

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Thainá Richelli Oliveira Resende

**Desenvolvimento e eficácia de uma intervenção em comer intuitivo baseada na
Dissonância Cognitiva na imagem corporal e no comportamento alimentar: um ensaio
clínico controlado randomizado**

Juiz de Fora

2025

Thainá Richelli Oliveira Resende

**Desenvolvimento e eficácia de uma intervenção em comer intuitivo baseada na
Dissonância Cognitiva na imagem corporal e no comportamento alimentar: um ensaio
clínico controlado randomizado**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito à obtenção do título de Doutora em Educação Física. Área de concentração: Exercício e Esporte.

Orientador: Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Coorientador: Dra. Marle dos Santos Alvarenga

Juiz de Fora

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Resende, Thainá Richelli Oliveira.

Desenvolvimento e eficácia de uma intervenção em comer intuitivo baseada na Dissonância Cognitiva na imagem corporal e no comportamento alimentar: um ensaio clínico controlado randomizado / Thainá Richelli Oliveira Resende. -- 2025.
256 p.

Orientador: Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Coorientador: Marle dos Santos Alvarenga

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Viçosa, Faculdade de Educação Física. Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2025.

1. comer intuitivo. 2. dissonância cognitiva. 3. mulheres. 4. dieta restritiva. 5. imagem corporal positiva. I. Carvalho, Pedro Henrique Berbert de , orient. II. Alvarenga , Marle dos Santos , coorient. III. Título.

Thainá Richelli Oliveira Resende

Desenvolvimento e eficácia de uma intervenção em comer intuitivo baseada na Dissonância Cognitiva na imagem corporal e no comportamento alimentar: um ensaio clínico controlado randomizado

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Educação Física. Área de concentração: Exercício e Esporte

Aprovada em 04 de novembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª. Drª. Marle dos Santos Alvarenga - Coorientadora
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Cesar Henrique de Carvalho Moraes
Universidade de São Francisco

Profª. Drª. Clara Mockdece Neves
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Danilo Reis Coimbra
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Wanderson Roberto da Silva
Centro Universitário de Patos de Minas

Juiz de Fora, 08/10/2025.



Documento assinado eletronicamente por **MARLE DOS SANTOS ALVARENGA**, Usuário Externo, em 05/11/2025, às 08:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Danilo Reis Coimbra**, Professor(a), em 05/11/2025, às 08:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Pedro Henrique Berbert de Carvalho**, Professor(a), em 05/11/2025, às 08:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wanderson Roberto da Silva**, Usuário Externo, em 05/11/2025, às 11:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Clara Mockdece Neves**, Professor(a), em 05/11/2025, às 14:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **César Henrique de Carvalho Moraes**, Usuário Externo, em 05/11/2025, às 17:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uffj (www2.uff.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2668786** e o código CRC **FC086FD4**.

AGRADECIMENTOS

Chegou o momento que tanto sonhava, agradecer a todos que estiveram comigo nessa fase da minha vida. Em primeiro lugar, agradeço a Deus e à Nossa Senhora, por me sustentarem quando as forças faltaram, por me darem coragem nos dias difíceis e por iluminarem cada passo desta jornada.

Aos meus pais, Robério e Rosilene, meus melhores amigos, meu colo e meu norte. Obrigada por acreditarem em mim quando eu duvidei, por me ensinarem a perseverar e por fazerem do amor um lugar de retorno.

Aos meus irmãos, Nickolas e Douglas, minha luz na terra: obrigada por iluminarem o caminho com carinho, humor e presença. Vocês me lembram, sempre, do que realmente importa.

Ao meu namorado, Maurício, obrigada por ser casa, abraço e paz. Por entender minhas ausências, trazer calma aos dias de escrita e celebrar comigo cada pequena vitória.

Ao meu orientador, Pedro: meu muito obrigada vai além da orientação acadêmica. Eu admiro profundamente a pessoa sensível que você é, alguém que escuta de verdade, que acolhe sem nenhum julgamento e que está sempre pronto a ajudar. Seu cuidado, ética e generosidade me ensinaram ciência e humanidade. Obrigada por enxergar potencial quando eu só via dúvidas — sua confiança fez diferença em cada etapa.

À minha coorientadora, Marle, obrigada pela generosidade infinita em compartilhar conhecimento, pela disponibilidade e por me inspirar com sua clareza ao ensinar.

À banca examinadora — Clara, Raíssa, Danilo e Wanderson —, minha sincera gratidão pela leitura cuidadosa e por cada contribuição para tornar este trabalho melhor.

Às minhas meninas, participantes desta pesquisa, obrigada pela confiança, por abrirem histórias e experiências com coragem. Sem vocês, este estudo não existiria.

Aos meus professores, de todas as etapas da vida, minha gratidão profunda. Cada aula, orientação e gesto de incentivo deixaram marcas que me trouxeram até aqui.

À CAPES e à FAPEMIG, meu reconhecimento pelo apoio financeiro que viabilizou este percurso formativo e a realização desta pesquisa.

Por fim, meu aplauso e gratidão à universidade pública, gratuita e de qualidade que me formou da graduação ao doutorado. Ela é espaço de transformação, acesso e esperança.

RESUMO

O comer intuitivo (CI) é uma abordagem que tem como premissa o respeito e a confiança aos sinais internos do corpo para determinar o comer. De modo geral, o CI está positivamente correlacionado às variáveis da imagem corporal positiva e inversamente associado a comportamentos de risco para os transtornos alimentares. No entanto, intervenções em CI apresentam variação quanto à metodologia empregada, não possuem acompanhamento das variáveis ao longo do tempo e não se baseiam na teoria da Dissonância Cognitiva. Com isso, o presente trabalho teve como objetivo desenvolver e avaliar a eficácia de uma intervenção em CI, utilizando estratégias de dissonância cognitiva, no aumento do CI, da apreciação corporal, da aceitação corporal pelos outros, da orientação interna do corpo, da motivação funcional para o exercício físico e na redução do comer restritivo cognitivo, descontrolado e emocional de jovens adultas brasileiras. Participaram da pesquisa jovens adultas do sexo feminino, com idade de 18 a 35 anos, de forma voluntária. As participantes foram aleatoriamente alocadas em um dos três grupos: grupo Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC), grupo Intervenção Educativa (IED) e grupo Controle Passivo (CP). As participantes incluídas no grupo IDC participaram de seis sessões de intervenção presencial e interativa com duração de 60 minutos e com intervalo de uma semana. O grupo IED recebeu materiais educativos sobre cada tema retratado no grupo IDC. O grupo CP somente respondeu às coletas de dados. A análise por intenção de tratar foi realizada por meio do módulo de modelos mistos para avaliar a eficácia da intervenção em CI, comparando os efeitos entre os três grupos e cada variável independente ao longo do tempo (*baseline*, pós-intervenção, quatro, 24 e 48 semanas de *follow-up*). O grupo IDC teve aumento no pós intervenção para a apreciação corporal, orientação interna do corpo, motivação saúde para a prática de exercícios físicos, e redução do comer restritivo cognitivo. Para 24 semanas e 48 semanas de *follow-ups*, houveram aumento para todas as variáveis e redução dos escores para o comer restritivo cognitivo, comer descontrolado e comer emocional. A única variável que não demonstrou modificação foi a motivação pela aparência para a prática do exercício físico. Além disso, o grupo IDC apresentou aumento significativo em relação aos dois grupos (IED; CP) em quatro, 24 e 48 semanas de *follow-ups*. A apreciação corporal e a orientação interna do corpo apontaram a eficácia do grupo IDC em relação ao grupo CP no pós-intervenção e nos demais seguimentos do estudo. Para a aceitação corporal pelos outros foi verificada a eficácia em 24 e 48 semanas de *follow-ups*. O comer restritivo cognitivo, descontrolado e emocional apresentaram reduções no grupo IDC em relação ao grupo CP, especialmente no momento

pós-intervenção e quatro semanas de *follow-ups* (comer restritivo cognitivo) e 24/48 semanas de *follow-ups* (em todos). Os resultados fornecem evidências substanciais para a eficácia da intervenção no aumento do comer intuitivo e constructos da imagem corporal positiva e redução de comportamentos disfuncionais de alimentação em jovens adultas brasileiras.

Palavras-chave: comer intuitivo; dissonância cognitiva; mulheres; dieta restritiva; imagem corporal positiva.

