



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
CURSO DE NUTRIÇÃO**

LARA NOVAES ALVES E SÁ

**RESTRIÇÃO E COMPULSÃO ALIMENTAR, EXISTE
RELAÇÃO? UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE
LITERATURA**

**Barreiras - BA
2023**

LARA NOVAES ALVES E SÁ

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Universidade Federal do
Oeste da Bahia - UFOB, como requisito
parcial para obtenção do título de
Graduação em Nutrição.

Orientadora: Dra. Marcela de Sá Barreto
da Cunha

Coorientadora: Dra. Ana Maria Fernandes
Viana

**Barreiras - BA
2023**

FICHA CATALOGRÁFICA

S111 Sá, Lara Novaes Alves e.

Restrição e compulsão alimentar, existe relação? Uma revisão sistemática de literatura. / Lara Novaes Alves e Sá. – 2023.

44f.

Orientador: Prof. Dra. Marcela de Sá Barreto da Cunha.

Artigo (Graduação) – Bacharelado em Nutrição. Universidade Federal do Oeste da Bahia. Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. Barreiras, BA, 2023.

1. Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos. 2. Transtorno de Compulsão Alimentar. 3. Restrição Alimentar. 4. Dietas Restritivas. I. Cunha, Marcela de Sá Barreto da. II. Universidade Federal do Oeste da Bahia - Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. III. Título.

CDD 613.2

Biblioteca Universitária de Barreiras - UFOB

LARA DE NOVAES ALVES E SÁ

**RESTRIÇÃO E COMPULSÃO ALIMENTAR, EXISTE RELAÇÃO? UMA
REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade
Federal do Oeste da Bahia como
requisito parcial para a obtenção
do título de bacharel em Nutrição.

Aprovado dia: 17/03/2023

BANCA EXAMINADORA

Marcela de Sá Barreto da Cunha
Professora Dra Marcela de Sá Barreto da Cunha (UFOB – Orientadora)

Dra. Viana Lucinda Viana
Professora Dra Ana Maria Fernandes Viana (UFOB – Coorientadora)

Tamires de Jesus Costa
Professora Esp Tamires de Jesus Costa (UFOB – Membro interno)

Andressa Maria Souza
Nutricionista Andressa Moura Souza (Membro externo)

***Este trabalho foi escrito de acordo com as normas do periódico
DEMETRA: Alimentação, Nutrição e Saúde***

**Restrição e Compulsão Alimentar, existe relação? Uma revisão
sistemática de literatura**

**Restriction and Food Compulsion, is there a relationship? A systematic
review of the literature**

Restrição e Compulsão alimentar

Introdução: O Transtorno de Compulsão Alimentar é caracterizado por uma quantidade de ingestão alimentar exagerada em um período limitado, mesmo na ausência de fome. Após os episódios de compulsão, o indivíduo apresenta sentimento de frustração, culpa e vergonha devido ao seu descontrole alimentar

Objetivo: Analisar através de uma revisão sistemática se existe relação entre dieta restrita e os aspectos que envolvem a predição da compulsão alimentar

Métodos: Foram seguidas as recomendações do documento PRISMA. A busca dos estudos foi realizada em quatro bases de dados: PubMed, Scopus, Web of Science (Clarivate Analytics) e EMBASE, utilizando a combinação dos descritores “*adult*”, “*binge eating*”, “*binge-eating disorder*”, “*diet therapy*”, “*dietary restraint*”, “*colori restriction*”. **Resultados:** 41 estudos foram selecionados, 13 atenderam aos critérios de inclusão e foram analisados. Destes, 53,8% correspondiam ao delineamento transversal e os demais foram caracterizados como estudos de intervenção. Os principais instrumentos utilizados para avaliar a relação entre a restrição alimentar e a compulsão nesses estudos foram o QEWP, EDI-2, EAT-40, BES, EDE, EDQ, MEBS, DEBQ, BITE, TFEQ, EES e DSM-IV. **Conclusão:** Após a análise os achados dessa revisão sugerem que,

não há evidências científicas suficientes para afirmar que a restrição alimentar em intervenções dietéticas para perda de peso predizem ou estimulam o desenvolvimento da compulsão alimentar.

Palavras-Chave: Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos.

Transtorno de Compulsão Alimentar. Restrição Alimentar. Dietas Restritivas.

Keywords: Eating Disorders. Binge Eating Disorder. Food restriction. Restrictive Diets.

INTRODUÇÃO

De acordo com a *American Psychiatric Association* (APA)¹, os episódios recorrentes de Compulsão Alimentar (CA) são caracterizados por uma alta ingestão alimentar em um curto espaço de tempo, geralmente inferior a duas horas. Além disso, a CA é acompanhada por sofrimento marcante e está associada a três ou mais dos critérios descritos nas diretrizes do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (DSM-5). Por outro lado, destaca-se como precursores mais comuns da CA, o afeto negativo e estressores interpessoais, por exemplo, as restrições alimentares, sentimentos e pensamentos nocivos correlacionados a ingestão de alimentos, a preocupação excessiva com o peso, forma e insatisfação corporal¹.

Apesar da compulsão alimentar está frequentemente associada a obesidade, vale enfatizar que não está restrito apenas ao grupo de obesos, mas, é também comumente diagnosticada em indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) considerado ideal. O Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) é mais prevalente em indivíduos com sobrepeso ou obesidade (3%) do que na

população em geral (aproximadamente 2%), é encontrado em aproximadamente 25% dos pacientes que procuram tratamento médico para obesidade e cerca de 50% a 75% são indivíduos com obesidade grave ($IMC > 40 \text{ Kg/m}^2$), sendo mais recorrente em mulheres (4%) do que em homens (2%)².

Atualmente, nota-se um crescimento de pessoas que aderem a dietas que visam o emagrecimento rápido, através da privação parcial ou até total de determinados grupos alimentares. No entanto, o crescimento da disseminação e a valorização da restrição alimentar rigorosa podem estar atreladas aos padrões estéticos impostos pela sociedade, a preocupação com o corpo saudável e acima de tudo bonito atravessam contemporaneamente, as diversas classes sociais, gêneros e grupos etários^{3,4}.

Salienta-se ao fato de que, a restrição alimentar indica regras de inibição da ingestão de alimentos e podem causar problemas não previstos pelo indivíduo que realiza a dieta. Isto é, denota-se que, os sinais internos de fome e saciedade e a atração pela comida são ignorados pelo indivíduo para que assim ele seja capaz de controlar sua ingestão habitual. Os efeitos iatrogênicos de intervenções dietoterápicas para controle de peso vem sendo cada vez mais discutidos, entre eles, observa-se que a autoimposição das dietas severas parece ter como consequência o risco de desenvolvimento de TCA e estados afetivos negativos, como a insegurança alimentar, aumento da capacidade de resposta, depressão, ansiedade e inquietude⁵.

Além disso, destaca-se também o efeito sanfona/ciclamento de peso, que refere-se a repetidas perdas e ganhos de peso corporal, é muito recorrente que indivíduos que realizam dietas restritivas apresentem ao longo da vida essa resultância. Sabe-se que em muitos casos, após a dieta cerca de 50% do peso

perdido pode ser recuperado após um ano e, para grande maioria quase todo peso perdido remanescente é recuperado posteriormente. O reganho de peso pode estar associado ao baixo consumo energético que ocorre durante a restrição dietética, relacionando a uma diminuição no gasto energético e, a um aumento da ânsia de comê-lo. A vontade de comer durante um período de restrição alimentar causa uma resposta hiperfágica quando o acesso ao alimento é permitido^{6,7}.

Vale apontar que, os dados revelam que a maioria das pesquisas analisam apenas a perda ponderal durante a restrição alimentar, mas normalmente não acompanham o indivíduo ao longo dos anos que sucedem o início da dieta, não obtendo, portanto, os dados do reganho posterior de peso^{7,8,9}. À vista disso, nota-se que os efeitos adversos de tratamentos dietéticos para perda de peso no campo do controle da obesidade, tem sido motivo de controvérsias. Assim, o objetivo desse estudo foi verificar através de uma revisão sistemática se existe relação entre a prática de restrições alimentares e episódios de compulsão alimentar ou de transtorno de compulsão alimentar.

MÉTODOS

O estudo de revisão sistemática de literatura foi realizado com base na análise de aspectos metodológicos. Essa pesquisa foi conduzida seguindo as recomendações do documento *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses* (PRISMA)¹⁰. A revisão foi registrada no PROSPERO, com número de cadastro CRD42022298809.

Estratégia de busca e seleção de dados

Foram selecionados artigos científicos indexados nas bases de dados PubMed, Scopus, Web of Science (Clarivate Analytics) e EMBASE. A busca desses artigos foi realizada a partir da combinação dos seguintes descritores: “adult”, “binge eating”, “binge-eating disorder”, “diet therapy”, “dietary restraint”, “calori* restriction” (APÊNDICE A).

Os critérios de elegibilidade considerados para essa revisão foram referentes a artigos originais disponíveis na íntegra, estudos observacionais (caso-controle, coorte e estudos transversais) e de intervenção (controlados e randomizados), com adultos (com idade entre 18 e 59 anos), independente do sexo, sem restrição de tempo e idiomas. Por outro lado, os critérios de exclusão considerados foram estudos realizados com animais, artigos de revisão, resumos, anais de congressos e editoriais, trabalhos que não sejam com a população-alvo, que não avaliem os desfechos pré-definidos e artigos em duplicatas.

Seleção e coleta de dados dos artigos

No processo de seleção dos estudos foi realizada a análise dos títulos e resumos dos artigos encontrados nas bases de dados citadas e apreciação para verificar se atendiam aos critérios de elegibilidade (Fase 1), com utilização da plataforma eletrônica RAYYAN (Qatar Computer Research Institute, QCRI) como suporte. Na Fase 2, as referências previamente selecionadas foram acessadas e avaliadas pela leitura do texto na íntegra. Em ambas as fases as avaliações foram realizadas por dois revisores independentes (LNAS e AMFV) e, em caso de discordância entre os dois revisores, o terceiro revisor foi convidado a avaliar (MSBC).

