60 women were selected, aged between 20 and 59 years. Nutritional status was analyzed based on anthropometric data (weight, height, waist circumference and fat percentage), eating and intestinal habits using validated questionnaires. In order to assess the level of stress, the Depression Anxiety Stress Scale 21 (EADS-21) was used. This project was evaluated and approved by the ethics committee of the Centro Universitário Salesiano (CAAE:73330723.0.0000.5068). Data were presented using descriptive statistics. It was observed that there was an improvement in the quality of the diet, a reduction in the risk of dysbiosis and an improvement in behavioral parameters. However, in relation to nutritional status, there was a reduction in anthropometric measurements, but there was no impact on the classification of nutritional status. The study contributed to women's health in terms of improving the quality of their diet and changes in body composition, as there was a reduction in the prevalence of anxiety, depression and stress.

**Keywords:** Anxiety; Eating habits; Nutritional status; Clinical intervention;

## 1. INTRODUÇÃO

Os transtornos comportamentais têm aumentado consideravelmente, são de caráter multifatorial, sendo sua causa por fatores genéticos, biológicos e ambientais, atingindo pessoas em todas as faixas etárias, desde crianças até idosos (Gonçalves *et al.*, 2018). Segundo estimativas da Organização mundial da Saúde (OMS), o Brasil se destaca no mundo com o maior número de indivíduos diagnosticados com transtorno de ansiedade, aproximadamente 9,3% da população e está correlacionado a uma alimentação inflamatória e de baixa qualidade, e hábitos de vida inadequados que podem resultar em uma disbiose intestinal (Rocha, Myva, Almeida, 2020).

As características do transtorno de ansiedade são descritas pelo Manual de diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5.<sup>a</sup> edição) como ansiedade em excesso, sensação de medo e perturbações comportamentais (APA, 2013). E a persistência dos sintomas além do período apropriado, interfere no conforto emocional, sendo invasivo ao seu desempenho diário e principalmente a qualidade de vida, tornando essas sensações diferentes das sensações de medo e com isso a patologia passa a ser diagnosticada como um transtorno mental (Costa *et al.*, 2019).

De acordo com Oliveira, Silva, Farias (2021), as mulheres apresentam incidência maior que os homens com relação à ansiedade e depressão, esse fato se explica pela diferença no cotidiano e responsabilidades que ambos têm. Muitas mulheres possuem jornadas duplas de trabalho, tornando-se desafiadoras quando conciliadas com a

maternidade, mudanças hormonais diante do período menstrual, menopausa, sistema neurológico, exaustão mental e vulnerabilidade social (Bittar, Kohlsdorf, 2013).

As mudanças hormonais em ambos os sexos acontecem até os 10 anos de vida, e após 60 anos, se tornando igual à incidência do diagnóstico de depressão e ansiedade, contudo, no intervalo de 11 aos 59 anos de vida, o sexo feminino se destaca com suas mudanças hormonais que podem ter influência para o agravamento dos quadros de ansiedade e depressão (Apóstolo *et al.*, 2011).

Segundo Carvalho *et al.* (2013), o comportamento alimentar é definido como todas as formas de conexão com o alimento. Um padrão alimentar onde exista o consumo de frutas, verduras, legumes, peixes e alimentos integrais já são relacionados com uma baixa para o risco do diagnóstico de ansiedade, comparado ao padrão alimentar ocidental de baixa qualidade nutricional rica em alimentos açucarados e ultraprocessados, sendo associado aos sintomas psiquiátricos. As emoções são capazes de afetar o comportamento alimentar, uma vez que a frequência das refeições, quantidades ingeridas e escolhas alimentares, não dependem somente das necessidades fisiológicas e sim de vários fatores emocionais (Souza *et al.*, 2017; Masana *et al.*, 2019).

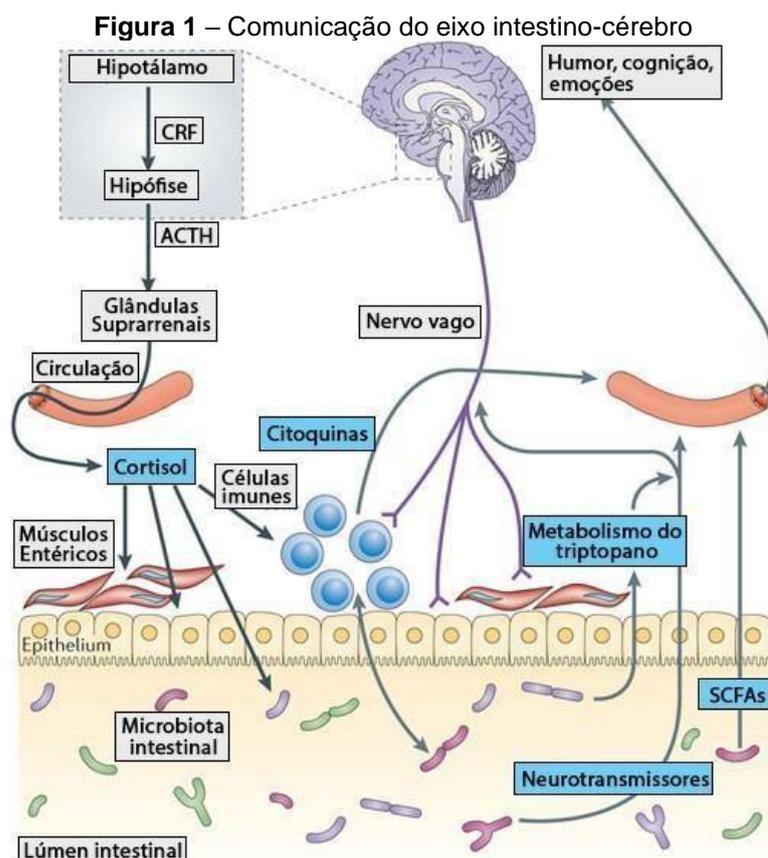
A fome emocional é caracterizada por relacionar a fome com a vontade de comer. Isso ocorre quando a necessidade fisiológica se converte em sensação de bem-estar, e o alimento que deveria ser ingerido com intuito de nutrição, passa a ser ingerido para gerar sensação de prazer momentâneo (Abeso, 2016). Esse sentimento, faz com que o consumo de alimentos de alta densidade calórica seja maior, e com essa ingestão, a uma dificuldade maior para a perda de peso. O comportamento compulsivo é uma condição da ansiedade ocasionada pelo estresse, o aumento do cortisol no plasma e do metabolismo energético, incita a busca e ingestão dos alimentos como forma de conforto na resposta ao estresse crônico (Fusco *et al.*, 2020).

O *mindful eating* ou comer com atenção plena se baseia na experiência individual do momento, ou seja, se desligando de lembranças ou pensamentos futuros e se conectando com o presente (O'reilly *et al.*, 2014). É o comer sem preocupação com restrições e quantidades, o que realmente importa é aprender a selecionar alimentos de qualidade, saborear mais e inconscientemente comer menos e essa experiência pode contribuir de forma positiva na redução dos gatilhos emocionais que geram o aumento da ingestão alimentar (Hernando *et al.*, 2019).

O tratamento inclui protocolos de exercícios com consciência dos pensamentos, emoções, sensações corporais, percepção dos sinais de fome e saciedade, reações automáticas, aceitação e meditação, colaborando com o aumento da capacidade de autorregulação alimentar (Joseph, 2017).

Segundo Christoflett *et al.*, (2022), o eixo intestino-cérebro ocorre por meio de uma conexão complexa e dinâmica de múltiplas vias, envolvendo sistemas neurais e humorísticos. O intestino é visto como o segundo cérebro, uma vez que sua funcionalidade ocorre independente de comandos neurais. A microbiota intestinal está

ligada diretamente com o sistema nervoso central, a regulação do comportamento humano, a imunidade e as funções endócrinas. A interação entre essa comunicação do eixo intestino-cérebro está relacionada com distúrbios alimentares, inflamação do intestino e a síndrome do intestino irritável.