ABSTRACT

Intuitive eating (IE) is an approach based on respecting and trusting the body's internal signals to determine when to eat, and the quantity and quality needed. In general, IE is positively correlated with positive body image variables and inversely associated with risk behaviors for eating disorders. However, interventions that promote IE vary in methodology, lack time-based monitoring, and are not based on Cognitive Dissonance theory. Therefore, this study aimed to develop and evaluate the effectiveness of an IE intervention using cognitive dissonance strategies to increase IE, body appreciation, body acceptance by others, internal body orientation, functional motivation for physical exercise, and reduce cognitively restrictive, uncontrolled, and emotional eating in young Brazilian adults. Young female adults, aged 18 and 35, who agreed to participate voluntarily participated in the study. Participants were randomly allocated to one of three groups: Cognitive Dissonance Intervention (CDI), Educational Intervention (EDI), and Passive Control (PC) group. Participants enrolled in the IDC participated in six 60-minute, in-person, interactive intervention sessions with a one-week interval between sessions. The IED received educational materials on each topic addressed throughout the intervention by the IDC. The PC only responded to the data collection. Intention-to-treat analysis was performed using the mixed-model module to assess the effectiveness of the IC intervention, comparing the effects between the three groups and each dependent variable over time (baseline, post-intervention, four, 24-, and 48-week follow-ups). The IDC showed an increase in body appreciation, internal body orientation, health motivation for physical exercise, and a reduction in cognitive restrictive eating after the intervention. At 24-week and 48-week follow-ups, there were increases in all variables and reductions in scores for cognitive restrictive eating, uncontrolled eating, and emotional eating. The only variable that did not show any change was appearance-based motivation for physical exercise. Furthermore, the IDC showed a statistically significant increase compared to both groups (IED; CP) at four, 24, and 48 weeks of follow-up. Body appreciation and internal body orientation indicated efficacy in the IDC group compared to the CP group in the post-intervention and in the remaining study segments. Body acceptance by others was found to be effective at 24 and 48 weeks of follow-up. Cognitively restrictive, uncontrolled, and emotional eating showed reductions in the IDC group compared to the CP group, especially in the post-intervention period and at four weeks of follow-ups (cognitively restrictive eating) and at 24/48 weeks of follow-ups (all). The results provide substantial evidence for the effectiveness of the intervention in increasing intuitive eating and

positive body image constructs and reducing dysfunctional eating behaviors in young Brazilian adults.

Keywords: intuitive eating; cognitive dissonance; women; restrictive diet; positive body image.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Modelo de Influência dos Três Fatores.....	31
Figura 2 –	Modelo de Apreciação Corporal segundo variáveis interpessoais e intrapessoais.....	37
Figura 3 –	Modelo Integrado da Imagem Corporal Positiva.....	38
Figura 4 –	Modelo de Gratidão e Apreciação Corporal.....	39
Figura 5 –	<i>Dual-Pathway Model</i>	53
Figura 6 –	Modelo de Aceitação do Comer Intuitivo.....	66
Figura 7 –	Modelo de Aceitação do Comer Intuitivo com Índice de Massa Corporal.....	69
Figura 8 –	Modelo Integrado da Aceitação do Comer Intuitivo e Motivação para a Prática de Exercícios Físicos.....	71
Figura 9 –	Diagrama do CONSORT detalhando o fluxo de participantes da pesquisa.....	99
Figura 10 –	Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para o Comer Intuitivo (IES-2).....	106
Figura 11 –	Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para a Subescala “comer por razões físicas e não emocionais (IES-2-EPRER).....	106
Figura 12 –	Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para a Subescala “respeito aos sinais de fome e saciedade” (IES-2-RHSC).....	107
Figura 13 –	Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa	

	(IED); Controle Passivo (CP) para a Subescala “congruência pela escolha de alimentos para o corpo” (IES-2-BFCC).....	107
Figura 14 –	Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para a Apreciação Corporal (BAS-2)..	108
Figura 15 –	Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para a Aceitação Corporal pelos Outros (BAOS-2).....	108
Figura 15 –	Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para a Orientação Interna do Corpo (FAS).....	109
Figura 17 –	Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para a Razão Saúde para a Prática de Exercício Físico (MPAM-R-SAÚDE).....	109
Figura 18 –	Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para a Razão Aparência para a Prática de Exercício Físico (MPAM-R-APARÊNCIA).....	110
Figura 19 –	Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para o Comer Restritivo Cognitivo (TFEQ-CR).....	110
Figura 20 –	Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para o Comer Descontrolado (TFEQ-UE).....	111

Figura 21 –	Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para o Comer Emocional (TFEQ-EE).....	111
Quadro 1 –	Intervenções em Comer Intuitivo.....	76
Quadro 2 –	Objetivos e tópicos da intervenção usando modelo do comer intuitivo	89
	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Análises descritivas dos dados sociodemográficos, insatisfação com o corpo, com a musculatura e gordura divididas entre os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP)	98
Tabela 2 –	Médias marginais estimadas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP).....	104
Tabela 3 –	Tabela 3 – Tamanho de efeito (d de Cohen) entre os grupos (IDC, IED, CP) nos momentos pós-intervenção, 4 semanas e 24 semanas de <i>follow-ups</i>	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
APA	<i>American Psychological Association</i>
BAOS	<i>Body Acceptance by Others Scale</i>
BAS	<i>Body Appreciation Scale</i>
BFCC	<i>Body-Food Choice Congruence</i>
BSQ	<i>Body Shape Questionnaire</i>
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CP	Controle Passivo
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
d.C.	Depois de Cristo
DC	Dissonância Cognitiva
EPRER	<i>Eating for Physical Rather than Emotional Reasons</i>
ESEM	Modelagem Exploratória de Equações Estruturais
FAS	<i>Functionality Appreciation Scale</i>
GSH	<i>Guided Self-Help</i>
IDC	Intervenção Dissonância Cognitiva
IED	Intervenção Educativa
IES	<i>Intuitive Eating Scale</i>
IES-2	<i>Intuitive Eating Scale - 2</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
MPAM-R	<i>Motives for Physical Activity Measure-Revised</i>
RHSC	<i>Reliance on Hunger and Satiety Cues</i>
SATAQ	<i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire</i>
SEM	Modelagem de Equações Estruturais
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TAs	Transtornos Alimentares

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFEQ-18	<i>Three-Factor Eating Questionnaire-18</i>
UFJF-GV	Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares
UPE	<i>Unconditional Permission to Eat</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

N	Número amostral
p	Valor de probabilidade
ps	Valores de Probabilidade
r	Coeficiente de Correlação de Pearson
ρ	Coeficiente de Correlação de Spearman
η^2_p	<i>Partial Eta Squared</i>
ω	Ômega de McDonald
d	d de Cohen
DP	Desvio-Padrão
f	f de Cohen
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
kg/m ²	Quilogramas por metro ao quadrado
M	Média
Máx.	Máximo
M _{diferença}	Diferença da Média
M _{idade}	Média de idade
Min.	Mínimo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	20
2	OBJETIVOS E HIPÓTESES.....	24
2.1	OBJETIVO GERAL.....	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
2.3	HIPÓTESES.....	24
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
3.1	IMAGEM CORPORAL.....	26
3.1.1	Apreciação corporal.....	35
3.1.2	Aceitação corporal pelos outros.....	41
3.2	MOTIVAÇÕES PARA O EXERCÍCIO FÍSICO.....	43
3.3	COMPORTAMENTO ALIMENTAR.....	49
3.4	COMER INTUITIVO.....	57
3.4.1	Modelos teóricos do comer intuitivo.....	67
3.4.2	Intervenções do comer intuitivo.....	73
4	MÉTODOS.....	86
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	86
4.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	86
4.3	PARTICIPANTES.....	87
4.3.1	Critérios de inclusão.....	87
4.3.2	Critérios de exclusão.....	87
4.4	PROCEDIMENTOS.....	88
4.4.1	Grupo Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC).....	88
4.4.2	Grupo Intervenção Educativa (IED).....	90
4.4.3	Grupo Controle Passivo (CP).....	91
4.4.4	Adesão e Frequência.....	91
4.5	INSTRUMENTOS.....	91
4.5.1	Questionário sociodemográfico e de saúde.....	91
4.5.2	Comer intuitivo.....	92
4.5.3	Aceitação corporal por outros.....	93
4.5.4	Orientação interna do corpo.....	93
4.5.5	Motivação para a prática de exercício físico.....	93