Para extração dos dados foi utilizada uma tabela, contendo as informações de: autoria, ano de publicação, local de realização do estudo, tipo de estudo, caracterização da amostra (número, média de idade, proporção de cada sexo), instrumentos utilizados, parâmetros avaliados como a prevalência/presença de comportamento de risco para desenvolvimento de TCA e associação com a restrição alimentar.

TABELA 1

Risco de Viés

Dentre os estudos incluídos, foram avaliados os riscos de viés individualmente por meio dos protocolos pré-definidos. O risco de viés de ensaios clínicos randomizados foram avaliados de acordo com os critérios da colaboração Cochrane para o desenvolvimento de análises sistemáticas de intervenção¹¹, o qual utiliza a avaliação baseada em sete domínios, de forma a identificar diferentes aspectos do risco de viés. Neste instrumento, os domínios também são classificados entre “baixo risco”, “alto risco” e “risco de viés incerto”.

RESULTADOS

Seleção e características do estudo

O processo de seleção dos artigos realizado em quatro bancos de dados gerou 2598 registros. Após a remoção de artigos duplicados, 1893 artigos foram avaliados na Fase 1. Após a leitura dos títulos e resumos, 41 estudos foram incluídos para a Fase 2, com leitura do texto na íntegra. Em relação aos artigos que foram previamente selecionados para leitura na íntegra, mas 28 não atenderam os critérios de elegibilidade e foram excluídos, na **Tabela**

Suplementar 1 estão expostas de maneira sucinta o motivo pelo qual não corresponderam o interesse do presente estudo. Assim, 13 estudos foram incluídos nesta revisão sistemática. O fluxograma de seleção de estudos está apresentado na **Figura 1**.

TABELA SUPLEMENTAR 1

FIGURA 1

Na **Tabela 1** as características dos estudos selecionados foram brevemente descritas e detalhadas, informando o autor/ano, local, tipo de estudo, característica da amostra, instrumentos utilizados, a prevalência/presença de comportamento de risco de TCA associado a restrição alimentar e o tipo de avaliação/realização da restrição alimentar.

TABELA 1

Dentre os 13 estudos incluídos nesta revisão, 53,8% correspondiam ao delineamento transversal ($n=8$)^{4,12,13,14,15,16,17} e os demais foram caracterizados como estudos de intervenção ($n=5$)^{6,19,20,21,22}. Dentre estes últimos, 60,0% eram ensaios clínicos não-controlados ($n=3$)^{19,20,21}, 20,0% ensaio clínico randomizado não-cegos ($n=1$)³⁶ e 20,0% ensaio clínico randomizado duplo-cego ($n=1$)²⁰. Alguns estudos foram realizados, nos Estados Unidos ($n=8$)^{4,6,12,14,20,21,23}. Os demais em países ($n=5$)^{13,15,16,17,22} da Europa, como Espanha, Reino Unido, Suíça e Finlândia.

O tamanho amostral nos estudos incluídos variou entre 37 a 1899 indivíduos, sendo que em 61,5% dos estudos ($n=8$) os participantes eram apenas do sexo feminino^{6,12,14,15,18,20,21,23}. Os demais ($n=5$) de ambos os sexos^{4,13,16,17,22}, a média de idade das amostras dos artigos foi de 47 anos. Oito

estudos incluíram em sua amostra indivíduos com excesso de peso^{4,6,12,15,17,20,21,23}.

Instrumentos de avaliação de comportamento alimentar compulsivo, sintomas ou diagnóstico de compulsão alimentar

Para avaliar a relação entre comportamento alimentar compulsivo e a restrição alimentar os estudos incluídos utilizaram doze instrumentos diversos nas respectivas amostras. Dentre eles, três artigos (23,07%)^{12,13,23} utilizaram a ferramenta “Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso” (QEWP), com o intuito de identificar possíveis sintomas do TCA. O QEWP foi utilizado em sua versão completa^{12,23} e reduzida¹³.

Além disso, as subescalas do “Inventário de Transtorno Alimentar”² (EDI-2) que avaliam sintomas de transtornos alimentares e de imagem corporal, foram aplicadas em três estudos^{4,13,14}. No estudo de Andrés et al.¹³, nesse instrumento, foi utilizado a subescala de “busca pela magreza”, enquanto no estudo de Womble et al.³⁸, foi utilizada a subescala de “satisfação corporal” corporal, essa última não estando relacionada à avaliação de compulsão alimentar. Já no estudo de Brosf et al.¹², dessa ferramenta foram utilizadas as subescalas de “bulimia”, “busca pela magreza” e “satisfação corporal”. Andrés et al.¹³, também utilizaram em sua pesquisa o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-40), mais especificamente a “subescala de dieta”, para avaliação sintomatológica de compulsão alimentar.

Quatro publicações (30,8%) aderiram o método de pontuação da “Escala de Compulsão Alimentar” (BES), para avaliar amplamente as manifestações comportamentais e sentimento/cognição dos participantes durante episódios de

compulsão alimentar^{4,17,22,23}. Outros dois artigos (15,4%) seguiram os critérios do apêndice B do DSM-IV^{15,21}.

O “Exame de Transtorno Alimentar” (EDE) projetado para identificação de comportamentos associados a alimentação desordenada, em formato de entrevista, disposto em um trabalho⁶, enquanto sua versão auto-aplicada, no formato de questionário, foi empregada em quatro artigos^{14,16,18}. O trabalho de Abbott et al.¹² utilizou o Questionário de Transtorno Alimentar (EDQ) para a realização da investigação das diferenças entre grupos de comparação. Racine et al.¹⁸ além de utilizar o EDE-Q, também utilizaram a “Pesquisa sobre Comportamento Alimentar de Minnesota” (MEBS) e o “Questionário sobre Comportamento Alimentar Holandês” (DEBQ), como instrumentos para avaliar o comportamento alimentar dos participantes de seu estudo de maneira mais completa.

Ainda, dois artigos (15,4%) exploraram como instrumento para identificação de problemas alimentares com excessos episódicos, o “Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo” (BITE)^{15,22}. Em três estudos (23,07%) utilizou-se o “Questionário de Alimentação de Três Fatores” (TFEQ) que, visa medir os níveis de restrição alimentar, desinibição e fome^{17,20,22}. Por fim, em uma publicação (7,7%) foi avaliado os níveis de alimentação emocional através da “Escala do Comer Emocional” (EES)¹⁶.

Relação entre restrição e compulsão alimentar

Para fins de descrição dos resultados, foram considerados nos estudos incluídos nessa revisão, a identificação dos resultados sobre a relação entre

sintomas de comportamento alimentar compulsivo, diagnóstico de TCA, realização prévia de dietas ou intervenção dietética.

Em 87,5% dos estudos transversais (n = 7) foi verificada alguma relação entre a realização de dietas e o comportamento ou sintoma de compulsão alimentar^{4,13,14,15,16,17,18}. Andrés et al.¹³ encontraram que a chance de comportamento alimentar compulsivo após realização de dietas é 2,01 vezes maior após realização de dietas, enquanto Racine et al.¹⁸ observaram correlação entre a compulsão alimentar com a restrição alimentar.

Green et al.¹⁶ observaram que participantes de programas de emagrecimento tiveram comportamentos compulsivos nos meses que antecederam a pesquisa, maiores pontuações no EDE-Q e, ainda, verificaram que 6,15% da amostra apresentou diagnóstico de TCA. Do mesmo modo, Giust et al.¹⁵ encontraram prevalência de 22% de diagnóstico de TCA em sua amostra, observando correlação entre TCA e programas anteriores de perda de peso com dietas de baixa caloria, sendo que a participação de indivíduos obesos em mais de cinco programas de emagrecimento é preditora de TCA e, nestes, a prevalência de TCA pode ser duas vezes maior.

Além disso, Womble et al.⁴ observaram que a restrição alimentar e a ciclagem de peso interagem para provocar sintomas de compulsão alimentar, em ambos os sexos. De maneira similar, Marchesini et al.¹⁷ também verificaram que a ciclagem de peso, relacionada a realização de dietas, está associada à compulsão alimentar. Brosos et al.¹⁴ evidenciou que a restrição alimentar contribui para o desenvolvimento ou para a manutenção de comportamentos compulsivos, mas acontece de maneira prévia a esses episódios.

O único estudo transversal que apresentou resultados conflitantes foi estudo de Abbott et al.¹². Neste estudo, foi observado resultados diversos dentro da amostra, sendo que parte da amostra relatou episódios de compulsão alimentar antes de realizar dietas (38,7%), enquanto outros indicaram episódios de compulsão alimentar num momento posterior à realização de dietas (48,1%) e também houveram casos de compulsão concomitante à realização de dieta (13,2%).

Em relação aos estudos de intervenção (n=5)^{6,20,21,22,23}, foram observados resultados no sentido contrário aos resultados dos estudos transversais. Em 40% dos estudos de intervenção (n=2)^{20,22}, foi verificado que a restrição alimentar ou calórica provoca melhora dos sintomas de compulsão alimentar^{7,25}. Beaulieu et al.²⁰ verificaram que a restrição calórica, seja diária ou alternada, promoveu diminuição da pontuação de compulsão alimentar, logo após 12 semanas do tratamento. Neste mesmo sentido, Pekkarinen et al.²² também encontraram que houve redução nos escores de TCA após dois anos de tratamento dietético para perda de peso com dieta de muito baixa caloria.