Fonte: Cryan and Dinan, 2012

A disbiose é diagnosticada quando ocorre o desequilíbrio bacteriano do intestino, bactérias patogênicas estão em números maiores em relação às bactérias benéficas, esse desequilíbrio gera impactos negativos no bem-estar e saúde do ser humano, ocasionando múltiplas patologias e favorecendo o diagnóstico de depressão (Furtado, Silva, Walfall, 2018).

A serotonina é um neurotransmissor do sistema nervoso central de animais, mamíferos e seres humanos. A síntese acontece com o fornecimento do aminoácido essencial L-triptofano, que não é produzido pelo ser humano, sendo necessário o consumo de fontes dietéticas para ser obtido (Rocha, Myva, Almeida, 2020). O triptofano pode ser encontrado em alguns alimentos como, por exemplo: semente de abóbora, bananas, grão-de-bico, soja, amendoim, tâmaras secas, leite, peixes e alimentos ricos em proteínas. A serotonina é importante no apetite e nos transtornos afetivos, sendo benéfica como uso terapêutico do triptofano (Sousa Júnior, Verde, Landim, 2021).

De acordo com Silva *et al.* (2021) a dieta tem influência direta nas mudanças da microbiota devido aos mecanismos que estão ligados ao sistema límbico. Os principais reguladores de humor vêm dessas áreas encefálicas agindo através de estímulos para liberação dos hormônios estimulantes.

Os sintomas de ansiedade estão relacionados com uma alta ingestão de gordura e deficiência de vitaminas B6, B2, B9 e hipovitaminose, levando por consequência a uma disbiose. A nutrição proporciona a adequação da alimentação do indivíduo ao seu estado nutricional, gerando equilíbrio ao seu organismo (Masana *et al.*, 2019).

O tratamento pode ser realizado mediante duas abordagens, o não medicamentoso com suporte, psicoterapia e psicoeducação, o medicamentoso ou a combinação de ambos (Carvalho, Barboza, 2021). Os ansiolíticos e antidepressivos são os mais utilizados no tratamento de transtornos de ansiedade, preconizado o antipsicótico, betabloqueadores, anticonvulsivantes e anti-histamínicos como opções potencializadoras e coadjuvantes. O uso dos fármacos como tratamento, deve ser orientado pelo médico psiquiatra para não ocorrer uma dosagem inadequada e o desmane dificultado (Secretaria Municipal de Saúde, 2010).

A conexão entre o acompanhamento multidisciplinar de profissionais da área de psiquiatria, psicologia, nutrição, educador físico entre outros pode promover uma melhora do quadro clínico do paciente (Menezes *et al.*, 2016)., bem como, uma alimentação rica em vitaminas e minerais associada a prática de atividade física, pode proporcionar de forma positiva uma melhora nos quadros de ansiedade (Andrade *et al.*, 2018).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto da intervenção nutricional sobre hábitos alimentares, composição corporal e prevalência de transtornos comportamentais em mulheres.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 DESENHO DE ESTUDO**

É uma pesquisa de campo exploratória e descritiva, sendo de caráter longitudinal e de abordagem experimental, quantitativa e qualitativa. Este estudo foi caracterizado como quali-quantitativo, visto que envolve a utilização de coleta de dados, variáveis pré-determinadas e análise objetiva de dados coletados. Tamanho amostral foi definido por conveniência, no qual foram selecionadas 60 mulheres, com idade entre 20 e 59 anos, sendo a coleta de dados realizada entre agosto/2023 e outubro/2023.

As voluntárias foram selecionadas na clínica escola de nutrição e outras clínicas de atendimento nutricional localizadas na grande Vitória (ES). Todas as inscritas neste projeto são residentes da mesma cidade, e foram convidadas a participar, sendo informadas do objetivo deste estudo e que tinham como benefício oficinas com avaliação dos hábitos alimentares, estado nutricional e prevalência transtornos comportamentais.

Foram estabelecidos como critério de inclusão neste estudo as seguintes características: mulheres, adultas, residentes da grande Vitória e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Aquelas que não atenderam os critérios de inclusão foram excluídas da amostra, mas obtiveram todos os benefícios que foram ofertados por este estudo as suas voluntárias.

O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética e após aprovação, foi apresentado as voluntárias. Só participaram do estudo aquelas, que ao serem orientadas sobre os objetivos e assim concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As oficinas de atendimento foram realizadas em grupo na comunidade, os encontros aconteceram uma vez por semana, totalizando 6 encontros com oficinas presenciais no qual foi efetuada avaliação do estado nutricional e consumo alimentar. Para a avaliação do estado nutricional dessa pesquisa foi utilizado a anamnese clínica nutricional adaptada ao transtorno de ansiedade (questionário) e a avaliação antropométrica como instrumento de coleta de dados.

A aplicação do questionário foi realizada presencialmente através do aplicativo do Google Forms. Para auxiliar na elaboração do questionário para avaliação nutricional, foi utilizado como instrumento de coleta de dados a avaliação objetiva (antropometria), a escala de depressão, ansiedade e estresse (EADS21) com 21 itens, avaliação já estruturada e validada, a Escala de Bristol, o Guia para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica do Ministério da Saúde, e o Questionário de Prevalência de risco de disbiose (DYS).

## 2.2 COLETA DE DADOS

### 2.2.1 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética do Centro Universitário Salesiano para análise. Após aprovação, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as participantes do estudo, que voluntariamente aceitaram participar da pesquisa. Os pesquisadores se comprometeram a manter o sigilo dos dados coletados, bem como a utilização destes exclusivamente com finalidade científica. As voluntárias que participaram do estudo foram informadas sobre os procedimentos, dos possíveis desconfortos, riscos e benefícios do estudo, antes de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, segundo determina a Resolução 196 e 466 do Conselho Nacional de Saúde de 2012 (Brasil, 2013).

### 2.2.2 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Para avaliar as variáveis sociodemográficas foi aplicado um formulário em que as perguntas iniciais abordaram questões referentes à identificação, informando: idade, telefone de contato, ocupação, renda, se possui diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis, diagnóstico de Transtornos Alimentares e uso de medicamentos (Marques, Silva, 2015).

### **2.2.3 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL**

Quanto a avaliação do estado nutricional, foram aferidas as seguintes medidas: Peso, altura, circunferências da cintura, e percentual de gordura. O peso foi aferido com o mínimo de roupas possíveis, descalço e posicionado no centro da balança com o corpo ereto. A altura foi aferida em estadiômetro com a voluntária de pé, os calcanhares unidos e pernas em paralelo, os braços relaxados ao lado do corpo, com as palmas das mãos voltadas para dentro e cabeça reta. Quanto a circunferência de cintura, foi aferida com a voluntária vestindo roupa com tecido fino ou região descoberta, de forma que não interferiu na localização e no resultado da medida. A participante permanece em pé com o abdômen descontraído, braços relaxados nas laterais e pés unidos, sendo aferido o menor nível entre a última costela e a crista ilíaca. O percentual de gordura foi aferido através da balança de bioimpedância da marca Ava Nutri (Júnior, 2018).