4.5.6	Apreciação corporal.....	94
4.5.7	Comer restritivo cognitivo, comer descontrolado e comer emocional.....	94
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	95
5	RESULTADOS.....	97
5.1	ANÁLISES DESCRITIVAS E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA..	97
5.2	TAXA DE RETENÇÃO.....	97
5.3	EFEITOS DA INTERVENÇÃO.....	100
5.3.1	Comer Intuitivo.....	100
5.3.2	Apreciação Corporal.....	101
5.3.3	Aceitação Corporal por Outros.....	101
5.3.4	Orientação Interna do Corpo.....	102
5.3.5	Motivação Saúde e Aparência para a prática de Exercício Físico.....	102
5.3.6	Comer Restritivo Cognitivo.....	102
5.3.7	Comer Emocional.....	103
5.3.8	Comer Descontrolado.....	103
6	DISCUSSÃO.....	112
7	CONCLUSÃO.....	119
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
	REFERÊNCIAS.....	122
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.....	142
	ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	148
	ANEXO C – Questionário sociodemográfico.....	149
	ANEXO D – <i>Intuitive Eating Scale-2</i>	152
	ANEXO E – <i>Body Acceptance By Others</i>	153
	ANEXO F – <i>Functionality Appreciation Scale</i>	154
	ANEXO G – <i>Motives for Physical Activity Measure-Revised</i>	155
	ANEXO H – <i>Body Appreciation Scale-2</i>	156
	ANEXO I – <i>Three-Factor Eating Questionnaire-18</i>	157
	APÊNDICE A – Checklist do <i>Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)</i>	159
	APÊNDICE B – Folder de divulgação.....	162

APÊNDICE C – Protocolo final da intervenção.....	163
APÊNDICE D – Caderno de Atividades para Casa.....	204
APÊNDICE E – Folder Educativo do grupo IED.....	220

1 INTRODUÇÃO

O comportamento alimentar é um construto de complexa compreensão, principalmente pelas pressuposições de que o termo comportamento humano se estabelece por óticas e ciências distintas. Alvarenga *et al.* (2019) definem que o comportamento alimentar consiste em ações e condutas alimentares regidas por um conjunto de cognições (pensamentos, crenças, conhecimentos e valores) e afetos (sentimentos) (Alvarenga *et al.*, 2019). Garcia (1999) dispôs como comportamento alimentar, aquela conduta que justifica o que comemos, como comemos, com quem comemos, onde comemos e as situações relacionadas a esse comer, como os pensamentos e sentimentos vinculados ao alimento.

De fato, a complexidade da relação dos indivíduos com o ato de se alimentar implica diferentes padrões que visam um objetivo comum entre eles, fazendo-se assim importante descrever e classificar alguns comportamentos alimentares distintos. Na presente tese, foram escolhidos três comportamentos alimentares como foco principal de estudo, a saber: comportamento alimentar restritivo, comportamento alimentar emocional e comportamento alimentar intuitivo. O primeiro refere-se a tentativas conscientes de reduzir a ingestão de alimentos/calorias para controlar o peso corporal (Bernardi; Cichelero; Vitolo, 2005).

O comportamento alimentar emocional consiste na busca consciente ou inconsciente de alimentos para suprir necessidades emocionais e sentimentais, como uma forma de recompensa para sanar essas necessidades, através da tranquilização e da distração (Corbalán-Tutau, 2012). Além disso, é notório que esse comportamento se apresenta em decorrência de emoções intensas, especialmente as negativas (Corbalán-Tutau, 2012). Destaca-se que o comer emocional pode advir de um comer restritivo, em decorrência da inanição de alimentos ou pode ocorrer de forma isolada (Corbalán-Tutau, 2012),

De modo inverso aos comportamentos alimentares citados acima, destaca-se aqueles indivíduos que possuem padrões intuitivos ao se alimentarem, denominado comer intuitivo (Tribole; Resch, 2020). O comer intuitivo tem como premissa o respeito e a confiança aos sinais internos do corpo para determinar o momento de alimentar e a quantidade necessária. Comedores intuitivos possuem harmonia entre sensações de fome, saciedade e satisfação alimentar; estão cientes em seus corpos, focando principalmente na função corporal e rejeitando a mentalidade de dietas (Tribole; Resch, 2020). De modo geral, estudos demonstram que comedores intuitivos possuem uma melhor saúde psicológica e comportamental (Hazzard *et al.*, 2020; Christoph *et al.*, 2021; Linardon *et al.*, 2021).

O termo delineado “comer intuitivo”, foi proposto em 1995 por duas nutricionistas americanas, Evelyn Tribole e Elyse Resch, sendo baseado em 10 princípios aplicados no cotidiano do indivíduo: 1) rejeitar a mentalidade de dieta; 2) respeito às sensações de fome; 3) fazer as pazes com a comida; 4) desafiar o policial alimentar; 5) sentir saciedade; 6) explorar o fator satisfação; 7) lidar com as emoções com gentileza; 8) respeito ao corpo; 9) movimentar sentindo a diferença;; 10) respeito à saúde (Tribole; Resch, 2020).

Em 2015, Tracy Tylka e Kristin Homan, pesquisadoras que possuem expertise em estudos de aspectos positivos (adaptativos) e negativos (desadaptativos) da imagem corporal e do comportamento alimentar, propuseram avaliar a presença do comer intuitivo, verificando a existência de preditores explicativos para esse comportamento alimentar. Para isso, testaram o modelo de aceitação do comer intuitivo (do original: *Acceptance Model of Intuitive Eating*; tradução em português para Modelo de Aceitação do Comer Intuitivo), de modo a investigar entre mulheres e homens dois domínios de motivação para a prática do exercício físico. A saber: domínios (motivos) externos relacionados à aparência inclui: controle de peso, atratividade, tônus corporais; enquanto domínios (motivos) internos funcionais incluem: saúde, aptidão, prazer, desafio, e melhora do humor (Tylka; Homan, 2015).

Brevemente, o modelo postula que a aceitação do corpo pelos outros facilita a apreciação do corpo e a orientação interna do corpo, o que contribui para o comer intuitivo. Sendo que os dois domínios de motivos de exercício (funcional e aparência) também estão vinculados a essas variáveis. De modo com que, a aceitação do corpo pelos outros contribui diretamente para maiores motivos de exercício funcional e indiretamente contribui para menores motivos de exercício pela aparência por meio de maior orientação interna do corpo. Os motivos de exercício para funcionalidade corporal implicam na apreciação corporal e os motivos de exercício pela aparência contribuem inversamente para essa variável. Portanto, esse modelo considera que a aceitação corporal pelos outros, a orientação interna pelo corpo, a realização de exercícios por motivos funcionais prediz uma maior apreciação corporal, logo, a um maior comer intuitivo (Tylka; Homan, 2015).

Portanto, é notório que o comer intuitivo se apresenta como uma abordagem que possui relação direta com a imagem corporal positiva, estabelecendo uma associação benéfica dos indivíduos com a comida e seus corpos, reduzindo riscos potenciais de psicopatologias relacionadas ao ato de comer, como é o caso dos transtornos alimentares (TAs). Estudos demonstram relações inversas entre CI e comer emocional/restritivo cognitivo (Bennett; Latner, 2022; Bruce; Ricciardelli, 2021; Denny *et al.*, 2013; Smith *et al.*, 2020; Linardon *et al.*, 2021; Giacone *et al.*, 2024). Especificamente, o público alvo que apresentam maior

incidência do acometimentos dessas psicopatologias e menor comportamento alimentar intuitivo consiste nas mulheres, fato que pode ser atribuído pelas evidências de serem as mais afetadas pelos padrões estéticos estipulados pela sociedade, em que a pressão e a internalização do ideal de corpo magro é excessivamente exposto, desencadeando elevada insatisfação corporal, que por sua vez pode estimular a adoção de prática de comportamentos não saudáveis para obter o corpo idealizado, como a prática de comer restritivo, comer transtornado, entre outros (Anixiadis *et al.*, 2019; Grower; Ward; Trekels, 2019; Stice *et al.*, 1994)

Ao avaliar possíveis intervenções baseadas no comer intuitivo que visam reduzir alguns desses comportamentos e aumentar o comer intuitivo, recente revisão sistemática com metanálise identificou melhorias quanto a aspectos relacionados à qualidade de vida, a imagem corporal e a apreciação corporal, sendo todos com mudanças positivas em até seis meses de seguimento (Babbott *et al.*, 2023). Os autores dessa revisão relatam a necessidade de estudos experimentais de alta qualidade com o CI, visto o seu papel potencial na promoção de mudanças positivas nos resultados relacionados à saúde (Babbott *et al.*, 2023). Destacam ainda, que as intervenções avaliadas pela revisão, tiveram muita variação quanto à metodologia empregada (ex.: duração, protocolo), havendo a necessidade de aderir mais rigorosamente aos pressupostos teóricos do comer intuitivo. Além disso, poucas intervenções incluíram acompanhamento das variáveis ao longo do tempo, impossibilitando que possíveis melhorias sejam observadas após a intervenção (Babbott *et al.*, 2023).