Outros dois estudos de intervenção encontraram resultados que não houve melhora e nem piora dos sintomas de compulsão alimentar após o final do tratamento^{6,23}. Gladis et al.²³ encontraram que a restrição alimentar não alterou sintomas de compulsão alimentar, provocou perda de peso similar entre mulheres obesas comedoras compulsivas, com TCA ou sem sintomas de TCA. Já o estudo de Wadden et al.⁶, relatou que ao final do tratamento (restrição calórica com dieta líquida, restrição calórica consistência normal e abordagem não restritiva, por 40 semanas) não houveram participantes que atenderam aos critérios diagnósticos de TCA. Apenas na 28ª semana de tratamento, foram

observados episódios de compulsão alimentar em 11,6% dos participantes do grupo com restrição calórica e dieta líquida, não havendo outros episódios nas demais semanas e nem ao final do tratamento.

Já o estudo de Raymond et al.²¹ encontrou resultados inconclusivos sobre os sintomas de compulsão alimentar após o final do tratamento. Neste estudo verificou-se que, um ano após o tratamento com dieta de muita baixa caloria por 12 semanas, 13% dos participantes moveram-se para um grau mais severo de diagnóstico de TCA, 45% se mantiveram no mesmo grau e 43% tiveram classificação menos severa.

Risco de viés dos estudos incluídos

Ao se avaliar o risco de viés dos estudos transversais, foi observado que apenas 37,5% (n=3) destes apresentaram os critérios de inclusão da amostra de forma clara^{14,17,18}. Além disso, 62,5% (n = 6) dos estudos descreveram de maneira detalhada sobre os sujeitos e cenário do estudo^{13,14,15,17,18,21}. Ademais, 87,5% (n=7) dos estudos avaliaram de forma válida e confiável a exposição^{12,13,14,15,16,17,18}. Todos os estudos transversais incluídos^{4,12,13,14,15,17,18}. Com relação aos fatores de confusão, 50,0% (n=4) identificaram os fatores de confusão e apresentaram estratégias para controle^{13,14,15,17,18}. Não houve exclusão de publicações pela qualidade metodológica. A avaliação crítica de cada um dos estudos transversais encontra-se na **Tabela suplementar 2**.

TABELA SUPLEMENTAR 2

O risco de viés dos ensaios clínicos^{6,20,21,22,23} incluídos nesta revisão foram avaliados pelo instrumento *Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials* (RoB 2)²⁴ e os resultados estão resumidos na **figura 2** e na **figura suplementar**

1. No geral, a maioria dos estudos clínicos^{6,21,22,23} foi classificada como risco de viés incerto, por apresentarem poucas ou nenhuma informação sobre os domínios de geração da sequência aleatória, ocultação da alocação, cegamento de participantes e profissionais e cegamento de avaliadores de desfecho sequência aleatória. Apenas o estudo de BEAULIEU et al.²⁰ apresentou baixo risco de viés nos domínios de ocultação da alocação e cegamento de participantes e profissionais.

FIGURA 2

FIGURA SUPLEMENTAR 1

DISCUSSÃO

A prática de restrições alimentares para fins de emagrecimento tem sido bastante difundida e realizada de maneira indiscriminada, muitas vezes motivada por questões relacionadas à insatisfação com a imagem corporal²⁵. A restrição alimentar é uma estratégia utilizada para controle do peso corporal, de maneira consciente, podendo estar relacionada à menor ingestão calórica, associada a restrição de algum macronutriente específico, como carboidratos ou lipídios, ou a restrição de grupos alimentares²⁶. Entretanto, existem evidências de estudos controlados que a prática de dietas restritivas podem ser preditoras de ganho de peso^{27,28}.

No que concerne à compulsão alimentar, a literatura sugere que indivíduos que realizam dietas restritivas podem possuir momentos de “desinibição” da alimentação, consumindo de maneira aumentada alimentos mais calóricos, o que os autores consideram como episódios de compulsão²⁹. Bernardi et al.²⁹ também sugerem que essa restrição também pode favorecer o

aparecimento de sintomas psicológicos, como preocupação com o alimento consumido, mudanças de humor e distração. Outros estudos sugerem que a restrição alimentar também tenha outros efeitos psicológicos negativos, possivelmente em resposta a repetidas tentativas de perda de peso, desencadeando afetos negativos, diminuição da autoestima, insatisfação com a imagem corporal, maior ocorrência de ansiedade e depressão^{30,31}.

Embora a relação entre restrição alimentar ou dietética e compulsão alimentar seja amplamente discutida^{20,21}, existem poucas evidências científicas que avaliem a associação ou relação direta entre esses. Esta revisão sistemática buscou avaliar essa relação nos estudos disponíveis na literatura, sem restrição de estado nutricional e sexo. Os resultados encontrados nesta revisão refletem a complexidade do tema, já que não há uniformidade de resultados dos estudos incluídos: sete estudos demonstraram efeitos negativos da restrição alimentar em sintomas ou diagnóstico de compulsão alimentar^{13,14,16,15,17,18,30}, enquanto quatro estudos apresentaram resultados inconclusivos^{12,23,21,32} e, dois estudos mostraram que a restrição pode provocar melhoras no padrão comportamental do comer compulsivo^{20,22}.

A complexidade da temática em questão está relacionada às diferentes dimensões que compõem o comportamento alimentar, como componentes fisiológicos e aspectos psicossociais individuais, que influenciam a percepção de fome e saciedade, escolhas alimentares e também o estado de saúde mental³³. No presente estudo, as divergências entre os resultados podem ser amparadas por algumas variáveis, como a diversidade amostral (estado nutricional, distúrbios alimentares, ciclagem de peso), condições sociodemográficas e de gênero (amostras mistas ou únicas). Ainda, outra variável pode estar relacionada

as diferenças associadas as metodologias dos estudos, isto é, tipo de estudo (estudos observacionais ou estudos de intervenção) e quanto aos instrumentos utilizados para avaliação da restrição calórica (experimento com intervenção dietética, entrevistas estruturadas ou formulários de autorrelato).

Considerando-se o estado nutricional determinado pelo IMC, os dados provenientes de oito estudos descreveram a amostra como indivíduos com excesso de peso / sobrepeso^{12,20} ou obesidade^{15,17,21,30,23,32}. Para os estudos com indivíduos obesos, observou-se que, nos estudos transversais, houve piora dos sintomas de TCA na presença de restrição alimentar, ou correlação de programas de perda de peso com dietas com baixa caloria e compulsão alimentar^{4,15,17}. Esses resultados indicam que indivíduos obesos submetidos a dietas restritivas rígidas possam estar suscetíveis a desenvolverem compulsão alimentar, já que os próprios protocolos para o tratamento da obesidade e comorbidades estão associadas a dietas restritivas com finalidade de perda de peso^{4,15,17,21,23,32}. Em relação aos estudos de intervenção com indivíduos obesos incluídos nesta revisão, observou-se que ou não houveram alterações dos sintomas de TCA^{23,32} ou parte dos participantes tiveram melhora do grau de TCA²¹, enquanto os estudos com indivíduos com sobrepeso mostraram diminuição do escore de TCA²⁰.

Esses resultados conflitantes entre os diferentes delineamentos experimentais (estudos observacionais e de intervenção) podem estar relacionados também ao tempo de avaliação de sintomas de compulsão alimentar após o tempo de exposição a dietas restritivas, já que é sabido que a perda de peso inicialmente pode acontecer, mas indica-se que entre três a cinco anos pode haver retorno ao peso inicial, como consequência do ato de

compensações às restrições alimentares, com alimentação desordenada e sensação de perda de controle³³. Esses sintomas, bem como histórico frustrado de perda de peso, podem provocar diminuição da motivação ou da capacidade de adesão a protocolos rígidos de emagrecimento, contribuindo para o possível aparecimento posteriores de sintomas de TCA³⁴.

Beaulieu et al.²⁰ sugere que a perda de peso induzida por dietas prescritas por profissionais pode diminuir a suscetibilidade à fome, promovendo melhora do controle cognitivo sobre a alimentação, tratando-se de uma estratégia adaptativa necessária para o controle de peso, quando comparada a protocolos de restrições rígidas. Além disso, ao se ter uma prescrição indicada por profissionais qualificados, com uma dieta flexível, ou protocolos de abordagem não-prescritivas onde alimentos calóricos são permitidos e consumidos em quantidade consciente, sugere-se que o sentimento de culpa seja menor, haja melhora do humor, da imagem corporal e da autoestima, comparado a dietas rígidas e, conseqüentemente, não provoque necessariamente sintomas de compulsão alimentar^{17,20}.

Outro ponto importante a ser mencionado em relação aos diferentes resultados dos estudos incluídos nesta revisão, é quanto à variedade de instrumentos utilizados para avaliação de comportamento de risco ou diagnóstico de TCA. Deve-se notar que, a ampla multiplicidade das abordagens metodológicas das pesquisas, ou seja, a diferença na forma que foi avaliada ou realizada a restrição calórica deve ser levada em consideração. Tendo em vista que, alguns estudos^{4,20,21,22,23} realizaram experimento com intervenção dietética no qual a amostra foi submetida a algum tipo de restrição energética e,

outros^{4,12,13,14,15,16,17,18} recorreram para o método de entrevistas estruturadas ou formulários de autorrelato conforme mencionado anteriormente.

Quanto aos métodos de avaliação para o rastreamento ou diagnóstico de transtornos alimentares, sabe-se que são capazes de mensurar aspectos psicopatológicos específicos. Por efeito da variedade desses métodos, podem interferir na pluralidade dos dados obtidos. À vista disso, justifica-se as divergências entre os resultados devido a avaliação de aspectos diferentes, entre diagnóstico/comportamento de risco e também indícios de TCA. Por via de regra, esses instrumentos de avaliação são segmentados em três categorias: questionários autoaplicáveis, entrevistas clínicas e automonitoração³⁵.