O diagnóstico nutricional das participantes foi realizado a partir do Índice de Massa Corporal ( $\text{Altura}^2/\text{peso}$ ) e classificado segundo a World Health Organization – WHO (1997) como abaixo do peso IMC menor que  $18,5\text{kg/m}^2$ , eutrofia IMC entre  $18,5\text{kg/m}^2$  e  $24,9\text{kg/m}^2$  sobrepeso IMC entre  $25\text{kg/m}^2$  e  $29,9\text{kg/m}^2$  e obesidade grau I IMC entre  $30\text{kg/m}^2$  e  $34,9\text{kg/m}^2$ , obesidade grau II IMC entre  $35\text{kg/m}^2$  e  $39,9\text{kg/m}^2$  e obesidade grau III IMC acima de  $40\text{kg/m}^2$ . O risco de desenvolver doenças cardiovasculares a partir da circunferência de cintura foi avaliado segundo a WHO (2000), onde as mulheres com  $< 80$  não possui risco,  $\geq 80$  indicando risco aumentado para doenças cardiovasculares e  $\geq 88$  risco muito aumentado para doenças cardiovasculares. Para classificar o percentual de gordura corporal, foi utilizado a classificação de Pollock e Wilmore.

### **2.2.4 AVALIAÇÃO DO HÁBITO INTESTINAL**

A avaliação do hábito intestinal foi da Escala de Bristol para consistência das fezes (EBCF). Ela é composta por figuras ilustrativas que representam sete tipos de fezes associadas a descrições precisas segundo sua forma e consistência. De acordo com tabela, a classificação é: (1) indica sinal de constipação severa, (2) indica constipação leve e trânsito digestivo lento, (3) indica evacuação normal, sinal de ótimo trânsito intestinal, (4) indica evacuação normal, sinal de ótimo trânsito intestinal, (5) indica tendência à diarreia, (6) indica diarreia, sinal de trânsito intestinal desregulado, (7) indica diarreia, sinal de trânsito intestinal desregulado. Considerando a classificação da Escala de Bristol, o hábito intestinal considerado saudável é o de 3 e 4 (Martinez, Azevedo, 2012).

### **2.2.5 AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL**

Para avaliar o nível de ansiedade de cada mulher foi aplicado o formulário Depression Anxiety Stress Scale 21 (EADS-21), que consiste em vinte e uma (21) perguntas voltadas para avaliação do estado mental. As perguntas vão desde se a pessoa apresentou dificuldades para se acalmar, se percebeu a boca seca, se não conseguiu sentir pensamentos positivos, se sentiu dificuldades para respirar, se sentiu

dificuldade em tomar iniciativa para fazer as coisas, dentre outras questões. Para chegar a uma conclusão sobre o nível de ansiedade da participante, o questionário possibilita uma contagem que varia conforme a resposta: (0) não se aplicou nada a mim; (1) aplicou-se a mim algumas vezes; (2) aplicou-se a mim muitas vezes; (3) aplicou-se a mim na maioria das vezes. Os escores globais para os três constructos (ansiedade, depressão e estresse) foram calculados como a soma dos escores para os sete itens de cada subescala. As variações de escores correspondem a níveis de sintomas, que variam entre “normal” e “muito grave” (Silva *et al.*, 2016).

### **2.2.6 AVALIAÇÃO METABÓLICA**

Para avaliar a prevalência de disbiose intestinal, foi aplicado o Questionário de Risco de Disbiose (Dysbiosis Frequent Questions Management -DYS FQM®), formado por 17 questões com informações sobre sinais e sintomas relacionados a hipersensibilidades alimentares e/ou ambientais que ocorreram no organismo durante os últimos 30 dias. Cada questão respondida gerou uma pontuação, conforme relevância do fator de risco, totalizando, no máximo, 49 pontos. Quanto mais pontos o paciente obtém, maior a exposição aos fatores de risco para disbiose. A pontuação total foi posicionada na escala de risco correspondente, que possui 4 níveis de risco aos quais o paciente está exposto, são eles: baixo, médio, alto ou muito alto risco de disbiose intestinal. Foi interpretado o resultado da soma de todos os sinais e sintomas da seguinte maneira: de 0 a 10 pontos tem-se um indicativo de baixo risco de disbiose, se a pontuação obtida foi de 11 a 23 pontos há médio risco de disbiose, a pontuação de 24 a 36 pontos indica alto risco de disbiose, enquanto 37 a 39 pontos é um indicativo de muito alto risco de disbiose. Para a classificação do Risco de disbiose intestinal foi utilizada a “Escala A”, visto que todas as questões foram respondidas pelos voluntários do estudo (FQM, 2019).

### **2.2.7 AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES**

Os hábitos alimentares foram avaliados através da aplicação do Guia alimentar de Bolso do Ministério da Saúde, contendo questões sobre a quantidade de consumo diário em medidas caseiras dos grupos alimentares, sendo classificados de acordo com os pontos, onde até 28 pontos deve haver uma mudança na alimentação para atingir hábitos saudáveis, de 19 a 48 pontos foi classificado como estado de atenção com a alimentação e 43 pontos ou mais, o desejado (Brasil, 2013).

### **2.2.8 INTERVENÇÃO NUTRICIONAL**

O curso “Nutrindo o autocuidado para redução dos sintomas de transtornos comportamentais” foi aplicado em 6 encontros de forma presencial e online através da ferramenta de WhatsApp e seus módulos abordaram os seguintes assuntos:

1.º encontro – “Minha primeira avaliação do estado nutricional e transtornos comportamentais”, neste primeiro encontro foi realizado a aferição das medidas antropométricas, para avaliação e classificação do estado nutricional, além do link da plataforma do Google Forms para coleta de informações relacionadas aos

questionários de ansiedade, depressão e estresse (EADS-21), prevalência de disbiose intestinal (DYS) e escala de Bristol. Após avaliação de todos os dados, foi entregue 5 propostas padrão de plano alimentar, lista de compras e um link para o grupo de acompanhamento na plataforma do WhatsApp. O estado nutricional pode ter influência nos transtornos de humor e ansiedade (Matos, Ribeiro & Moreira, 2017).

2.º encontro - “Desmistificando os transtornos comportamentais e desintoxicando do que não faz bem”, este segundo encontro foi abordado de forma clara o conceito, diagnóstico, fisiopatologia, fatores ambientais e doenças crônicas associadas. Explicado a importância da redução/restrição de alimentos industrializados, açucarados e com um número considerável de sódio. As doenças crônicas podem ter seu risco diminuído com dietas ricas em alimentos in natura de baixo índice glicêmico (Assunção, Carvalho, 2021).

3.º encontro - “Conhecendo os alimentos que podem aumentar ou provocar os transtornos comportamentais”, apresentação dos possíveis alimentos que possuem relação com os sintomas do transtorno de ansiedade e os alimentos que podem auxiliar na melhora do tratamento e distúrbios do sono, contribuindo para melhor resposta ao tratamento não medicamentoso com intuito de melhorar a resposta inflamatória (Carvalho, 2013).

4.º encontro - “Atenção plena, comer com consciência”, neste encontro o assunto foi de forma prática e clara, inicialmente explicando como comer com atenção plena e aprender a perceber e respeitar os sinais de fome, antes, durante e após as refeições. Como exercitar o SABOREAR, OBSERVAR, ESTAR PRESENTE NO MOMENTO E SEM JULGAMENTOS. Foi aplicado uma atividade educativa de atenção plena com chocolate, com objetivo de mudar a percepção negativa dos alimentos (O’reilly *et al.*, 2014).

5.º encontro – “Modulando o meu intestino de forma prática”, apresentação do tema disbiose e a conexão do eixo intestino-cérebro, como os probióticos podem contribuir para saúde intestinal. Apresentação dos produtos e alimentos que podem contribuir para o bom funcionamento do intestino (Christofolett *et al.*, 2022).

6.º encontro – “Autocuidado”, neste último encontro foi feita a reavaliação do estado nutricional e transtornos comportamentais. Uma reflexão sobre O curso “Nutrindo o autocuidado para redução dos sintomas de transtornos comportamentais”, um olhar com carinho para o meu resultado obtido. Mostrando que as mudanças ocorrem mediante um processo e que por mais simples que seja, precisa ser valorizado como uma grande conquista (Alvarenga *et al.*, 2015).