Grande parte dos estudos de intervenção baseadas no comer intuitivo tem como foco as abordagens de psicoeducação e, ao nosso melhor conhecimento, nenhum estudo realizou esse tipo de intervenção baseado na teoria da Dissonância Cognitiva (DC). A DC considera que as cognições e as crenças dos indivíduos se antagonizam em determinado momento, ou seja, os indivíduos apresentam pensamentos acerca de algo, que é posteriormente experimentado desconfortavelmente por situações que são criadas, podendo ocasionar mudança de comportamento (Festinger, 1957). Consiste em um mecanismo capaz de modificar pensamentos e atitudes depois que as crenças foram confrontadas (Festinger, 1957).

A DC tem demonstrado efeito positivo em intervenções voltadas para a aceitação corporal, visto que esse tipo de intervenção apresenta grande eficácia principalmente pela ação voluntária ao participar, pelo número de sessões, ou seja, multisessões, e também pelo fato de serem interativas, nas quais existe um maior número de participantes (Dunker, Carvalho; Amaral; 2023; Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Stice; Shaw, 2004; Watson *et al.*, 2016).

Recentemente, Dunker, Carvalho e Amaral (2023) ao realizarem uma revisão sistemática que avaliaram e resumiram os programas de prevenção de TAs existentes nos países latino-americanos, dissertam que dentre os programas, apenas um (Resende *et al.*, 2021) teve como desfecho avaliar o comer intuitivo. Este programa utilizou da DC como estratégia metodológica em sua aplicação, obtendo resultados promissores quanto à redução de fatores de risco e aumento dos fatores protetores para TAs (Resende *et al.*, 2021). No entanto, a intervenção de Resende *et al.* (2021), teve como base um protocolo pré-existente, o *The Body Project* (Stice, 2000), que foi desenvolvido para prevenir TAs por meio da redução da internalização dos ideais de corpo. Dito de outra forma, o estudo de Resende *et al.* (2021), não é uma intervenção específica baseada no comer intuitivo, mas uma intervenção preventiva de TAs, que utilizou estratégias de DC e que avaliou, entre seus desfechos, o comer intuitivo.

Conforme asseveram Babbott *et al.* (2023) são necessários estudos de intervenção baseados em comer intuitivo de alta qualidade, que tenham adesão aos princípios fundamentais do comer intuitivo e que realizem o acompanhamento dos efeitos ao longo do tempo. Logo, dado a ausência de intervenções em comer intuitivo baseado na DC, e as limitações desses programas apresentadas pela revisão de Babbott *et al.* (2023), o presente trabalho se faz necessário, visto que esse é um campo de estudo com potencial para a promoção da imagem corporal positiva, na saúde psicológica e comportamental em jovens mulheres.

2 OBJETIVOS E HIPÓTESES

Os objetivos do presente trabalho estão divididos em objetivo geral e específicos, assim como em hipóteses, conforme seções secundárias abaixo.

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver e avaliar a eficácia de uma intervenção em comer intuitivo baseada na Dissonância Cognitiva no aumento do comer intuitivo, da apreciação corporal, da aceitação corporal pelos outros, da orientação interna do corpo, da motivação funcional para o exercício físico e na redução do comer restritivo cognitivo, comer descontrolado e comer emocional de jovens adultas brasileiras.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar em jovens adultas brasileiras, em cinco momentos distintos - pré-intervenção (*baseline*), logo após intervenção, quatro semanas após o término da intervenção (um mês de *follow-up*), 24 semanas após o término da intervenção (seis meses de *follow-up*) e 48 semanas após o término da intervenção (12 meses de *follow-up*):

- a) O comer intuitivo, a apreciação corporal, a aceitação corporal pelos outros, a orientação interna do corpo, a motivação funcional para o exercício físico e o comportamento alimentar (comer restritivo cognitivo; comer descontrolado; comer emocional);
- b) Comparar os efeitos de uma proposta de intervenção entre um grupo submetido à Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC), grupo Intervenção Educativa (IED) e grupo Controle Passivo (CP) nos desfechos sob análise.

2.3 HIPÓTESES

H₁: A intervenção de comer intuitivo com base na Dissonância Cognitiva será capaz de aumentar o comer intuitivo, a apreciação corporal, a aceitação corporal pelos outros, a orientação interna do corpo e a motivação funcional para o exercício físico, assim como, reduzir o comer restritivo cognitivo, comer descontrolado e comer emocional em jovens adultas brasileiras logo após intervenção, quatro semanas após o término da intervenção

(um mês de *follow-up*), 24 semanas após o término da intervenção (seis meses de *follow-up*) e 48 semanas após o término da intervenção (12 meses de *follow-up*).

H₂: A intervenção com base na Dissonância Cognitiva terá maior eficácia em comparação aos grupos IED e CP nos desfechos sob análise em jovens adultas brasileiras logo após intervenção, quatro semanas após o término da intervenção (um mês de *follow-up*), 24 semanas após o término da intervenção (seis meses de *follow-up*) e 48 semanas após o término da intervenção (12 meses de *follow-up*).

H₀₁: A intervenção com base na Dissonância Cognitiva não será capaz de aumentar os níveis de comer intuitivo, apreciação corporal, aceitação corporal pelos outros, orientação interna do corpo e motivação funcional para o exercício físico, nem de reduzir o comer restritivo cognitivo, comer descontrolado e comer emocional em jovens adultas brasileiras, em nenhum dos momentos de avaliação (quatro semanas de *follow-up*, 24 semanas de *follow-up* e 48 semanas de *follow-up*).

H₀₂: Não haverá diferença de eficácia entre o grupo IDC e os grupos IED e CP em relação às variáveis desfechos (comer intuitivo, apreciação corporal, aceitação corporal pelos outros, orientação interna do corpo, motivação funcional para o exercício físico, comer restritivo cognitivo, comer descontrolado e comer emocional) em jovens adultas brasileiras, em nenhum dos momentos de avaliação em nenhum dos momentos de avaliação (quatro semanas de *follow-up*, 24 semanas de *follow-up* e 48 semanas de *follow-up*).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Essa seção trata dos aspectos conceituais de variáveis de interesse para a presente tese. Serão abordadas as seguintes questões centrais: Imagem corporal; Motivação para a prática de exercício físico; Comportamento alimentar; Comer intuitivo.

3.1 IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal vem sendo alvo de estudos e teorias ao longo dos anos, principalmente nas áreas das ciências humanas, sociais, e da saúde. Para compreender seus conceitos e principais aspectos, é necessário elucidar alguns pontos históricos e sua construção teórica ao longo do tempo. Acredita-se que os primeiros estudos sobre imagem corporal¹ tenham ocorrido ainda no século XVI, na França, com o médico e cirurgião Ambroise Paré, ao descrever um fenômeno comum ocorrido em seus pacientes amputados, como a percepção de que seus membros ausentes ainda estariam presentes, bem como relatos de sensações físicas no membro amputado, fenômeno caracterizado posteriormente como “membro fantasma” (Campana; Tavares, 2004; Gorman, 1969; Grogan, 2016).