Ao se considerar os mesmos métodos de avaliação ou rastreio de TCA, a título de exemplo, dois dos estudos^{15,21} seguiram os critérios do apêndice B do DSM-IV. Contudo, observa-se que os resultados de um estudo com uma amostra de 110 mulheres obesas¹⁵ afirmam que a prevalência de TCA aumenta mediante a prática de intervenções para perda de peso enquanto o outro estudo com 174 mulheres obesas apresentou resultados inconclusivos²¹. Diante desse contexto, repara-se que o delineamento experimental dos respectivos estudos pode estar associado a complexidade e ambivalência dos achados.

Ainda, três estudos utilizaram como ferramenta para realizar a avaliação do TCA o questionário de autorrelato QEWP^{12,13,23}, sendo que, um estudo com 177 mulheres¹² concluiu que o TCA pode aparecer antes do indivíduo iniciar a dieta, porém, ressaltam que devem ser considerado outros fatores como as influências biológicas, psicológicas e sociais no processo de desenvolvimento de CA. Um segundo estudo com 608 adultos de ambos os sexos² apontou que a preocupação excessiva com o peso reforça a insatisfação corporal e,

concomitantemente, a restrição dietética pode sim desencadear o comportamento de compulsão alimentar. O terceiro estudo com 118 mulheres obesas²³, explanou dúvidas relacionadas aos tratamentos para indivíduos obesos compulsivos, apesar disso evidenciaram que tanto comedores compulsivos obesos como os não obesos respondem de forma satisfatória aos tratamentos dietéticos e comportamentais considerados como padrões dietoterápicos.

Ante ao exposto, as abordagens metodológicas dos estudos mencionados anteriormente também podem fundamentar a multiplicidade dos achados. Os estudos transversais^{4,12,13,14,15,16,17} medem a prevalência de determinado desfecho e analisam os fatores de risco. Porém, nota-se que existe uma certa limitação em promover uma associação causal, isto é, a associação não indica impreterivelmente a causalidade. Já os estudos de intervenção^{6,19,20,21,22} observa-se que ocorre uma interferência um pouco mais direta na causalidade, podendo assim facilitar a eliminação de pontos que apresentam dubiedade. Vale acrescentar que, ambas abordagens metodológicas denotam pontos positivos e negativos, pertinentes as suas particularidades principais.

Notavelmente, apesar de alguns estudos utilizarem o mesmo instrumento para avaliação de sintomas ou comportamento de risco para TCA, verificou-se que nem sempre os resultados estavam na mesma direção. Tal como, os estudos de^{4,17,22,23} utilizaram como um dos instrumentos para avaliação de sintomas de TCA o BES, porém os estudos^{4,17} não vão de encontro aos resultados encontrados por^{22,23}, enquanto os primeiros sugerem relação entre a restrição alimentar e TCA, os demais não observam essa relação. Possivelmente, uma explicação para esses resultados conflitantes esteja

atrelada ao fato de serem amostras diferentes e delineamento experimentais diferentes, o que dificulta a extrapolação dos resultados.

Além disso, 76,9 % dos artigos incluídos nessa revisão foram realizados antes da última publicação do DSM-5 que aconteceu em maio de 2013, no qual o TCA foi incluído oficialmente na classificação diagnóstica como transtorno alimentar. Com o estabelecimento e aprimoramento dos critérios para fundamentar o diagnóstico do TCA descritos no DSM-5, decerto esse aspecto influencia diretamente na diferença e diversidade dos achados. Visto que, mediante a comprovação da etiologia das manifestações do TCA, os critérios do DSM são um modelo hegemônico para melhor compreensão e direcionamento da avaliação clínica dos pacientes com TA's³⁸. Assim, o que poderia ser classificado como TCA pode não ter sido considerado e, dessa forma ter interferido estatisticamente os achados de alguns estudos. Ademais, alguns autores mencionam a existência de uma predominância de síndromes parciais em indivíduos jovens com TA's³⁹.

Desta forma, observa-se que apesar de algumas pessoas não preencherem todos os critérios de frequência de TCA essenciais para o diagnóstico de acordo com os parâmetros do DSM-5, não significa que esse indivíduo não tenha alguma psicopatologia alimentar com risco putativo para desenvolvimento de TA. Por isso, nota-se que são necessárias mais pesquisas para avaliar esses indivíduos que não atendem a todos esses critérios, mas apresentam algum tipo de sofrimento psicológico, alteração fisiológica e principalmente, manifestam sintomas de distúrbios alimentares. Vale ressaltar que, para a realização de um diagnóstico mais apurado é fundamental observar

todos os sinais e sintomas mimetizados e inespecíficos como as influências psicossociais e ambientais.

Ademais, destaca-se que todos os estudos incluídos nesta revisão apresentam resultados com pertinentes implicações clínicas, enfatizando a importância das variedades de intervenção clínica/dietética e atreladas a estratégias cognitivas e comportamentais. Sendo esses precedentes considerados importantes no protocolo de tratamento na regulação de ingestão energética para perda de peso em pacientes que apresentam ou não ocorrência de episódios de compulsão alimentar e comportamentos associados. Logo, observamos que os potenciais efeitos colaterais negativos da intervenção dietética a longo prazo relacionados a compulsão alimentar vêm sendo frequentemente abordados em diversos trabalhos científicos.

Assim, embasados em pesquisas anteriores entendemos que esses efeitos ainda não são completamente compreendidos. Uma vez que, os resultados que postulam que a adesão de dietas de maior restrição aumentam o risco de CA, contrastam com outros achados, no qual não identificaram nenhuma relação convergente significativa da dieta com a piora ou precipitação de episódios alimentares compulsivos e risco para TCA. No que concerne aos resultados controversos, efetivamente, mais estudos são necessários para identificar fatores de risco de transtorno de compulsão alimentar para o contexto de gerenciamento de peso.

Algumas limitações podem ser identificadas em nossa revisão, dentre elas o fato de que poucos estudos avaliou o status da compulsão alimentar a longo prazo, ou seja, após o período da intervenção^{21,22}. Além disso, verificou-se que dentre os estudos incluídos, alguns foram publicados na década de 90, e, talvez

por isso, não havia tanta preocupação com a descrição detalhada de alguns aspectos avaliados no risco de viés. Assim, muitos desses estudos apresentaram classificação de risco de viés incerta, o que sugere cautela na extrapolação dos resultados.

Por outro lado, apesar dessas limitações, essa revisão sem dúvidas contribuirá para uma compreensão mais ampla e completa, fornecendo suporte teórico para entendimento profissional sobre o manejo nutricional com indivíduos portadores de distúrbios da conduta alimentar. Nessa perspectiva, melhorar as estratégias de enfrentamento das dificuldades alimentares para indivíduos com CA e auxiliar nas mudanças dietéticas/ hábitos alimentares de forma que reestabeleça as condições nutricionais, cognitivas e comportamentais com metas atingíveis e aplicáveis e que promovam qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados provenientes dos resultados desta revisão sugerem que não há evidências científicas suficientes de que a restrição alimentar em intervenções dietéticas para perda de peso predizem a compulsão alimentar. Embora, a restrição alimentar seja considerada por alguns autores como um preditor significativo de risco para desenvolvimento de TA, outros estudos sugerem que a dieta restritiva pode não ser um indicador adequado de risco de TCA e, relatam que a dieta e a compulsão alimentar são relativamente independentes uma da outra.

Diante disso, essa revisão sistemática contribui para o melhor entendimento da complexidade de uma alimentação restrita e os aspectos que envolvem a predição do comer compulsivo. Ainda que, exista um número

considerável de investigações científicas neste domínio, estudos adicionais são necessários para elucidar os mecanismos através do qual o tratamento para emagrecimento melhora a compulsão alimentar e se os benefícios psicológicos adquiridos são mantidos de forma eficiente a longo prazo na intervenção dietoterápica.

Assim, acreditamos na importância de observar os aspectos subclínicos do TCA para então preveni-los e, entendemos que é aconselhável acrescentar ao manejo da conduta nutricional padrão a terapia cognitivo-comportamental para melhorar os indicadores do sucesso terapêutico. Com isso, evitar recaídas e preservar a melhora na sintomatologia da CA e das complicações psicológicas envolvidas no processo do planejamento dietoterápico para perda de peso.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 [Recurso eletrônico]. (5ª ed.; M.I.C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre, RS: Artemed.
2. SADOCK, Benjamin; SADOCK, Virginia A.; SUSSMAN, Norman. Kaplan & Sadock's pocket handbook of psychiatric drug treatment. Lippincott Williams & Wilkins, 2016.
3. Alvarenga M, Antonaccio C, Timerman F, Figueiredo M. Nutrição Comportamental. 2ª. ed. Barueri [SP]: Manole Ltda., 2019.
4. Womble LG, Williamson DA, Martin CK, Zucker NL, Thaw, JM, Netemeyer R et al. Psychosocial variables associated with binge eating in obese males and females. International Journal of Eating Disorders, v. 30, n. 2, p. 217-221, 2001. <https://doi.org/10.1002/eat.1076>
5. Polivy, J. Psychological consequences of food restriction. Journal of the American dietetic association, v. 96, n. 6, p. 589-592, 1996. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(96\)00161-7](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(96)00161-7)
6. Wadden TA, Foster GD, Sarwer, DB, Anderson DA, Gladis M, Sanderson RS, Phelan S. Dieting and the development of eating disorders in obese women: results of a randomized controlled trial. The American journal of clinical nutrition, v. 80, n. 3, p. 560-568, 2004. <https://doi.org/10.1093/ajcn/80.3.560>
7. Strohacker K, Carpenter KC, Mcfarlin BK. Consequences of weight cycling: an increase in disease risk?. International journal of exercise Science. 2009; 2(3): 191–201.