### 3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados foram apresentados por meio de estatística descritiva no qual as variáveis numéricas, quantitativas não demonstrativas por média e desvio padrão. Os resultados foram obtidos através de gráficos e tabelas. As variáveis qualitativas foram descritivas por meio de frequência absoluta e relativa. Os dados foram analisados

com auxílio do software Excel Microsoft Versão 2303, ano 2019.

#### 4. RESULTADOS

Participaram deste estudo 60 mulheres, com idade média de 32,15 anos  $\pm$  11,33 anos. Verificou-se que 43% estavam casadas, 55% não tinham filhos e 67% trabalhavam de carteira assinada. Em relação à renda, observou-se que 52% apresentaram renda familiar de até 2 salários mínimos. E 55% foi caracterizada pela região de Vila Velha (Tabela 1).

**Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica**

Variáveis	N	%
<b>Estado Civil</b>		
Solteiras	25	42
Casadas	26	43
Divorciadas	9	15
<b>Filhos</b>		
Sim	27	45
Não	33	55
<b>Ocupação</b>		
Estudante	14	23
Do lar	6	10
Carteira assinada	40	67
<b>Renda</b>		
Nenhuma	18	30
Até 2 salários-mínimos	31	52
3 a 5 salários-mínimos	8	13
5 a 8 salários-mínimos	2	3
> 8 salários-mínimos	1	2
<b>Região</b>		
Serra	5	8
Vitoria	16	27
Vila Velha	33	55
Cariacica	6	10

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação ao diagnóstico clínico, identificou-se que 33% relataram apresentar algum tipo de doença neurológica, tendo como destaque a ansiedade e a depressão. Em relação ao transtorno alimentar, 83% não possuíam nenhum diagnóstico. Constatou-se ainda que, 62% não faziam uso de medicamentos para tratar doenças neurológicas e/ou transtornos alimentares (Tabela 2).

**Tabela 2 – Caracterização dos aspectos clínicos**

Variáveis	N	%
<b>Diagnóstico clínico</b>		
Transtorno de ansiedade	14	23,33
Depressão	5	8,33
Fibromialgia	1	1,67
Outras doenças neurológicas	1	1,67
Nenhuma	39	65,00
<b>Diagnóstico de transtorno alimentar</b>		
Transtorno de compulsão alimentar	7	11,67
Outros transtornos alimentares	3	5,00
Não possui transtornos alimentares	50	83,33
<b>Uso de medicamentos</b>		
Sim	23	38,33
Não	37	61,67

Fonte: Elaborada pela autora.

A tabela 3 descreve as classificações do QFA (Questionário de Frequência Alimentar) onde 68,33% das voluntárias apresentaram uma alimentação considerada regular. O DYS (Questionário de Prevalência de Disbiose) indicou que 93,33% apresentavam risco de disbiose. Entretanto, 73,33% das questionadas sobre a Escala de Bristol, classificaram as fezes em tipo 3. As voluntárias do estudo também tiveram a classificação do questionário de frequência alimentar em regular descritos na pré-intervenção com 75% e após intervenção 60%. O presente estudo demonstrou significativa de ansiedade, depressão e estresse, com destaque para esse último, onde 71,66% das participantes apresentaram algum grau de estresse (mínimo, moderado, grave/muito e grave), a mesma prevalência ainda pode ser observada pré-intervenção com 65% e pós-intervenção uma baixa para 35%. No que tange o questionário de rastreamento metabólico, na pré-intervenção 80% estavam em médio risco de disbiose e após intervenção o risco caiu para 75%. A escala de Bristol na pré/pós-intervenção foi classificado em 60% para os tipos 3 e 4.

**Tabela 3 – Caracterização geral da anamnese nutricional e comportamental Pré e pós-intervenção**

Variáveis	Todos% (N)	Pré % (N)	Pós % (N)
<b>QFA</b>			
Inadequado	21,66 (13)	25,0 (5)	25,0 (5)
Regular	68,33 (41)	75,0 (15)	60,0 (12)
Ótimo	10 (6)	-	15,0 (3)
<b>Risco de disbiose</b>			
Alto risco de disbiose	20,0 (12)	15,0 (3)	5,0 (1)
Médio risco de disbiose	73,33 (44)	80,0 (16)	75,0 (15)
Baixo risco de disbiose	6,66 (4)	5,0 (1)	20,0 (4)
<b>EADS 21</b>			
<b>Ansiedade</b>			

Normal	53,33 (32)	70,0 (14)	80,0 (16)
Leve	5,0 (3)	10,0 (2)	5,0 (1)
Moderado	15,0 (9)	10,0 (2)	-
Severo	6,67 (4)	-	5,0 (1)
Extremamente severo	20,0 (12)	10,0 (2)	10,0 (2)
<b>Depressão</b>			
Normal	48,33 (29)	55,0 (11)	75,0 (15)
Leve	10,0 (6)	15,0 (3)	10,0 (2)
Moderado	18,33 (11)	20,0 (4)	10,0 (2)
Severo	8,33 (5)	5,0 (1)	-
Extremamente severo	15,0 (9)	5,0 (1)	5,0 (1)
<b>Estresse</b>			
Normal	28,33 (17)	35,0 (7)	65,0 (13)
Leve	28,33 (17)	35,0 (7)	20,0 (4)
Moderado	21,67 (13)	20,0 (4)	5,0 (1)
Severo	13,33 (8)	5,0 (1)	-
Extremamente severo	8,33 (5)	5,0 (1)	10,0 (2)
<b>Escala de Bristol</b>			
Tipos 1 e 2 – Quadros de constipação	16,67 (10)	25,00 (5)	30,00 (6)
Tipos 3 e 4 – Trânsito intestinal adequado	73,33 (44)	60,0 (12)	60,0 (12)
Tipos 5, 6 e 7 – Quadro de diarreia	10,0 (6)	15,0 (3)	10,0 (2)

Fonte: Elaborada pela autora.

Segundo a análise da classificação geral do estado nutricional, o peso médio foi de (73,38kg  $\pm$  18,40kg), o índice de massa corporal (28,1kg/m<sup>2</sup>  $\pm$  6,7kg/m<sup>2</sup>), e circunferência da cintura (87,0cm  $\pm$  15,41cm). Diante disso, observou-se que 33,33% das mulheres foram classificadas com eutrofia. O risco elevado de complicações metabólicas foi encontrado em 41,67%, segundo a medida CC. Já em relação ao percentual de gordura corporal, constatou-se que 35% das pacientes apresentaram risco de desenvolver doenças associadas a obesidade, sendo 70% não praticantes de atividade física. Participaram da proposta de intervenção 'nutrindo o autocuidado para redução dos sintomas de ansiedade' 20 mulheres com peso médio de (69,2  $\pm$  13,04), índice de massa corporal (27,1  $\pm$  4,68), circunferência do braço (31,0  $\pm$  4,0) e circunferência da cintura (84,5  $\pm$  11,09), e após intervenção o peso médio foi de (69,1  $\pm$  13,05), índice de massa corporal (27,1  $\pm$  4,66), circunferência do braço (31,0  $\pm$  4,0) e circunferência da cintura (83,3  $\pm$  11,06). Observou-se melhora nos parâmetros peso, CC e percentagem de gordura, entretanto esses resultados não foram significativos para que houvesse melhora na classificação. Com relação à prática de atividade física, houve melhora de 60% das participantes que passaram a incluir atividade na rotina diária (Tabela 4).