No século XX, cientistas comportamentais, filósofos e neurologistas, se aperfeiçoaram em investigar ainda mais incisivamente sobre o “membro fantasma” em conjunto às diferentes formas de percepção do corpo e como esse está representado mentalmente nos indivíduos. Destaca-se, o neurologista Gordon Holmes, que entre o período de 1876 e 1965 atribuiu que cada indivíduo possui um modelo corporal, ou seja, uma percepção de movimentos corporais no espaço e uma capacidade de localização de estimulações do corpo, denominando-o de esquema corporal (Head; Holmes, 1911).

Inspirado nas atribuições de Holmes e somado à experiência na psicologia, Paul Schilder foi um grande contribuinte para compreender a imagem corporal. Por volta de 1935, ainda no século XX, Schilder considerou a imagem corporal não apenas no âmbito orgânico e fisiológico, mas introduziu a ideia de que fatores psicanalíticos poderiam intermediar a dimensão do esquema corporal. Para Schilder (1994, p. 11), a imagem corporal é “a figuração de nosso corpo formada em nossa mente”, sendo caracterizada por aspectos fisiológicos, como a organização cerebral do esquema corporal, aspectos sociológicos, por meio da influência do meio social e libidinais, relacionados às pulsões, emoções e fantasias. O

¹ Ambroise Paré não denominou o tema como “imagem corporal”, o que veio ocorrer mais tardiamente com os estudos de Paul Schilder (Campana; Tavares, 2004).

estudioso lançou a obra intitulada “A imagem do corpo: as energias construtivas da psique” (Schilder, 1994), na qual disserta sobre a dimensionalidade da imagem corporal, de modo a considerá-la formada por camadas, entrelaçando o mundo, corpo e mente, ambos percebidos em experiências passadas e futuras. Por suas contribuições para o campo de estudo, Paul Schilder ficou conhecido como o “pai da imagem corporal”.

No decorrer dos anos, pesquisadores como Thomas Cash, Thomas Pruzinsky e Linda Smolak buscaram somar as atribuições inseridas pelos estudiosos do século XVI e XX sobre a denominação da imagem corporal e a consideraram como um fenômeno complexo, multifacetado e dinâmico. Complexo, por ser difícil de ser definido, multifacetado pela abrangência biopsicosociocultural do corpo, e dinâmico, pela constante modificação de percepções e atitudes dos indivíduos frente aos seus corpos (Cash; Pruzinsky, 2002; Cash; Smolak, 2011). Para isso, a distinguiram em duas dimensões, a perceptiva e a atitudinal.

A dimensão perceptiva tange à acurácia/inacurácia no julgamento do tamanho, da forma e do peso corporais, resultado de componentes sensoriais e não sensoriais. Respostas visuais, táteis e cinestésicas, assim como a intensidade dos estímulos recebidos e a atenção dedicada a eles são correspondentes ao componente sensorial. Já, a interpretação das informações adquiridas, como crenças e conhecimento do próprio corpo, pertence ao componente não sensorial (Cash; Pruzinsky, 2002; Cash; Smolak, 2011; Cash; Santos; Williams, 2005).

Para a dimensão atitudinal, atribuem-se aspectos cognitivos, comportamentais e afetivos dos indivíduos em relação ao corpo. Para elucidar e dinamizar esses aspectos, consideram-se componentes específicos para cada aspecto. O componente cognitivo da dimensão atitudinal da imagem corporal considera os pensamentos, o senso crítico mental e as crenças a respeito do corpo. Por exemplo, o raciocínio de que determinado formato corporal é o aceito pela sociedade. Esse pode ser estimulado ou ainda, ser uma resposta ao componente afetivo da imagem corporal. Ou seja, as emoções em relação ao corpo e ainda, os sentimentos que esses vivenciam devido a sua aparência física. Seguindo ao exemplo, a consideração de que existe um corpo ideal na sociedade, sentimentos podem ser protagonizados, como sentimentos de adequação/inadequação a esse padrão corporal, somados a sentimentos de insuficiência, tristeza e culpabilização (Cash; Pruzinsky, 2002; Cash; Smolak, 2011; Cash; Santos; Williams, 2005).

Como resolutiva, o componente comportamental se apresenta como uma ou mais ações relacionadas a essas cognições e aos sentimentos em relação ao corpo. Então, em detrimento do não pertencimento na sociedade perante o corpo, o indivíduo se sente

inadequado, e busca por ações voltadas para a modificação corporal (por exemplo, práticas de dietas, exercício físico extenuante, dentre outros). É importante destacar que essa ordem de acontecimentos pode e normalmente é cíclica, portanto, seus direcionamentos podem flutuar em detrimento de situações diversas da vida dos indivíduos, ressaltando a natureza complexa, multifacetada e dinâmica da imagem corporal (Cash; Pruzinsky, 2002; Cash; Smolak, 2011; Cash; Santos; Williams, 2005).

Vale salientar que a maioria dos estudos se volta a avaliar a dimensão atitudinal em comparação à dimensão perceptiva. Fato atribuído pela maior facilidade em analisar a natureza de seus componentes, por meio de instrumentos de autorrelato desenvolvidos e validados psicometricamente para populações específicas (Cash; Smolak, 2011; Campana; Tavares, 2011). Em destaque, o componente afetivo da dimensão atitudinal, a insatisfação corporal. Ela tem sido definida como uma avaliação negativa que o sujeito faz em relação ao seu corpo e à sua aparência física (Garner; Garfinkel, 1982). Ainda, entende-se como o grau de depreciação que os indivíduos têm pela sua aparência, principalmente pelo peso e a forma corporal (Menzel *et al.*, 2011; Slade, 1994). Somadas a avaliações negativas do tamanho, volume e definição corporal, geralmente envolvendo um afastamento entre o corpo atual e o corpo desejado (Grogan, 2016).

A insatisfação corporal tem demonstrado elevada prevalência em diversos países, em faixas etárias diferentes, tanto em homens quanto em mulheres (Girard; Rodgers; Chabrol, 2018; Fardouly; Willburger; Vartanian, 2018; Hardit; Hannum, 2012; Cafri *et al.*, 2005; Murray *et al.*, 2017; Frederick *et al.*, 2007; Swami *et al.*, 2010). Destaca-se que a cultura ocidental parece experimentar ainda mais insatisfação corporal, especialmente as mulheres (Frederick *et al.*, 2007; Swami *et al.*, 2010). Fato atribuído a alguns fatores, como os padrões estéticos estipulados pela sociedade, nos quais o corpo magro é alvo de objetificação sexual², exposto como o bonito, aceito, desejável e amado.

McKinley e Hyde (1996) postulam que a sociedade ocidental influencia fortemente a objetificação e sexualização do corpo feminino, provocando um crescimento significativo na prática de monitorar o próprio corpo e na valorização de características visíveis e ligadas à aparência em detrimento de aspectos que não podem ser percebidos (por exemplo: a personalidade) (McKinley; Hyde, 1996). Além disso, a globalização e modernização, com marco no desenvolvimento socioeconômico no final do século XX, possibilitaram o

² Objetificação sexual refere-se: “Sempre que o corpo, as partes do corpo ou as funções sexuais de uma mulher estão separados de sua pessoa, reduzidos a meros instrumentos, ou considerados como se fossem capazes de representá-la” (Fredrickson; Roberts, 1997, p. 175).

desenvolvimento de produtos cosméticos, procedimentos estéticos, cirurgias plásticas, dentre outros, enfatizando a construção de um corpo ideal como uma beleza universal e que deve ser seguida para o cumprimento das normas sociais, logo a uma maior aceitação das mulheres na sociedade (Swami, 2015). Diante disso, estudo brasileiro de base populacional ($n = 1720$), no qual 55,8% da amostra foi composta por mulheres ($M_{idade} = 38,1$ anos; $DP = 11,6$) observou que 66,6% destas possuem insatisfação corporal, principalmente por apresentarem um físico “mais pesado” do que julgam o ideal (Silva *et al.*, 2011).

Portanto, compreendendo a complexidade da insatisfação corporal, estudos sobre a imagem corporal tem utilizado teorias e paradigmas socioculturais para abranger sua dimensão e assimilar os previsores e/ ou desfechos que esse construto pode ter, como é o caso daqueles que têm verificado sua associação com a internalização do ideal corporal magro em mulheres e atlético/musculoso para homens, a comparação social e atitudes disfuncionais em relação ao corpo (por exemplo, prática de dietas e exercícios extenuantes) (Carvalho; Alvarenga; Ferreira, 2017; Stice *et al.*, 1994).