8. Sherry SB, Sabourin BC, Hall PA, Hewitt PL, Flett GL, Gralnick, T M . The perfectionism model of binge eating: Testing unique contributions, mediating mechanisms, and cross-cultural similarities using a daily diary methodology. *Psychology of Addictive Behaviors*, v. 28, n. 4, p. 1230, 2014. <https://doi.org/10.1037/a0037939>
9. Job, A. R., & Soares, A. C. de O. (2019). Percepção dos acadêmicos de Nutrição sobre a efetividade a longo prazo dos métodos de dietas restritivas para a perda e o controle de peso. *RBONE - Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*, 13(78), 291-298. Recuperado de <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/941>
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol*. 2009;62(10):1006-12. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
11. McGuinness, LA, Higgins, JPT. Risk-of-bias VISualization (robvis): An R package and Shiny web app for visualizing risk-of-bias assessments. *Res Syn Meth*. 2020; 1- 7. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1411>
12. Abbott DW, De Zwaan M, Mussell MP, Raymond NC, Seim, HC, Crow SJ et al. Onset of binge eating and dieting in overweight women: Implications for etiology, associated features and treatment. *Journal of psychosomatic research*, v. 44, n. 3-4, p. 367-374, 1998. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00261-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00261-4)
13. Andrés A, Saldaña C. Body dissatisfaction and dietary restraint influence binge eating behavior. *Nutrition Research*, v. 34, n. 11, p. 944-950, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2014.09.003>

14. Brosof, LC, Levinson CA. Social appearance anxiety and dietary restraint as mediators between perfectionism and binge eating: A six month three wave longitudinal study. *Appetite*, v. 108, p. 335-342, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.015>
15. Giusti V, Héraïef E, Gaillard RC, Burckhardt, P. Predictive factors of binge eating disorder in women searching to lose weight. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, v. 9, p. 44-49, 2004. <https://doi.org/10.1007/BF03325044>
16. Green GC, Buckroyd J. Disordered eating cognitions and behaviours among slimming organization competition winners. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, v. 21, n. 1, p. 31-38, 2008. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2007.00838.x>
17. Marchesini G, Cuzzolaro M, Mannucci E, Dalle Grave R, Gennaro M, Tomasi F, et al. Weight cycling in treatment-seeking obese persons: data from the QUOVADIS study. *International journal of obesity*, v. 28, n. 11, p. 1456-1462, 2004. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802741>
18. Racine SE, Culbert KM, Larson CL, Klump KL. The possible influence of impulsivity and dietary restraint on associations between serotonin genes and binge eating. *Journal of psychiatric research*, v. 43, n. 16, p. 1278-1286, 2009. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.05.002>
19. Gladis MM, Wadden TA, Vogt R, Foster G, Kuehnel RH, Bartlett SJL. Behavioral treatment of obese binge eaters: do they need different care?. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 44, n. 3-4, p. 375-384, 1998. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00262-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00262-6)

20. Beaulieu K, Casanova N, Oustric P, Turicchi J, Gibbons C, Hopkins M, et al. Matched weight loss through intermittent or continuous energy restriction does not lead to compensatory increases in appetite and eating behavior in a randomized controlled trial in women with overweight and obesity. *The Journal of nutrition*, v. 150, n. 3, p. 623-633, 2020. <https://doi.org/10.1093/jn/nxz296>
21. Raymond N C, de Zwaan M, Mitchell J E, Ackard D, Thuras, P. Effect of a very low calorie diet on the diagnostic category of individuals with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, v. 31, n. 1, p. 49-56, 2002. <https://doi.org/10.1002/eat.1110>
22. Pekkarinen T, Takala I, Mustajoki P. Two year maintenance of weight loss after a VLCD and behavioural therapy for obesity: correlation to the scores of questionnaires measuring eating behaviour. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, v. 20, n. 4, p. 332-337, 1996.
23. Gladis MM, Wadden TA, Vogt R, Foster G, Kuehnel RH, Bartlett SJL. Behavioral treatment of obese binge eaters: do they need different care?. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 44, n. 3-4, p. 375-384, 1998. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00262-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00262-6)
24. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, et al, Cochrane Bias Methods Group, Cochrane Statistical Methods Group. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2011;343:d5928. doi:10.1136/bmj.d5928

25. Soihet, J, Silva AD. Efeitos psicológicos e metabólicos da restrição alimentar no transtorno de compulsão alimentar. *Nutrição Brasil*, v. 18, n. 1, p. 55-62, 2019. <https://doi.org/10.33233/nb.v18i1.2563>
26. Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 24, p. 18-23, 2002. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700005>
27. Pietiläinen KH, Saarni SE, Kaprio J, Rissanen A. Does dieting make you fat? A twin study. *Int J Obes (Lond)*. 2012 Mar;36(3):456-64. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.160>
28. Souto S, & Ferro-Bucher, JS N. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Revista de Nutrição*, v. 19, p. 693-704, 2006. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732006000600006>
29. Bernardi, Fabiana, Cichelero, Cristiane, & Vitolo, Márcia Regina. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18(1), 85-93. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000100008>
30. Johnson F, Wardle J. Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *J Abnorm Psychol*. 2005 Feb;114(1):119-25. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.119>
31. Zhang L, Qian H, Fu H. To be thin but not healthy - The body-image dilemma may affect health among female university students in China. *PLoS One*. 2018 Oct 10;13(10):e0205282. doi:

- 10.1371/journal.pone.0205282. PMID: 30304026; PMCID: PMC6179281.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205282>
32. Witt JDSGZ, & Schneider A. P. Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 9, p. 3909-3916, 2011.
33. Erskine HE, Whiteford HA. Epidemiology of binge eating disorder. *Current opinion in psychiatry*, v. 31, n. 6, p. 462-470, 2018.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000449>
34. Borkoles E, Carroll S, Clough P, Polman RCJ. Effect of a non-dieting lifestyle randomized control trial on psychological well-being and weight management in morbidly obese pre-menopausal women. *Maturitas* 2016;83:51-8.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.09.010>
35. Freitas, S, Gorenstein C, Appolinario, JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 24, p. 34-38, 2002. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700008>
36. Nedel WL, Silveira FD. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 28, p. 256-260, 2016. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160050>
37. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. *Epidemiologia básica*. OPS, 2008.
38. Martinhago F, Caponi, S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, 2019. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290213>
39. Bunnell, DW, Shenker IR, Nussbaum MP, Jacobson, M. S., Cooper, P. Subclinical versus formal eating disorders: Differentiating psychological

features. International Journal of Eating Disorders, v. 9, n. 3, p. 357-362,
1990. <https://doi.org/10.1002/1098-108X>

ILUSTRAÇÕES

APÊNDICE A- Banco de dados e estratégias de busca

Base de dados	Estratégia de busca
PubMed	(adult) AND ("binge eating" OR "binge-eating disorder") AND ("diet therapy" OR "dietary restraint" OR kalori* restriction)
Scopus	TITLE-ABS-KEY (adult) AND ("binge eating" OR "binge-eating disorder") AND ("diet therapy" OR "dietary restraint" OR kalori* AND restriction)
Web of Science (Clarivate Analytics)	TS=(adult) AND ("binge eating" OR "binge-eating disorder") AND ("diet therapy" OR "dietary restraint" OR kalori* restriction)
EMBASE	(adult) AND ("binge eating" OR "binge-eating disorder") AND ("diet therapy") OR "dietary restraint" OR kalori* restriction)

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de artigos para revisão sistemática