**Tabela 4 – Classificação geral do estado nutricional do Pré e Pós-intervenção**

Variáveis	Todos% (N)	Pré % (N)	Pós % (N)
Peso (kg)	73,38 ± 18,40	69,2 ± 13,04	69,1 ± 13,05
Índice de Massa Corporal(kg/m <sup>2</sup> )	28,1 ± 6,7	27,1 ± 4,68	27,1 ± 4,66
Circunferência da cintura (cm)	87,0 ± 15,41	84,5 ± 11,09	83,3 ± 11,06
<b>Classificação do Índice de Massa Corporal</b>	<b>% (N)</b>	<b>Pré % (N)</b>	<b>Pós % (N)</b>
Baixo Peso	5,0 (3)	5% (1)	-
Eutrofia	33,33 (20)	20% (4)	25% (5)
Sobrepeso	23,33 (14)	45% (9)	45% (9)
Obesidade grau I	25,0 (15)	20% (4)	20% (4)
Obesidade grau II	5,0 (3)	10% (2)	10% (2)
Obesidade grau III	8,33 (5)	-	-
<b>Classificação da Circunferência da Cintura</b>			
Sem risco de complicações metabólicas (< 80 cm)	40,0 (24)	45% (9)	45% (9)
Risco de complicações metabólicas (≥ 80 cm)	18,33 (11)	20% (4)	20% (4)
Risco elevado de complicações metabólicas (≥ 88 cm)	41,67 (25)	35% (7)	35% (7)
<b>Classificação do % de gordura</b>			
Abaixo da média	11,67 (7)	10% (2)	10% (2)
Acima da média	3,33 (2)	55% (11)	55% (11)
Risco de doenças associadas a obesidade	35,0 (21)	35% (7)	35% (7)
<b>Atividade Física</b>			
Sim	30,00 (18)	15% (3)	60% (12)
Não	70,00 (42)	85% (17)	40% (8)

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação à alimentação e estilo de vida saudável, notou-se que 36,66% da amostra consumia no mínimo 1 porção de frutas por dia, e 26,66% não comia legumes e verduras todos os dias. Em relação à ingestão proteica, observou-se que 66,66% consumiam leguminosas (2 porções por dia), 50% comiam carne e 53,33% peixe, pelo menos de uma vez por mês. Já em relação à gordura aparente das carnes, 63,33% declararam retirar seu excesso. Notou-se uma ingestão de leites e derivados de 46,66% e o consumo de água em 48,33% da amostra. Verificou-se que 55% não realizava práticas de atividade física e 33% declararam nunca ler as informações nutricionais dos rótulos dos alimentos industrializados (Tabela 5).

O grupo participante da intervenção, descrito na tabela 5, apresentou mudanças. No pré-intervenção, 40% da amostra consumia no mínimo 1 porção de frutas por dia e pós-intervenção o valor subiu para 45% da amostra. O consumo de legumes e verduras também apresentou mudanças. Antes do estudo 40% não consumia e após 45% passou a consumir 3 ou menos colheres de sopa por dia. Notou-se que a ingestão proteica de leguminosas foi de 80% e após intervenção nutricional 75% consumia entre duas ou mais colheres de sopa por dia. O consumo de carnes não teve alteração, se mantendo com 50%, e peixes passou de 65% antes para 55% pós-intervenção. Observou-se que 65% retiravam as gorduras aparentes nas carnes e após intervenção 60%. Em relação ao consumo de leite e derivados, 60% faziam o consumo diário e após intervenção passou para 65%. Houve melhora no consumo de água, onde 6 a 8 copos diários mudou de 35% para 40% após intervenção. Verificou-se que 70% das participantes não praticavam atividades físicas, e após orientações

apenas 50% declarou não participar. Em relação às informações nutricionais dos rótulos de alimentos industrializados, 45% relataram não ler e após intervenção 50% (Tabela 5).

**Tabela 5 – Dados gerais de hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis**

Variáveis		Todos% (N)	Pré % (N)	Pós % (N)
Qual é, em média, a quantidade de frutas que você come por dia?	Não consumo	28,33 (17)	40 (8)	5 (1)
	3 ou mais porções	16,66 (10)	-	15 (3)
	2 porções	18,33 (11)	20 (4)	35 (7)
	1 porção	36,66 (22)	40 (8)	45 (9)
Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você come por dia?	Não consumo	26,66 (16)	40 (8)	15 (3)
	3 ou menos CSP	31 (19)	35 (7)	45 (9)
	4 a 5 CSP	23,33 (14)	15 (3)	30 (6)
	6 a 7 CSP	6,66 (4)	10 (2)	5 (1)
Qual é, em média, a quantidade que você come de leguminosas	8 ou mais CSP	11,66 (7)	-	5 (1)
	Não consumo	8,33 (5)	5 (1)	5 (1)
	2 porções	66,66 (40)	80 (16)	75 (15)
	Mais de 2 porções	6,66 (4)	5 (1)	10 (2)
Qual é, em média, a quantidade de carnes ou ovos que você come por dia?	1 porção	18,33 (11)	10 (2)	10 (2)
	2 porções	20 (12)	35 (7)	35 (7)
	Mais de 2 porções	50 (30)	50 (10)	50 (10)
Você costuma tirar a gordura aparente das carnes?	30 (18)	15 (3)	15 (3)	
	Sim	63,33 (38)	65 (13)	60 (12)
Você costuma comer peixes com qual frequência?	Não	36,66 (22)	35 (7)	40 (8)
	Não consumo	11,66 (7)	15 (3)	20 (4)
	Menos de uma vez por mês	53,33 (32)	65 (13)	55 (11)
Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados que você come por dia?	2 ou mais vezes por semana	3,33 (2)	5 (1)	5 (1)
	De 1 a 4 vezes por mês	31,66 (19)	15 (3)	20 (4)
	Não consumo	16,66 (10)	10 (2)	15 (3)
	3 ou mais porções	46,66 (28)	10 (2)	5 (1)
Quantos copos de água você costuma beber por dia?	2 porções	28,33 (17)	20 (4)	15 (3)
	1 porção	8,33 (5)	60 (12)	65 (13)
	Menos de 4 copos	6,66 (4)	20 (4)	10 (2)
	8 copos ou mais	21,66 (13)	20 (4)	20 (4)
Você faz atividade física REGULAR?	4 a 5 copos	23,33 (14)	25 (5)	30 (6)
	6 a 8 copos	48,33 (29)	35 (7)	40 (8)
	Não	55 (33)	70 (14)	50 (10)
Você costuma ler a informação nutricional do rótulo de alimentos industrializados?	Sim	8,33 (5)	15 (3)	20 (4)
	2 a 4 vezes por semana	36,66 (22)	15 (3)	30 (6)
	Nunca	33,33 (20)	45 (9)	50 (10)
	Quase nunca	23,33 (14)	35 (7)	25 (5)
	Algumas vezes	21,66 (13)	15 (3)	15 (3)
	Sempre ou quase sempre	21,66 (13)	5 (1)	10 (2)

Nota: FAT - Fatias, CSP - Colher de sopa

Fonte: Elaborada pela autora

No que diz respeito aos hábitos alimentares e estilo de vida não saudável, observou-se que 31,67% consumia alimentos como frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presunto e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça e outros) 2 ou 3 vezes por semana. O consumo de doces, refrigerantes e industrializados era de 28,33%. A utilização de óleo vegetal para fins de preparo dos

alimentos foi constatada em 75%. Já em relação ao consumo de sal, 81,66% declarou não acrescentar nas refeições servidas e 78,33% informaram não consumir bebidas alcoólicas. Após intervenção, observou-se que o consumo dos embutidos que somava 35% passou a ser de 40% menos de 2 vezes por semana, e os dos alimentos industrializados de 35% 2 a 3 vezes por semana, e para 50% menos que 2 vezes por semana. O consumo de óleo vegetal não teve alteração, mantendo pré e pós com 85%. Já em relação à adição de sal, após intervenção, 95% declararam não acrescentar nas refeições servidas. E quanto a ingestão de bebida alcoólica, reduziu para 80% (Tabela 6).