Antes de conceituar e compreender esses desfechos, é necessário apresentar trabalhos clássicos com modelos teóricos desenvolvidos para investigar suas correlações, como o desenvolvido por Carvalho, Alvarenga e Ferreira (2017) em jovens mulheres brasileiras, Carvalho e Ferreira (2020) em homens universitários brasileiros, Lovering *et al.* (2018) em mulheres pós-parto, Fortes *et al.* (2016) em adolescentes brasileiros, dentre outros. Esses autores, por meio de análises de modelagem de equações estruturais,³ indicaram modelos etiológicos para prever as associações entre os desfechos negativos citados anteriormente e suas influências como fatores de risco para transtornos alimentares⁴.

Os autores tiveram como base o modelo etiológico denominado “*Tripartite Influence Model*” (traduzido para o português: Modelo de Influência dos Três Fatores) de Thompson *et al.* (1999), no qual consideram que a insatisfação corporal e o comportamento alimentar são influenciados por três fontes socioculturais primárias (pais, amigos e a mídia) mediados por duas variáveis: internalização de um ideal corporal (internalização) e comparação social da aparência (comparação social). A internalização de um ideal corporal consiste em um aspecto

³ A modelagem de equações estruturais é uma técnica de modelagem estatística multivariada de caráter geral, que é amplamente utilizada nas Ciências Humanas e Sociais. Pode ser vista como uma combinação das técnicas de análise fatorial e regressão múltipla (ou a ampliação dessas para a análise de trajetórias ou caminhos – *path analysis*) (Neves, 2018).

⁴ Segundo a American Psychiatric Association (APA, 2014), os transtornos alimentares, são doenças psiquiátricas relacionadas ao ato transtornado de se alimentar ou a comportamentos perturbados de alimentação, que influenciam no consumo e absorção alterada de alimentos, ocasionando danos físicos, psicológicos, sociais aos indivíduos que sofrem destas psicopatologias.

cognitivo da imagem corporal, no qual os indivíduos acreditam e se apropriam de um corpo criado pela sociedade com padrões próprios (Karazsia *et al.*, 2013; Thompson *et al.*, 1999). Já a comparação social consiste no processo pelo qual o indivíduo se compara com outras pessoas e que pode resultar na percepção de que os corpos dos indivíduos são melhores do que si mesmo (Thompson *et al.*, 1999).

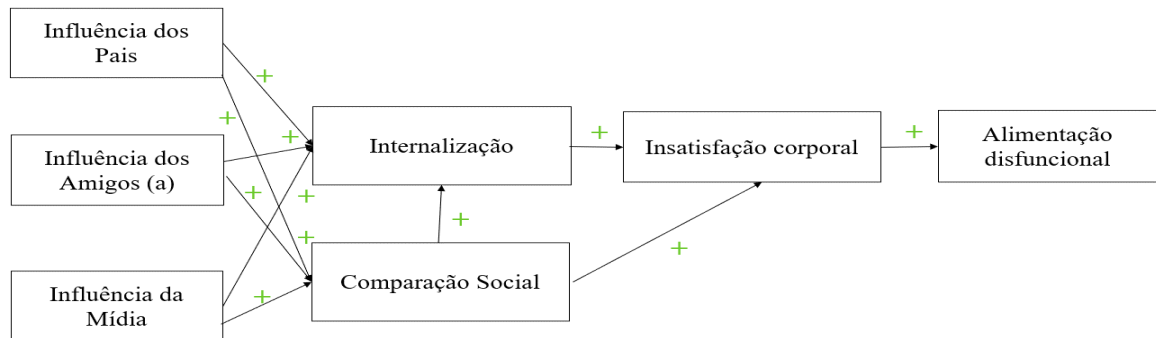
Esse modelo foi testado e adaptado para diferentes populações, por considerar a natureza complexa do fenômeno e sensibilidade que cada cultura impõe sobre os corpos (Van Den Berg *et al.*, 2002; Shroff; Thompson, 2006; Keery; Van Den Berg; Thompson 2004; Jankauskiene; Baceviciene, 2021; Gahler *et al.*, 2023). No Brasil, especificamente para o público feminino, Carvalho, Alvarenga e Ferreira (2017) adaptaram o modelo em uma amostra composta por 741 universitárias ($M_{idade} = 23,55$ anos; $DP = 4,09$), no qual consideraram e verificaram que pais, amigos e fontes midiáticas se apresentam como influência direta e indireta na transmissão de informações relacionadas ao corpo, como o padrão corporal ideal e aspectos relacionados ao cuidado com a aparência (Figura 1). Essas influências favorecem a internalização, e ainda, a uma comparação social; ambos predizem a insatisfação corporal. Posto que estes ideais não são reais, ou ao menos muito difíceis de serem alcançados pela maioria das mulheres. A insatisfação se mostra como principal variável preditora de comportamentos alimentares disfuncionais.

Para avaliar os construtos presentes no modelo, instrumentos foram desenvolvidos e avaliados psicometricamente para mensurar os fenômenos. A influência de pais, amigos e mídia é avaliada pela “*Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire*” (SATAQ) (traduzido para o português: Questionário de Atitudes Socioculturais em relação à Aparência) e suas versões revisadas (SATAQ-R; SATAQ-3; SATAQ-4; SATAQ-4-R). A última versão (SATAQ-4-R) foi desenvolvida para avaliar a internalização de ideais de aparência (ou seja, aceitação pessoal de ideais sociais) e pressões de aparência (ou seja, pressões para atingir o ideal social) em uma amostra de mulheres universitárias ($N = 1.114$; $M_{idade}=20,53$; $DP = 2,52$) dos Estados Unidos. A análise fatorial entre universitárias indicou uma escala de 7 fatores e 31 itens, denominada SATAQ-4R-Female: 1) Internalização: Magro/Baixa Gordura Corporal; 2) Internalização: Musculoso; 3) Internalização: Atratividade Geral; 4) Pressões: Família; 5) Pressões: Mídia; 6) Pressões: Pares e 7) Pressões: Outros Significativos (Schaefer *et al.*, 2017).

No Brasil, sua adaptação transcultural foi realizada e avaliou-se sua estrutura fatorial, em mulheres universitárias brasileiras por Claumann (2019), na qual participaram 794 universitárias mulheres ($M_{idade} = 21,43$; $DP = 2,56$). A autora obteve a mesma estrutura

fatorial da original (Schaefer *et al.*, 2017), com 31 itens distribuídos nas sete subescalas citadas acima, sugerindo ser uma escala válida e confiável para avaliar a internalização dos ideais de aparência e as pressões percebidas de diferentes agentes socioculturais para a adequação a esses ideais, em mulheres brasileiras (Claumann, 2019).

Figura 1 - Modelo de Influência dos Três Fatores



Fonte: Traduzido de Carvalho, Alvarenga e Ferreira (2017) e adaptado pela autora (2025).

Legenda: +: correlação positiva significativa

No que concerne a insatisfação corporal, diversos instrumentos foram desenvolvidos e avaliados psicometricamente, como a *Body Checking Cognitions Scale* (Mountford *et al.*, 2006), as Escalas Brasileiras de Percepção e Internalização de Normas Corporais (Heinberg; Thompson; Stormer, 1995), o *Male Body Checking Questionnaire* (Hildebrandt *et al.*, 2010), o *Body Checking and Avoidance Questionnaire* (Shafran *et al.*, 2004), a Escala de Silhuetas Brasileiras para Adultos e Crianças (Kakeshita *et al.* 2009), e o *Body Shape Questionnaire* (Cooper *et al.*, 1987). Segundo Morgado *et al.* (2009), o *Body Shape Questionnaire* (BSQ) tem se destacado por medir as preocupações com a forma do corpo e autodepreciação devido à aparência física em mulheres.

O BSQ foi criado originalmente por Cooper *et al.* (1987), apresentando 36 itens em uma estrutura de um fator. Posteriormente, Evans e Dolan (1993) conduziram um estudo de validação e criaram seis versões de 8 e 16 itens, todas com estrutura unifatorial. Pook Tuschen-Caffier, Brähler (2008) e Warren *et al.* (2008) sugeriram que as versões encurtadas do BSQ têm propriedades psicométricas mais estáveis em comparação com a versão de 34 itens quando aplicadas a amostras populacionais alemãs, americanas e espanholas.