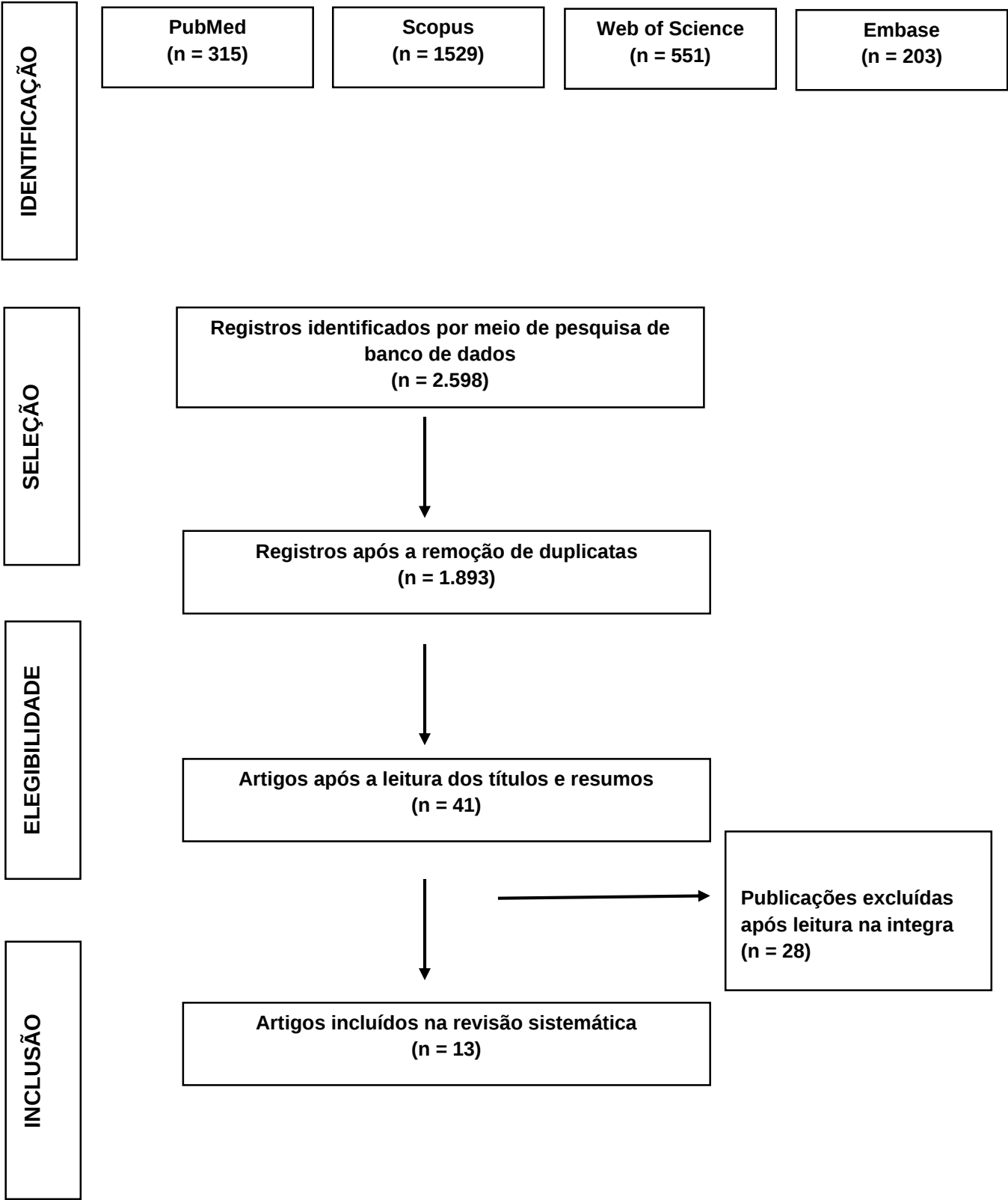


Tabela Suplementar 1. Motivo da exclusão de artigos

Autor/Ano	Motivo de Exclusão
BIANCIARD et al., 2019	Estudo fora dos critérios de elegibilidade.
BOHRER et al., 2015	Estudo não apresentou um desfecho relevante para essa revisão.
COLLES et al., 2008	O foco do estudo é incompatível ao interesse dessa revisão.
DALLE et al., 2010	Estudo que não analisou o público-alvo de interesse dessa revisão.
ELRAN et al., 2015	Estudo não avaliou os desfechos pré-definidos para essa revisão.
FAIRBURN et al., 2005	Estudo com amostra não compatível ao interesse dessa revisão.
FERGUSON et al., 1995	O estudo analisou a prevalência de TCA em indivíduos é significativa nos grupos do estudo.
IMPERATORI et al., 2016	O estudo não corresponde aos desfechos pré-definidos para essa revisão.
IPERATORI et al., 2013	O principal intuito da avaliação dos resultados da pesquisa não é do interesse dessa revisão.
KUKK et al., 2020	O grupo etário do estudo não atende aos critérios de elegibilidade para essa revisão.
LAPORT, 1992	Estudo com foco diferente do interesse dessa revisão.
LEBLANC et al., 2012	Estudo não destinado ao público-alvo de interesse dessa revisão.
MASHEB et al., 2000	O estudo não avalia os desfechos pré-definidos para essa revisão.
MARCUS et al., 1985	O estudo avalia a associação de RE com CA em indivíduos com outros TA's.

PETRONI et al., 2019	O foco do estudo não está alinhado com o interesse dessa revisão.
SHERRY et al., 2014	O estudo não avalia em seus resultados o público-alvo de interesse dessa revisão.
SHERWOOD et al., 1999	Estudo não corresponde aos critérios de elegibilidade.
SMITH et al., 1999	O estudo não apresentou indicadores de avaliação equivalentes com o interesse dessa revisão.
SPOOR et al., 2006	O estudo não avaliou apenas o público-alvo de interesse dessa revisão.
STICE et al., 2020	Estudo com intervenção inadequada.
SVENDSEN et al., 2021	O estudo não avalia os desfechos pré-definidos.
TSENG et al., 2024	O estudo não atende aos critérios de elegibilidade.
WATKINS et al., 2001	A análise do estudo não entra nos critérios de escolha para essa revisão.
WILLIAMSON et al., 2008	Artigo não encontrado disponível na íntegra.
YANOVSKI et al., 1994	Estudo com seguimento inadequado para os parâmetros dessa revisão.

Tabela 1. Características dos estudos incluídos sobre restrição alimentar e transtorno da compulsão alimentar (TCA)

Autor/Ano	Local	Tipo de estudo	Caracterização da amostra	Instrumentos utilizados	Prevalência/presença de comportamento de risco de TCA associado a restrição alimentar
ABBOTT et al., 1998	EUA	Transversal	177 mulheres com sobrepeso com histórico de sintoma de compulsão alimentar ou diagnóstico de TCA 18-55 anos	EDQ QEWP	48,1% realizou dietas antes de episódios de compulsão alimentar, 38,7% indicou ter episódios de compulsão alimentar antes de realizar dietas e 13,2% relatou episódios de compulsão alimentar ao mesmo tempo de realizar dietas.
ANDRÉS et al., 2014	Espanha	Transversal	608 adultos de ambos os sexos 34- 76 anos >18 anos	EAT-40 QEWP-R EDI-2	Prevalência de TCA: 9,9% Indivíduos que fizeram dieta apresentaram 2,01 maior chance de apresentar comportamento alimentar compulsivo.
BEAULIEU et al., 2020	EUA	Ensaio Clínico Randomizado duplo-cego	37 mulheres com excesso de peso 18-55 anos	TFEQ	A restrição calórica, seja diária ou alternada, provocou diminuição do escore de compulsão alimentar.
BROSOF et al., 2017	EUA	Transversal	300 mulheres universitárias 18 anos	EDE-Q EDI-2	A restrição alimentar contribui para o desenvolvimento ou manutenção de comportamentos compulsivos, mas não precede esses episódios.
GLADIS et al., 1998	EUA	Ensaio clínico não-controlado	118 mulheres obesas 40 anos	QEWP BES	A restrição alimentar não altera sintomas de compulsão alimentar, provocando perda de peso similar entre mulheres obesas comedoras compulsivas, com TCA ou sem sintomas de TCA.
GREEN et al., 2008	Reino Unido	Transversal	65 vencedores de competição de emagrecimento de ambos os sexos 39 anos	EDE-Q4 EES	71% relatou comer compulsivo pelo menos 1x nos últimos 3 meses; 31% relatou quatro ou mais episódios de comer compulsivo no último mês; 6,15% atenderam ao critério do DSM IV compatível com diagnóstico de TCA Escore de EDE-Q maiores que comparados à população que não participou de competições;

GIUST et al., 2004	Suíça	Transversal	110 mulheres obesas 39 anos	DSM-IV	Prevalência de TCA: 22% Correlação entre TCA e programas anteriores de perda de peso com dietas de baixa caloria Histórico com mais de 5 programas de emagrecimento para indivíduos obesos é preditor de TCA; Prevalência de TCA pode dobrar em obesos que participaram de mais de 5 programas de emagrecimento.
MARCHESINI et al., 2004	Itália	Transversal	1889 indivíduos obesos de ambos os sexos Média de idade 45 anos	BES TFEQ	Ciclagem de peso está associada com a compulsão alimentar; Tentativa prévias de perda de peso estiveram associadas a maiores escores do BES (OR, 1,70; IC95%: 1,22–2,36; p= 0,022).
PEKKARINEN et al., 1996	Finlândia	Ensaio clínico não-controlado	62 adultos de ambos os sexos 40 anos	BES TFEQ	Houve redução nos escores de TCA após dois anos de tratamento dietético para perda de peso com dieta de muito baixa caloria.
RACINE et al., 2009	EUA	Transversal	344 mulheres adultas jovens 18-30 anos	EDE-Q DEBQ MEBS	Correlação entre a compulsão alimentar com a restrição alimentar ($r = 0,38$ para MEBS e $r = 0,031$ para DEBQ, $p < 0,001$).
RAYMOND et al., 2001	EUA	Ensaio clínico não-controlado	174 mulheres obesas 18-50 anos	DSM-IV	1 ano após tratamento com dieta de muita baixa caloria por 12 semanas, 13% dos participantes moveram-se para um grau mais severo de diagnóstico de TCA, 45% se mantiveram no mesmo grau e 43% tiveram classificação menos severa
WADDEN et al., 2004	EUA	Ensaio clínico randomizado não cego	123 mulheres obesas 44 anos	EDE	Ao final do tratamento, entre os diferentes tipos de tratamento (restrição calórica com dieta líquida, restrição calórica consistência normal e abordagem não restritiva, por 40 semanas) não houveram participantes que atenderam os critérios diagnósticos de TCA. Apenas na 28ª semana de

					tratamento, foi observado episódios de compulsão alimentar em 11,6% dos participantes do grupo com restrição calórica e dieta líquida sintomas, não se mantendo nas demais semanas e ao final do tratamento.
WOMBLE et al., 2001	EUA	Transversal	808 universitários obesos de ambos os sexos	BES	Em um modelo estatístico, a restrição alimentar, o afeto negativo (depressão, autoestima), a ciclagem de peso e a insatisfação corporal interagiram para formar o modelo psicossocial de sintomas de compulsão alimentar tanto em homens quanto em mulheres.

Nota: EAT-40:Teste de Atitudes Alimentares 40, EDI-2 :Inventário de transtornos alimentares 2,QEWP-R:Questionário sobre padrões de alimentação e peso, revisado, Questionário de Transtornos Alimentares (EDQ-V), Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso (QEWP), DIAGNÓSTICO Questionário Revised (PDQ-R), Questionários de comportamento alimentar (EBQ); The Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2); the Eating Disorder Examination - Questionnaire (EDE-Q); do Eating Disorder Examination (EDE); The Frost;; Escala de Compulsão Alimentar (BES); Questionário de Três Fatores Alimentares (TFEQ); Inventário de depressão de Beck (BDI); Teste de Investigação Bulímica de Edimburgh (BITE); Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais 5ª edição (DSM-V).