**Tabela 6 – Pré e Pós de Hábitos alimentares e estilo de vida não saudáveis**

Variáveis		% (N)	Pré % (N)	Pós % (N)
frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presunto e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça e outros). Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?	Raramente ou nunca	20 (12)	5 (1)	15 (3)
	Todos os dias	6,67 (4)	5 (1)	-
	2 a 3 vezes por semana	31,67 (19)	35 (7)	30 (6)
	4 a 5 vezes por semana	13,33 (8)	20 (4)	15 (3)
	< 2 vezes por semana	28,33 (17)	35 (7)	40 (8)
Consumo de doces, refrigerantes e sucos industrializados	Raramente ou nunca	21,66 (13)	10 (2)	5 (1)
	<2 vezes por semana	28,33 (17)	25 (5)	50 (10)
	2 a 3 vezes por semana	28,33 (17)	35 (7)	40 (8)
	4 a 5 vezes por semana	13,33 (8)	20 (4)	-
	Todos os dias	8,33 (5)	10 (2)	5 (1)
Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar alimentos?	Banha animal ou manteiga	25 (15)	15 (3)	15 (3)
	Óleo vegetais	75 (45)	85 (17)	85 (17)
Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos?	Sim	18,33 (11)	15 (3)	5 (1)
	Não	81,67 (49)	85 (17)	95 (19)
Você costuma consumir bebidas alcoólicas com qual frequência?	Diariamente	5 (3)	-	-
	1 a 6 vezes na semana	16,67 (10)	15 (3)	20 (4)
	Não consumo	78,33 (47)	85 (17)	80 (16)

Fonte: Elaborada pela autora.

A descrição da comparação do estado nutricional, hábitos alimentares, prevalência de disbiose e transtornos comportamentais do pré e pós-intervenção nutricional das 20 participantes do desafio, é apresentada na Tabela 7. Na comparação é possível identificar os percentuais, de forma geral, de todas as mulheres que participaram do desafio. Quando observado o questionário EADS-21 nos quesitos ansiedade, depressão e estresse "normal", relacionado com o questionário de hábitos alimentares, foi possível identificar que não houve participantes classificados com "Ótimo". Neste mesmo quesito, após intervenção nutricional, observou-se que as mudanças na alimentação aconteceram e que 15% das participantes obtiveram classificação "Ótima". A relação do questionário EADS-21 nos quesitos ansiedade, depressão e estresse com o questionário de rastreamento metabólico apresentou, em sua maioria, médio risco de disbiose antes e pós-intervenção, mas foi possível notar que mudanças vistas na alimentação também trouxeram percentuais positivos para o baixo risco de disbiose, somando 65% das participantes. Com relação ao estado nutricional, em sua maioria foram classificadas com sobrepeso e obesidade,

e relacionando com o EADS-21 nos quesitos ansiedade, depressão e estresse, esse estado nutricional favoreceu o desenvolvimento dos sintomas de transtornos mentais, e que mesmo com a redução das medidas após intervenção, os resultados não foram significativos para mudança das classificações antropométricas.

**Tabela 7** – Comparação do estado nutricional, hábitos alimentares, prevalência de disbiose e transtornos comportamentais Pré e pós-intervenção nutricional

EADS-21	Hábitos alimentares			Disbiose			Estado nutricional			
	Inadequado	Regular	Ótimo	Alto Risco	Médio risco	Baixo risco	Baixo peso	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade
Variáveis	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
<b>Pré Intervenção</b>										
<b>Ansiedade</b>										
Normal	15 (3)	55 (11)	-	10 (2)	60 (12)	-	5 (1)	-	-	-
Leve	-	10 (2)	-	-	10 (2)	-	-	-	5 (1)	5 (1)
Moderado	5 (1)	5 (1)	-	-	5 (1)	5 (1)	-	-	5 (1)	5 (1)
Severo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Extremo severo	5 (1)	5 (1)	-	5 (1)	5 (1)	-	-	5 (1)	-	5 (1)
<b>Depressão</b>										
Normal	10 (2)	45 (9)	-	5 (1)	50 (10)	-	5 (1)	15 (3)	15 (3)	20 (4)
Leve	-	15 (3)	-	5 (1)	5 (1)	5 (1)	-	-	15 (3)	-
Moderado	10 (2)	10 (2)	-	-	20 (4)	-	-	-	10 (2)	10 (2)
Severo	-	5 (1)	-	-	5 (1)	-	-	-	5 (1)	-
Extremo severo	5 (1)	-	-	5 (1)	-	-	-	5 (1)	-	-
<b>Estresse</b>										
Normal	5 (1)	30 (6)	-	-	35 (7)	-	-	10 (2)	10 (2)	15 (3)
Leve	10 (2)	25 (5)	-	10 (2)	20 (4)	5 (1)	5 (1)	-	25 (5)	5 (1)
Moderado	-	20 (4)	-	-	20 (4)	-	-	5 (1)	5 (1)	5 (1)
Severo	5 (1)	-	-	-	5 (1)	-	-	-	-	5 (1)
Extremo severo	5 (1)	-	-	5 (1)	-	-	-	5 (1)	-	-
<b>Pós-intervenção</b>										
<b>Ansiedade</b>										
Normal	15 (3)	50 (10)	15 (3)	-	60 (12)	20 (4)	-	15 (3)	45 (9)	20 (4)
Leve	5 (1)	-	-	-	5 (1)	-	-	5 (1)	-	-
Moderado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Severo	-	5 (1)	-	-	5 (1)	-	-	-	-	5 (1)
Extremo severo	5 (1)	5 (1)	-	5 (1)	5 (1)	-	-	5 (1)	-	5 (1)
<b>Depressão</b>										
Normal	10 (2)	50 (10)	15 (3)	-	60 (12)	15 (3)	-	20 (4)	40 (8)	15 (3)
Leve	10 (2)	-	-	-	5 (1)	5 (1)	-	-	5 (1)	5 (1)
Moderado	-	10 (2)	-	5 (1)	5 (1)	-	-	-	-	10 (2)
Severo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Extremo severo	5 (1)	-	-	-	5 (1)	-	-	5 (1)	-	-
<b>Estresse</b>										
Normal	10 (2)	40 (8)	15 (3)	-	50 (10)	15 (3)	-	10 (2)	45 (9)	10 (2)
Leve	5 (1)	15 (3)	-	-	15 (3)	5 (1)	-	10 (2)	-	10 (2)
Moderado	5 (1)	-	-	-	5 (1)	-	-	-	-	5 (1)
Severo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Extremo severo	5 (1)	5 (1)	-	5 (1)	-	5 (1)	-	5 (1)	-	5 (1)

Fonte: Elaborada pela autora.

## 5. DISCUSSÃO

As mulheres analisadas neste estudo em sua maioria são casadas, obtêm ocupação de carteira assinada, com renda de até 2 salários mínimos e idade média (32,15 ± 11,33) (Tabela 1). Para Gonçalves *et al.*, (2018), o papel da mulher na família sofreu mudanças, onde as atividades desenvolvidas não são valorizadas e reconhecidas, além das responsabilidades financeiras para o sustento do lar, essa sobrecarga pode ser associada a fatores de risco para a saúde das mulheres.

Entre os diagnósticos clínicos presentes na amostra foi evidenciado a ansiedade e depressão (Tabela 2), que merecem atenção, pois o diagnóstico tem impacto direto na qualidade de vida e saúde das mulheres no que diz respeito aos aspectos emocionais (Costa *et al.*, 2019).