No Brasil, Silva *et al.* (2014) avaliaram as qualidades métricas das versões de 34, 16 e oito itens do BSQ em uma amostra brasileira, preservando a estrutura unifatorial proposta por Cooper *et al.* (1987) e Evans e Dolan (1993) em uma amostra de 739 universitárias ($M_{idade} = 20,44$; $DP = 2,45$). Como resultado, as versões de 34 e 16 itens do BSQ apresentaram características psicométricas satisfatórias em universitárias brasileiras. No entanto, a versão reduzida com oito itens foi a mais parcimoniosa, com validade e confiabilidade adequadas e forte invariância de medida para amostras independentes. Sendo, portanto, a mais indicada para ser utilizada para avaliar a insatisfação de jovens mulheres brasileiras (Silva *et al.*, 2014).

Pesquisas tem demonstrado associação entre a insatisfação corporal e desfechos negativos para a saúde psicológica, incluindo sintomas para transtornos alimentares (Ter Borgt *et al.*, 2006; Cardoso *et al.*, 2020; Merino *et al.*, 2024; Stice; Whitenton, 2002, Stice; Shaw, 2002; Thompson; Stice, 2001; Cheng *et al.*, 2019), prática de exercício físico excessivo (Freire *et al.*, 2020; LePage *et al.*, 2008), diminuição da satisfação com a vida (Bromley, 1999; Merino *et al.*, 2024), sofrimento psicológico (Bromley, 1999; Cruz-Sáez *et al.*, 2020; Merino *et al.*, 2024), menor qualidade de vida (Cash; Fleming, 2002), baixa autoestima (Cruz-Sáez *et al.*, 2020; Duchesne *et al.*, 2017; Merino *et al.*, 2024; Powell; Hendricks, 1999), depressão (Duchesne *et al.*, 2017; Noles; Cash; Winstead, 1985), ansiedade (Cash; Fleming, 2002; Duchesne *et al.*, 2016), dentre outros.

Tais desfechos podem ser explicados pela Teoria da Autodiscrepância (Marsh, 1999), na qual se consideram os impactos psicológicos resultantes das lacunas entre o eu real percebido de um indivíduo, seu eu ideal (aspirações e esperanças) e seu eu necessário (deveres e obrigações). Essa teoria é particularmente saliente no estudo da imagem corporal, ilustrando como discrepâncias significativas entre a aparência física real de um indivíduo e suas versões idealizadas podem levar a um profundo desconforto psicológico. Esse conflito interno se manifesta com sentimentos de vergonha e autojulgamentos baseados nos padrões internalizados não atendidos, podendo ser persistente e agravado caso intervenções de aceitação corporal e práticas para desafiar as normas sociais não sejam realizadas, aumentando ainda mais a discrepância entre o eu percebido e o eu ideal (Marsh, 1999; Merino *et al.*, 2024).

Em uma perspectiva de analisar as pesquisas na área da imagem corporal, Rodgers *et al.* (2023) analisaram as estruturas teóricas que respondem pelas similaridades globais e diferenças regionais nas taxas e apresentação de preocupações com a imagem corporal, bem como analisaram os dados existentes. Os autores dissertam que a maior parte dos estudos realizados sobre imagem corporal, concentra-se em avaliar os elementos socioculturais, como

a pressão em direção ao corpo magro e a internalização dos ideais corporais promovidos pela mídia. Destacam ainda que a prevalência da preocupação com a imagem corporal no mundo é elevada, muitas dessas estão fortemente ligadas a preocupações de saúde mental e que esforços de prevenção são limitados, frente à incapacidade de serem aplicados em contextos já existentes.

Como possível avanço, os pesquisadores sinalizam a necessidade de reduzir essas preocupações, evidenciando a necessidade de desenvolver intervenções universais e específicas, com amplo alcance, baseando-se em alvos específicos de acordo com a cultura existente. Por exemplo, intervenções voltadas para redução da internalização de ideais de aparência em culturas onde essa se mostra como preditora sensível à insatisfação corporal e risco futuro de adoecimento mental, como o contexto brasileiro (Rodgers *et al.*, 2023).

Diversos autores citam a necessidade de ampliar os estudos sobre os aspectos positivos da imagem corporal, contrapondo ao movimento histórico, em que os pesquisadores avaliam predominantemente as consequências de uma imagem corporal negativa sobre a saúde (Avalos; Tylka; Wood-Barcalow, 2005; Rodgers *et al.*, 2023; Tylka; Augustus-Horvath, 2010; Tylka; Wood-Barcalow, 2015; Tylka; Piran, 2019). De acordo com esses autores, a imagem corporal positiva pode ser uma forma de proteção contra os desfechos negativos à saúde. De certo, um grande quantitativo de estudos de avaliação da imagem corporal está voltado para o lado negativo, entretanto, autores asseveram que a imagem corporal negativa não é o oposto da positiva, visto a possibilidade de indivíduos apresentarem algum grau de insatisfação corporal com determinado aspecto do seu corpo, porém de forma geral, se sente bem com sua aparência (Avalos; Tylka; Wood-Barcalow, 2005; Tylka; Wood-Barcalow, 2015; Tylka; Piran, 2019).

Desse modo, a imagem corporal positiva pode ser compreendida como sentimentos, atitudes e comportamentos de aceitação da aparência física, como forma de respeitá-la, independentemente do seu peso e formato corporal. Ainda está associada à apreciação pela funcionalidade do corpo e à confiança nos sinais corporais, buscando sempre comportamentos saudáveis para o cuidado e proteção deste, rejeitando os ideais corporais irrealistas da mídia (Avalos; Tylka; Wood-Barcalow, 2005; Tylka; Wood-Barcalow, 2015; Tylka; Piran, 2019).

Cash e Pruzinsky (2002) foram inovadores ao incentivar estudos sobre a imagem corporal positiva, considerando que se deve garantir não apenas a redução dos efeitos negativos corporais, mas também o aumento de desfechos positivos, como ter opiniões favoráveis em relação ao corpo (por exemplo, “eu me sinto bem com meu corpo”), aceitação corporal (por exemplo, “apesar de não gostar tanto das minhas pernas, eu aceito elas como

são”), respeito ao corpo (por exemplo, “estou atento às necessidades do meu corpo”), funcionalidade corporal (por exemplo, “sei o que meu corpo me permite fazer”), autoestima (por exemplo, “sei o valor que tenho na vida das pessoas”), autocompaixão (por exemplo, “me acolho pelos meus erros e acertos”), exercícios que permitem um sentimento positivo em relação ao corpo (por exemplo, “o exercício físico me traz felicidade e sensação de bem-estar”), respeito aos sinais de fome e saciedade (por exemplo, “reconheço a sinalização do meu corpo para dizer quando e quanto comer”), ter oposição ao ideal de magreza (por exemplo, “fotos de mulheres em redes sociais são irreais a vidas cotidianas”), dentre outros (Cash; Pruzinsky, 2002).

Para exemplificar e compreender os principais elementos relacionados a formas positivas de habitar o corpo, Piran e Teall (2012) dissertam sobre a *Theory of Embodiment: Protective Factors* (traduzido para o português: Teoria do Desenvolvimento da Corporificação). Essa teoria sugere que as experiências sociais em relação à imagem corporal podem ser moldadas em três domínios: a) domínio da liberdade física; b) domínio da liberdade mental; c) domínio do poder social. O domínio da liberdade física se concentra no cuidado ao corpo, de modo a promover uma imagem corporal positiva através: 1) envolvimento prazeroso e alegre em atividades físicas que melhorem a conexão com o corpo; 2) se sentir seguro em ambientes sociais livre de violações (por exemplo: locais onde o corpo gordo não é alvo de preconceito); 3) autocuidado sintonizado as necessidades corporais (por exemplo: vivenciar e aceitar a sinalização do corpo para dizer quando e quanto comer) e 4) conexão prazerosa com desejos, envolve tanto vivenciar desejos quanto responder a esses desejos de maneiras sintonizadas e autocuidadas (por exemplo: manter uma conexão positiva com os desejos corporais de apetite) (Piran; Teall, 2012).