Tabela Suplementar 2. Risco de viés para estudos transversais usando a escala Joanna Briggs

Referências	ITEM							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Abbott et al. 1998	I	I	S	S	N	N	S	I
Andres et al., 2014	I	S	S	S	S	S	S	S
Brosof et al., 2017	S	S	S	S	S	S	S	S
Green et al., 2008	I	I	S	S	N	N	S	S
Giust et al., 2004	I	S	S	S	N	N	S	S
Marchesini et al., 2004	S	S	S	S	S	S	S	S
Racine et al., 2009	S	S	S	S	S	S	S	S
Womble et al., 2001	I	I	I	S	N	N	S	S

S = Sim (baixo risco de viés).; I = incerto.; N = Não (alto risco de viés)

Figura 2. Avaliação de cada domínio de risco de viés apresentado como porcentagens em todos os estudos incluídos. Figura gerada utilizando a ferramenta online robvis (McGuinness e Higgins, 2020)

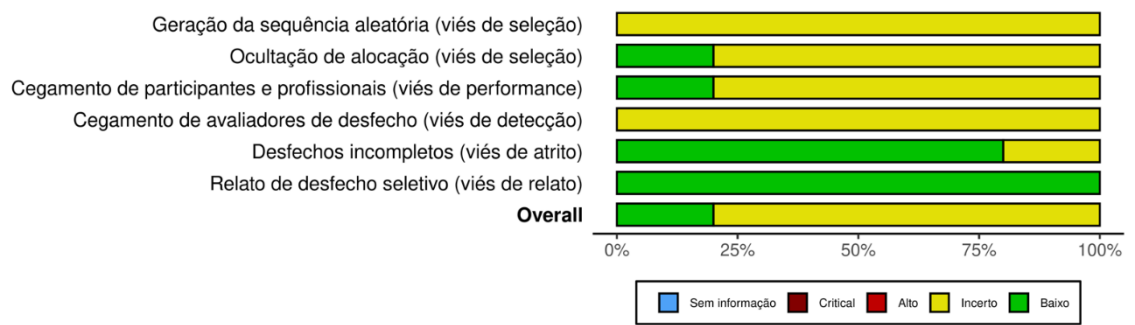
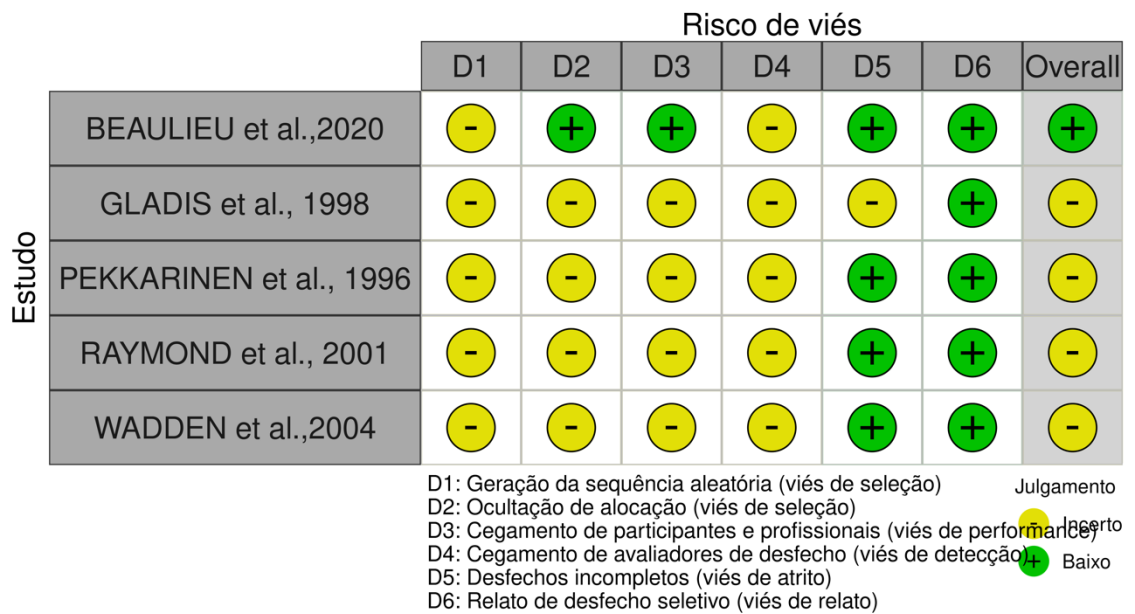


Figura Suplementar 1. Avaliação do risco de viés dos estudos clínicos de maneira detalhada, por autor e ano. Figura gerada utilizando a ferramenta online robvis (McGuinness e Higgins, 2020)



REFERÊNCIA ARTIGOS EXCLUÍDOS

BIANCIARDI, Emanuela e cols. Prevalência de Dependência Alimentar e Compulsão Alimentar em uma amostra italiana de candidatos à cirurgia bariátrica e pacientes com sobrepeso/obesos que procuram terapia com dieta de baixa energia. **Rivista di Psichiatria**, v. 54, n. 3, pág. 127-130, 2019.

BOHRER, Brittany K.; FORBUSH, Kelsie T.; HUNT, Tyler K. Medidas comuns de restrição alimentar e alimentação desinibida são confiáveis e válidas em pessoas obesas?. **Apetite**, v. 87, p. 344-351, 2015.

COLLES, Susan L.; DIXON, John B.; O'BRIEN, Paul E. A perda de controle é fundamental para o distúrbio psicológico associado ao transtorno da compulsão alimentar periódica. **Obesidade**, v. 16, n. 3, pág. 608-614, 2008.

DALLE GRAVE, Riccardo e cols. Controle de peso, sofrimento psicológico e compulsão alimentar na obesidade. Uma reavaliação do problema. **Apetite**, v. 54, n. 2, pág. 269-273, 2010.

ELRAN-BARAK, Roni et al. Comportamentos de restrição alimentar e compulsão alimentar na anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica: exame transdiagnóstico do modelo de restrição. **Comportamentos alimentares**, v. 18, p. 192-196, 2015.

FAIRBURN, Christopher G. et al. Identificando dieters que desenvolverão um distúrbio alimentar: um estudo prospectivo de base populacional. **American Journal of Psychiatry**, v. 162, n. 12, pág. 2249-2255, 2005.

FERGUSON, Kristi J.; SPITZER, Robert L. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma amostra baseada na comunidade de dieters bem e malsucedidos. **Jornal Internacional de Distúrbios Alimentares**, v. 18, n. 2, pág. 167-172, 1995.

IMPERATORI, Claudio et al. Diferenças de gênero no desejo por comida entre pacientes com sobrepeso e obesos que frequentam terapia com dieta de baixa energia: um estudo de caso-controle pareado. **Distúrbios Alimentares e de Peso-Estudos sobre Anorexia, Bulimia e Obesidade**, v. 18, p. 297-303, 2013.

IMPERATORI, Claudio et al. Estrutura fatorial da escala de compulsão alimentar em uma grande amostra de pacientes obesos e com sobrepeso que frequentam terapia dietética de baixa energia. **European Eating Disorders Review**, v. 24, n. 2, pág. 174-178, 2016.

KUKK, Katrin; AKKERMANN, Kirsti. Dificuldades de regulação emocional e restrição alimentar preveem independentemente a compulsão alimentar entre os homens. **Distúrbios Alimentares e de Peso-Estudos sobre Anorexia, Bulimia e Obesidade**, v. 25, p. 1553-1560, 2020.

LAPORTE, David J. Resposta ao tratamento em obesos comedores compulsivos: resultados preliminares usando uma dieta de muito baixa caloria (VLCD) e terapia comportamental. **Comportamentos viciantes**, v. 17, n. 3, pág. 247-257, 1992.

LEBLANC, Vicky e cols. Associações entre padrões alimentares, ingestão alimentar e comportamentos alimentares em mulheres com sobrepeso na pré-menopausa. **Comportamentos alimentares**, v. 13, n. 2, pág. 162-165, 2012.

MASHEB, Robin M.; GRILO, Carlos M. Sobre a relação entre tentativa de emagrecimento, contenção e compulsão alimentar em pacientes ambulatoriais com transtorno da compulsão alimentar periódica. **Obesity Research**, v. 8, n. 9, pág. 638-645, 2000.

MARCUS, Marsha D.; WING, Rena R.; LAMPARSKI, Danuta M. Compulsão alimentar e restrição alimentar em pacientes obesos. **Comportamentos viciantes**, v. 10, n. 2, pág. 163-168, 1985.

PETRONI, Maria L. et al. Alimentação disfuncional no diabetes mellitus tipo 2: um estudo italiano multicêntrico de associações sociodemográficas e clínicas. **Nutrição, Metabolismo e Doenças Cardiovasculares**, v. 29, n. 9, pág. 983-990, 2019.

SHERRY, Simon B. et al. O modelo de perfeccionismo da compulsão alimentar: testando contribuições únicas, mecanismos de mediação e semelhanças transculturais usando uma metodologia de diário. **Psicologia dos Comportamentos Aditivos**, v. 28, n. 4, pág. 1230, 2014.

SHERWOOD, Nancy E.; JEFFERY, RW; WING, RR Compulsão alimentar como preditor do resultado do tratamento para perda de peso. **Jornal Internacional de Obesidade**, v. 23, n. 5, pág. 485-493, 1999.

SMITH, CF e cols. Estratégias de dieta flexível versus rígida: relação com resultados comportamentais adversos. **Apetite**, v. 32, n. 3, pág. 295-305, 1999.

SPOOR, Sonja TP et al. Relações entre restrição alimentar, sintomas depressivos e compulsão alimentar: um estudo longitudinal. **Jornal Internacional de Distúrbios Alimentares**, v. 39, n. 8, pág. 700-707, 2006.

STICE, Eric e cols. A supressão do peso aumenta as chances de aparecimento futuro de anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno purgativo, mas não transtorno da compulsão alimentar periódica. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 112, n. 4, pág. 941-947, 2020.

SVENDSEN, Mette et al. Dieta, comportamento alimentar e ganho de peso em homens e mulheres com sobrepeso/obesidade recebendo vareniclina para parar de fumar. **Obesidade Clínica**, v. 11, n. 3, pág. 12447, 2021.