O questionário de frequência alimentar classificou 68,33% das participantes com uma alimentação regular. No grupo participante da intervenção o pré estava com 75% e o pós com 60% classificadas com uma alimentação regular. Houve redução no percentual de 15% que havia sido classificado como ótimo neste questionário, como descrito na Tabela 3. Esse resultado evidencia a importância do acompanhamento nutricional para auxílio nas mudanças alimentares e consequentemente a redução dos sintomas de ansiedade (Andrade *et al.*, 2018).

No questionário de rastreamento metabólico descrito na Tabela 3 as voluntárias apresentaram algum risco de disbiose, entre alto ou médio. De acordo com Sturion e Boff (2021), o diagnóstico de ansiedade e estresse estão associados a problemas na microbiota intestinal, devido a uma baixa produção de serotonina e desequilíbrio corporal. Com o surgimento dos sintomas ocorre uma secreção maior de cortisol e catecolaminas na tentativa de estabelecer o equilíbrio. Esse desequilíbrio caracteriza uma maior hipersensibilidade alimentar. O formato e consistência das fezes são fatores importantes para o diagnóstico de disbiose intestinal, principalmente em respostas de ansiedade severa. Mesmo que neste estudo a prevalência na escala de Bristol tenha classificado tipo 3 e 4 quando o trânsito intestinal está adequado.

De acordo com questionário de avaliação do estado mental, foi observado que as participantes apresentaram algum grau de ansiedade, depressão e estresse, mas a prevalência foi de estresse (Tabela 3). Segundo Carvalho *et al.* (2013), a alimentação apresenta uma forte relação com o estado mental, isso porque os transtornos mentais podem ter uma conexão com uma dieta inflamatória, onde existe baixo consumo de alimentos in natura como frutas, verduras e legumes (Tabela 5) e alto consumo de alimentos açucarados e ricos em gorduras (Tabela 6).

No presente estudo as voluntárias apresentaram em sua maioria a classificação de eutrofia segundo o seu estado nutricional, porém, as medidas de circunferência da cintura e percentual de gordura, indicaram risco elevado de complicações

metabólicas e de doenças associadas a obesidade (Tabela 4), confirmando estudos que correlacionam tais medidas à piora das manifestações do transtorno de ansiedade (Matos, Ribeiro, Moreira, 2017).

O grupo de intervenção foi representado por 20 mulheres que aceitaram o desafio de mudar a alimentação e participar do curso “nutrindo o autocuidado para redução dos transtornos comportamentais”. Os resultados descritos na Tabela 4 apresentaram uma correlação positiva após as mudanças dos hábitos alimentares e inclusão da prática de atividade física na rotina diária. Observou-se redução de peso, circunferência da cintura e percentual de gordura, no entanto, a redução não foi significativa para que houvesse alteração das classificações antropométricas ( $p > 0,05$ ).

No que diz respeito aos hábitos alimentares das mulheres em questão, notou-se o consumo elevado de alimentos industrializados como embutidos, refrigerantes e alimentos açucarados (Tabela 6), esse consumo alimentar está relacionado aos altos níveis de sódio, o que segundo Rocha, Myva, Almeida, (2020) favorece o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis e aumento da composição corporal. Após intervenção, foi possível identificar que os consumos de frutas, verduras e legumes (Tabela 5) se tornou mais frequente no dia a dia das participantes.

Não houve mudança significativa nos parâmetros comparados demonstrados na tabela 7, embora foi possível perceber que algumas mulheres tiveram redução nas medidas antropométricas e mudanças na qualidade da alimentação. O tempo de intervenção pode ter sido um fator, visto que no estudo de Teixeira *et al.* (2012), houve uma resposta mais positiva quando a intervenção aplicada em um tempo maior que 30 dias.

Importante ressaltar que as práticas de educação nutricional são contínuas, visto que as modificações/incorporações do conhecimento em nutrição, podem não ser aderidos de imediato ou em curto tempo. A conscientização dos indivíduos envolvidos são fatores primordiais para ter adesão a mudança na qualidade da alimentação (Brasil, 2013)

Sabe-se que as chances de sucesso e impacto de ações de promoção de práticas alimentares saudáveis aumentam à medida que se conhecem melhor os determinantes do comportamento alimentar de indivíduos ou populações. A eficácia de uma intervenção nutricional depende da internalização da necessidade de mudanças nos hábitos alimentares. Essa percepção do indivíduo é um importante requisito a ser investigado no delineamento de intervenções nutricionais, que são altamente suscetíveis às influências ambientais (Cunha, 2015). Reconhece-se que estas estratégias devem ser implantadas de forma continuada, visto que, conhecimentos em nutrição não podem ser modificados/incorporados em tão curto espaço de tempo, visando à conscientização dos indivíduos envolvidos.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres avaliadas neste estudo, apresentaram em sua maioria excesso de peso, elevado percentual de gordura corporal, sedentarismo e hábitos alimentares irregulares. Esses resultados favorecem o desenvolvimento dos sintomas de transtornos mentais e doenças metabólicas. Além disso, notou-se que o mais importante para as participantes era a mudança do perfil antropométrico, embora se percebeu que a intervenção nutricional promoveu mudanças comportamentais positivas.

Observou-se que ainda sim a intervenção nutricional foi imprescindível para melhora da conexão com os alimentos in natura e escolhas alimentares mais saudáveis, onde se notaram mudanças na qualidade, quantidade e nas condições das escolhas alimentares. Por sua vez, constatou-se redução do percentual de gordura corporal, do peso e da circunferência da cintura.

A necessidade de um acompanhamento nutricional individualizado e por um tempo maior de intervenção para que esses números de possíveis desistências possam ser reduzidos. Este estudo soma-se com aqueles que adotam a intervenção nutricional como fator importante para melhora na qualidade de vida, redução dos sintomas de transtornos comportamentais e consequentemente a mudança na composição corporal.

## 7. REFERÊNCIAS

ABESO. Diretrizes Brasileira de Obesidade. **Tratamento cirúrgico da obesidade**, 2016. Disponível em: <<https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>> Acesso em: 18 abr. 2023.

ALVARENGA, M. et al. Nutrição Comportamental. Barueri: Manole, 2015.

ANDRADE, E. A. F. de et al. L-Triptofano, ômega 3, magnésio e vitaminas do complexo B na diminuição dos sintomas de ansiedade. ID on-line. **Revista de psicologia**, [S.l.], v. 12, n. 40, p. 1129-1138, maio 2018. ISSN 1981-1179. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1165>> Acesso em: 30 mar. 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

APÓSTOLO, J. L. A. et al. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v.

19, n. 2, p. 348-353, 2011. DOI: 10.1590/S0104-11692011000200017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4326>. Acesso em: 31 maio. 2023.

ASSUNÇÃO, C. M. V.; CARVALHO, L. M. F. de. Nutritional conduct in the care of Polycystic Ovary Syndrome manifestations. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 17, p. e24101724260, 20 dez. 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i17.24260.

BITTAR, D.; KOHLSDORF, M. Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. *Psicologia Argumento*, v.31, n.74, p. 447-456, 2013. Disponível em:  
<[https://www.researchgate.net/publication/325073750\\_ANSIEDADE\\_E\\_DEPRESSAO\\_EM\\_MULHERES\\_VITIMAS\\_DE\\_VIOLENCIA\\_DOMESTICA](https://www.researchgate.net/publication/325073750_ANSIEDADE_E_DEPRESSAO_EM_MULHERES_VITIMAS_DE_VIOLENCIA_DOMESTICA)> Acesso em 06 mai. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar: como ter uma alimentação saudável. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 13 abr. 2023.

CARVALHO, I. M. O. N. B. de.; BARBOZA, N. A. (2021). Tratamento de ansiedade e uso indiscriminado de benzodiazepínicos na atenção básica: uma proposta de intervenção [Trabalho de conclusão de curso, UFPI]. Disponível em:  
<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/20384>> Acesso 20 abr. 2023.