TSENG, Mei-Chih et al. Resposta de comedores compulsivos obesos taiwaneses a um programa de redução de peso baseado em hospital. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 57, n. 3, pág. 279-285, 2004.

WATKINS, JA et al. Um estudo do estilo de atribuição, autoeficácia e restrição alimentar em mulheres compulsivas e não compulsivas. **Distúrbios Alimentares e de Peso**, v. 6, n. 4, pág. 188-196, 2001.

WILLIAMSON, Donald A. et al. Is caloric restriction associated with development of eating-disorder symptoms? Results from the CALERIE trial. **Health Psychology**, v. 27, n. 1S, p. S32, 2008.

YANOVSKI, Susan Zelitch; SEBRING, Nancy G. Ingestão alimentar registrada de mulheres obesas com transtorno da compulsão alimentar periódica antes e depois da perda de peso. **Jornal internacional de transtornos alimentares**, v. 15, n. 2, pág. 135-150, 1994.

REGRAS PARA SUBMISSÃO DA REVISTA DEMETRA

Categoria dos artigos

No resumo o autor deve sinalizar a categoria do seu manuscrito.

Revisão: revisão crítica da literatura disponível sobre um tema relevante e pertinente para a área; deve haver necessariamente análise e interpretação da literatura disponível, por meio de revisão sistemática e meta-análise (máximo de 4.000 palavras).

- Para a contagem de palavras serão desconsiderados o resumo, as referências e as ilustrações.
- Os resumos devem ter no máximo 250 palavras.
- Títulos ou subtítulos não devem ser numerados, podendo-se fazer uso de recursos gráficos, preferencialmente caixa alta e negrito.
- Ilustrações (figuras, quadros, tabelas e gráficos) devem ser apresentadas em separado, no final do texto, depois das referências do original, com respectivos títulos, legendas e referências específicas.
- Ao longo do texto os autores devem indicar, com destaque, a localização de cada ilustração, todas devidamente numeradas.
- As tabelas e os quadros devem ser elaborados em Word.
- Os gráficos devem ser elaborados em Excel e os dados numéricos correspondentes devem ser enviados, de preferência, em separado, no programa Word ou em outra planilha, como texto, de modo a facilitar o recurso de copiar e colar.
- As figuras devem ser encaminhadas em JPEG ou TIFF.
- Notas de rodapé: deverão ser restritas ao necessário e indicadas por letras sobrescritas (Ex. ^a, ^b). Usar a função própria do Word para letras sobrescritas.

PREPARO DO MANUSCRITO

Estrutura do texto: deve ser digitado em formato Word, fonte Arial 12, espaçamento entre linhas 2,0; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4. O texto deve conter título completo e título abreviado para cabeçalho.

- Título: *Completo*, no idioma original do manuscrito e em inglês, que deverá ser conciso e evitar palavras desnecessárias e/ou redundantes, sem abreviaturas e siglas ou localização geográfica da pesquisa. *Abreviado* para cabeçalho, não excedendo 40 caracteres (incluindo espaços), em português
- O resumo deve ter no máximo 250 palavras. O resumo não deverá conter citações. Os manuscritos submetidos em português não necessitam de abstract. Caso sejam aprovados, a versão em inglês conterá esta seção.

- A redação do resumo deve ser feita de forma objetiva, organizado de acordo com a estrutura do estudo, dando destaque a cada uma das partes abordadas, assim apresentadas: Introdução - Informar o contexto em que o trabalho se insere, sintetizando a problemática estudada. Objetivo - Explicitar claramente. Métodos - Destacar os procedimentos metodológicos adotados, amostragem/população estudada, local, análises estatísticas, entre outros. Resultados - Destacar os mais relevantes para os objetivos apresentados. Os trabalhos de natureza quantitativa devem apresentar resultados numéricos, assim como seu significado estatístico. Conclusões - Destacar as conclusões mais relevantes.
- Destacar no mínimo 3 e no máximo 6 termos de indexação, os descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (<http://decs.bvs.br>) ou DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>).
- Títulos de seção ou subtítulos não devem ser numerados, podendo-se fazer uso de recursos gráficos, preferencialmente caixa alta e negrito.
- Ilustrações (figuras, quadros, tabelas e gráficos) devem ser apresentadas em separado, no final do texto, depois das referências do original, com respectivos títulos, legendas e referências específicas.
- Ao longo do texto os autores devem indicar, com destaque, a localização de cada ilustração, todas devidamente numeradas.
- As tabelas e os quadros devem ser elaborados em Word.
- Os gráficos devem ser elaborados em Excel e os dados numéricos correspondentes devem ser enviados, de preferência, em separado, no programa Word ou em outra planilha, como texto, de modo a facilitar o recurso de copiar e colar.
- As figuras devem ser encaminhadas em JPEG ou TIFF.
- Notas de rodapé: deverão ser restritas ao necessário e indicadas por letras sobrescritas (Ex. ^a, ^b). Usar a função própria do Word para letras sobrescritas.
- Para a contagem de palavras não serão considerados o resumo, as referências e as ilustrações.

Folha de rosto: NÃO enviar no corpo do manuscrito. Deve ser enviada em arquivo distinto ao manuscrito e deve conter os dados abaixo:

- título completo no idioma original do manuscrito e em inglês;
- título abreviado para cabeçalho, não excedendo 40 caracteres (incluindo espaços)
- nome de cada autor por extenso. Não abreviar os prenomes. Todos os autores devem estar cadastrados no *Open Researcher and Contributor ID* (ORCID®) para submissão de manuscritos. Caso não possua, fazer o cadastro através do link: <<https://orcid.org/register>>). Informar, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores no manuscrito. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como: concepção e desenho; análise e interpretação dos dados; revisão e aprovação da versão final. Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

- Dados da titulação acadêmica de todos os autores; a filiação institucional atual, além de cidade, estado e país (Instituição / Faculdade ou Curso / Departamento (se houver) / cidade, estado, país.
- Indicar o autor de correspondência.
- Informar e-mail e ORCID (<https://orcid.org/>) de todos os autores.
- Informar se o manuscrito é oriundo de dissertação ou tese, indicando o título, autor, universidade e ano da publicação.
- Durante a submissão do manuscrito os autores deverão indicar, na Folha de rosto, pelo menos três possíveis revisores, com os respectivos e-mails e instituições acadêmicas ou de pesquisa nas quais estão vinculados. Os revisores devem ter experiência na área do tema proposto e possuir **título de doutor ou experiência técnica comprovada na área**. A sugestão dos revisores não determina o efetivo convite para a revisão.

A tramitação do manuscrito só será iniciada com o envio da folha de rosto em arquivo separado, incluído no sistema como Documento suplementar, de modo a garantir o anonimato durante a revisão pelos pares.

ARTIGOS ORIGINAIS E COMUNICAÇÃO BREVE

Introdução: deve conter breve revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema. A apresentação da(s) hipótese(s) e do(s) objetivo(s) deve ser consistente com o tema.

Métodos: descrever de forma clara e sucinta o(s) método(s) empregado(s), para que possa(m) ser reproduzido(s) por outros autores, acompanhado(s) da citação bibliográfica. Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram apropriados para testar as hipóteses do estudo, e também para interpretar os resultados corretamente. Informar se a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE). Experimentos com animais devem estar adequados às diretrizes de conselhos de pesquisa internacionais ou nacionais relativas aos cuidados e ao uso de animais de laboratório.

Resultados: podem ser apresentados em tabelas, quadros e/ou figuras, elaborados de forma a serem autoexplicativos e com análise estatística. Evitar repetir dados no texto. Ilustrações (figuras, quadros, tabelas e gráficos) devem ser apresentadas em separado, ao final do texto, depois das referências com respectivos títulos, legendas e referências específicas. Os gráficos e figuras podem ser coloridos, sem custo para o autor.

Discussão: apresentar de forma que os resultados observados sejam confrontados adequada e objetivamente com dados já registrados na literatura.

Conclusão: apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do estudo. **Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.**

PARA ENSAIOS, ABORDAGENS CONCEITUAIS E OUTRAS SIMILARES

Há liberdade para estabelecer a estrutura (título e subtítulos) de seu original, de modo a contemplar a identificação do objeto do estudo ou problema em questão e fundamentos conceituais, o desenvolvimento da argumentação e considerações finais.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o estudo.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências de acordo com o estilo Vancouver: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, conforme o estilo Vancouver. Nas referências com até seis autores, todos devem ser citados. Naquelas com mais de seis autores, deve-se citar os seis primeiros, e depois incluir a expressão “et al.”. Todas as referências citadas devem indicar o número DOI.

Não serão aceitas citações/referências de **monografias** de conclusão de curso de graduação, **estudos** apresentados em congressos, simpósios, *workshops* ou encontros que não apresentem número do DOI ou ISSN, nem de **textos não publicados** (aulas, entre outros). Se dados não publicados obtidos por outros pesquisadores forem citados no manuscrito, será necessário incluir uma carta de autorização do uso dos mesmos por seus autores.

Indicação de DOI: quando o documento citado possuir o número do DOI (*Digital Object Identifier*), este deverá ser informado, dispensando-se a data de acesso do conteúdo (vide regras de citação de material eletrônico). Deverá ser utilizado o prefixo “<https://doi.org/>...”.

Citações bibliográficas no texto: deverão ser expostas em ordem numérica, em algarismos arábicos, colocado em expoente (usar função própria do Word para números sobrescritos), após a pontuação, se houver. (Exemplo: ... foi utilizado o questionário GTHR.⁶), e devem constar da lista de referências de acordo com a ordem em que se apresentam ao longo do texto. Todos os estudos citados no texto deverão ser listados na seção de Referências. A inexatidão na citação das referências pode ser utilizada como critério de recusa do manuscrito.