CARVALHO, P. H. B. DE. *et al.* Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n. 2, p. 108–114, abr. 2013. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/NkxSw9pZBfPFtBjSpFhTSNN/#ModalHowcite>> Acesso 12 abr. 2023.

CHRISTOFOLETTI, G. S. F., et al. O microbioma intestinal e a interconexão com os neurotransmissores associados a ansiedade e depressão. **Brazilian Journal Health Review**, vol. 5 no 1, 2022. ISSN 2595-6825. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-298>. Disponível em:  
<<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/44339>> Acesso em: 30 mar. 2023.

COSTA, C. *et al.* Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** [online]. 2019, v. 68, n. 2, pp. 92-100. Epub 26 ago 2019. ISSN 1982-0208. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>> Acesso em: 28 mar. 2023.

CRYAN, J. F.; DINAN, T. G. Mind-altering microorganisms: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour. *Nat Rev Neurosci*, v. 13, n. 10, p. 701-12, 2012.

CUNHA, D, B. et al. Prontidão para mudança de comportamento e variação do consumo alimentar de adolescentes participantes de ensaio comunitário de base

escolar em Duque de Caxias, RJ. Rev. bras. epidemiol, v. 18, n. 3, p. 655-665, jul./set., 2015.

MATOS, P. P. de.; MOREIRA, J. D; RIBEIRO, S. V. RELAÇÃO ENTRE A PRESENÇA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E ESTADO NUTRICIONAL EM IDOSOS RESIDENTES DE FLORIANÓPOLIS-SC. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 699-711, jun. 2017. ISSN 2238-913X. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/28085>>. Acesso em: 06 mai. 2023. doi:<https://doi.org/10.12957/demetra.2017.28085>.

FARMA, F. DYS FQM® -Dysbiosis Frequent Questions Management.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. **Secretaria Municipal de Saúde**. Protocolo de atenção em saúde mental. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. Disponível em:<[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05\\_08\\_2011\\_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf)>

FUSCO, S. DE F. B. *et al.* Ansiedade, qualidade do sono e compulsão alimentar em adultos com sobrepeso ou obesidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03656, 2020.

FURTADO, C.C.; SILVA, A. L. B.; WALFALL, A. M.; Psicobióticos: Uma Ferramenta para o Tratamento no Transtorno de Ansiedade e depressão? **UNILUS – Revista de Ensino e Pesquisa**, v15, n. 40, jul/set. 2018, p.137. Disponível em: <<http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/1039/u2018v15n40e1039>> Acesso em: 08 mar. 2023.

GALDINO, J. J. *et al.* Questionário de rastreamento metabólico voltado a disbiose intestinal em profissionais de Enfermagem. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, v. 10, n. 57, p. 117-122, 2016. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/422>> Acesso 03 mai. 2023.

GONÇALVES, A.M.C. *et al.* Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Minas Gerais. Brasil. psiquiatra*; 67(2): 101-109, jan.-jun. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/TrQdtMNct5Dk3VSvjpthXtH/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 08 abri. 2023.

HERNANDO, A. *et al.* Mindfulness, rumination, and coping skills in young women with Eating Disorders: a comparative study with healthy controls. **Plos One**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 1-9, 15 mar., 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6420013/>> Acesso 15 abr. 2023

JOSEPH, B. N. Mindful Eating: The Art of Presence While You Eat. **Diabetes Spectr**, v. 30, n. 3, p. 171–174, aug. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5556586/> Acesso em: 10 abr. 2023.

JÚNIOR, I.F.F. **PADRONIZAÇÃO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL**. 11. ed. São Paulo: Cref4/Sp, 2018. Selo Literário 20 anos da Regulamentação da Profissão de Educação Física.

Disponível em:

<https://www.crefsp.gov.br/storage/app/arquivos/6d9646b6a173fba528f5c4edcf9b1d8d.pdf>. Acesso em: 05 maio 2023.

MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G. R. de.; The Bristol Stool Form Scale: its translation to Portuguese, cultural adaptation and validation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2012, v. 20, n. 3, pp. 583-589. ISSN 1518-8345 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300021>. Acesso em: 1 jun. 2023

MARQUES, L.D.S.; SILVA, B.Y.C. CARACTERIZAÇÃO NUTRICIONAL, DIETÉTICA E SOCIOECONÔMICA DE PORTADORES E NÃO PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Instituto Federal do Ceará – Ifce – Limoeiro do Norte (Ce), Brasil., v. 39, n. 2, p. 323-338, jun. 2015. Disponível em: [https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/876/pdf\\_627](https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/876/pdf_627) Acesso em: 20 fev. 2023.

MASANA, M. *et al.* Dietary Patterns and Their Association with Anxiety Symptoms among Older Adults: The ATTICA Study. *Nutrients* vol. 11,6 1250. 31 May. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31159322/>. Acesso em: 28 mar. 2023.

MENEZES, A. K. P. M. *et al.* Transtorno de Ansiedade e Síndrome do Pânico: uma visão multidisciplinar. Barueri, São Paulo, 2016.

OLIVEIRA, R.; SILVA, D. M da C. e.; FARIAS, R. R. S. de. A violência como gatilho para o adoecimento psíquico em mulheres da terceira idade. *Investigação, Sociedade e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 10, n. 8, pág. e15910816836, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.16836. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16836> Acesso em: 24 abr. 2023.

O'REILLY, G.A. *et al.* Intervenções baseadas em mindfulness para comportamentos alimentares relacionados a obesidade: uma revisão da literatura. *Obes Rev*, v.15, n. 6, p. 453-61, jun. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24636206/>. Acesso 15 mai. 2023.

PAZ, R. C.; **Manual de Avaliação Nutricional**. 1º Edição. Brasília, Editora JRG, 2020.

ROCHA, A. C. B. da.; MYVA, L. M. M.; ALMEIDA, S. G. de. O papel da alimentação no tratamento do transtorno de ansiedade e depressão. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 9, p. e724997890, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i9.7890.

Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7890> Acesso em: 10 abr. 2023.

SILVA, B. M. F. da.; LIMA, A. C. da C.; SANTOS, L. S. dos.; BRITO, A. N. M. de. Association of intestinal microbiota with anxiety and depression disorder. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. e45210414316, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i4.14316. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14316> Acesso em: 15 fev. 2022.

SOUZA, D. T. B. *et al.* Ansiedade e alimentação: uma análise inter-relacional. II **CONBRACIS, II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**, 2017. Disponível em: [https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO\\_EV071\\_MD1\\_SA6\\_ID1109\\_02052017134105.pdf](https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA6_ID1109_02052017134105.pdf) Acesso em: 15 mar. 2023.

SOUSA JÚNIOR, D. T; VERDE, T. F. C. L; LANDIM, L. A. S. R. Alimentos ricos em triptofano e seu efeito na liberação de serotonina e possíveis benefícios no transtorno de ansiedade. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 14, pág. e471101422190, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i14.22190. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22190> Acesso em: 23 mai. 2023.

SILVA, H.A. *et al.*, Versão reduzida da Depression Anxiety Stress Scale-21: ela é válida para a população brasileira adolescente? Pernambuco. Brasil. Einstein. 2016;14(4):486-93. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/M4KWHBgLPJ3wKdTgmhNZbSy/?format=pdf&lang=pt> Acesso 12 abr. 2023.

STURION, G. BOFF, S. R. Avaliação do estresse em estudantes – uma revisão. **Intellectus Revista Acadêmica digital**. 2021; 63(1):1-16.

TEIXEIRA, P. D S. *et al.* Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 18, n. 2, p. 347-356, 2013.

CIÊNCIA NA  
**PRÁTICA**