No que concerne o domínio da liberdade mental, a teoria o relaciona aos sistemas de internalizações de construções sociais, estereótipos e papéis, descrevendo três fatores de proteção: 1) liberdade de voz, ação assertiva e engajamento apaixonado em atividades que não estão relacionadas à aparência; 2) liberdade de ter uma postura crítica em relação a estereótipos de padrões de aparência; bem como 3) liberdade de ter uma postura crítica em relação a estereótipos restritivos de comportamento de gênero (por exemplo: o corpo feminino é um objeto a ser observado). Esta gama de fatores de proteção reflete no impacto de uma gama mais ampla de internalização de discursos sociais na experiência de habitar o corpo e não apenas sobre o discurso da magreza (Piran; Teall, 2012).

Para o último domínio da teoria de Piran e Teall (2012), o domínio do poder social relaciona o corpo como capital social, ou seja, o privilégio social dos indivíduos e o acesso a

recursos estão relacionados aos diversos corpos em termos de sua localização social em variáveis como gênero, classe social, herança racial e étnico-cultural, orientação sexual, idade e capacidade física. Como proteção ao poder social, considera-se: 1) liberdade de exposição a tratamento preconceituoso e discriminação relacionados à localização social do indivíduo (gênero, raça/etnia/religião, peso, classe social, orientação sexual, saúde); 2) um ambiente social que fornece experiências de equidade, que não estão relacionadas às características de aparência de alguém; e 3) conexões relacionais fortalecedoras que fornecem aceitação e validação pessoal (Piran; Teall, 2012).

Portanto, os autores relatam que para a promoção de fatores protetores da imagem corporal deve-se incorporar os domínios de experiências sociais (liberdade física, liberdade mental e poder social) e sugere ampliar o escopo dos programas de prevenção para além da redução dos fatores de risco, com ampliação no desenvolvimento de processos e medidas correspondentes que avaliem maneiras positivas de habitar o corpo por meio de mais avaliações de resultados para incluir mudanças positivas e não apenas redução de sintomas, bem como aprimorar a pesquisa sobre mediadores de mudança e fatores de proteção (Piran; Teall, 2012).

Ao considerar a amplitude do aspecto positivo da imagem corporal e o objetivo desse trabalho, que visa aumentar os fatores protetores da imagem corporal, o presente manuscrito considerará alguns elementos cruciais, como a apreciação corporal e a aceitação corporal por outros.

3.1.1 Apreciação corporal

A faceta mais amplamente investigada da imagem corporal positiva consiste na apreciação corporal, descrita por Tylka e Wood-Barcalow (2015, p. 53, tradução minha) como: “Aceitar, manter opiniões favoráveis e respeitar o corpo, além de rejeitar os ideais de aparência promovidos pela mídia como a única forma de beleza humana”. Desde sua compreensão empírica como um constructo protetor em diversos desfechos positivos em saúde, investigações vêm sendo realizadas para alcançar justificativas teóricas e analíticas de como ela acontece nos indivíduos.

Em especial, a *Body Appreciation Scale-2* (no português: Escala de Apreciação Corporal - BAS; Ávalos; Tylka; Wood-Barcalow, 2005) foi desenvolvida para predizer quatro componentes da imagem corporal positiva: opiniões favoráveis sobre o próprio corpo, aceitação do corpo, atenção às necessidades corporais e um estilo cognitivo protetor para

rejeitar mensagens prejudiciais da mídia sobre a aparência. A BAS tem sido a medida mais amplamente usada para avaliar uma orientação geral positiva para o corpo. Diversos estudos, em diferentes populações, têm utilizado (Ávalos; Tylka; Wood-Barcalow, 2005; Lobera, Rios, 2011; Swami et al., 2008; Tylka, 2013; Moreira *et al.*, 2018). E posteriormente, sua nova versão – 2ª versão (BAS-2; Tylka; Wood-Barcalow, 2015), foi reformulada para contemplar as novas evidências sobre a apreciação corporal, que não eram tão bem exploradas em sua versão anterior, como: a) a conceituação ampliada sobre a beleza (por exemplo, aprecio as características diferentes e únicas do meu corpo); b) a aceitação do corpo (por exemplo, sinto-me confortável com meu corpo) e c) comportamentos externos influenciados por uma positividade interna (por exemplo, meu comportamento revela minha atitude positiva em relação ao meu corpo, como por exemplo, mantenho minha cabeça erguida e sorrio) (Tylka; Wood-Barcalow, 2015).

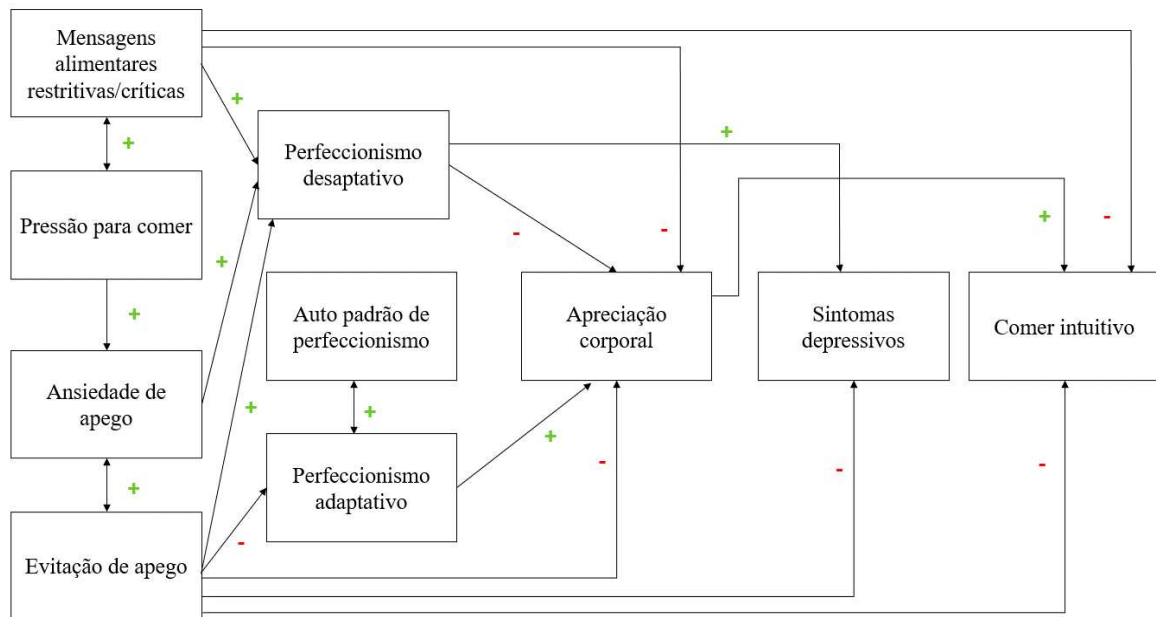
Desde sua publicação, estudos vêm a utilizando para avaliar a apreciação corporal em diferentes contextos culturais (Hosseini, Karimi, Rabiei, 2018; Namatame, Uno, Sawamiya, 2017; Fekih-Romdhane *et al.*, 2023), inclusive adolescentes (Alcaraz-Ibáñez *et al.*, 2017) e jovens brasileiros (Junqueira *et al.*, 2019).

Mais recentemente, numerosos estudiosos da área (Swami *et al.*, 2023) se reuniram e avaliaram a invariância de medida da BAS-2 em 65 nações (incluindo o Brasil), 40 línguas (incluindo a língua portuguesa), diferentes identidades de gêneros, e faixas etárias, por meio do conjunto de dados da *Body Image in Nature* (BINS) coletados entre 2020 e 2022. Os autores identificaram que a invariância escalar completa foi obtida em todas as nações, línguas, identidades de gênero e grupos etários, sugerindo que a BAS-2 tem ampla aplicabilidade. Ainda, no conjunto de dados, a apreciação corporal foi significativamente associada a maior satisfação com a vida, ser solteiro e maior ruralidade (Swami *et al.*, 2023).

Visto sua invariância mundial, é possível perceber que a apreciação corporal tem sido amplamente avaliada, inclusive em estudos teóricos hipotéticos causais, para compreender como esse construto se manifesta nos indivíduos e suas correlações com construtos semelhantes. Nesse trabalho serão destacados os desenvolvidos por Iannantuono e Tylka (2012), Andrew, Tiggemann e Clark (2016) e Homan e Tylka (2018).

Iannantuono e Tylka (2012) utilizaram uma amostra de 249 mulheres universitárias com idade de 18 a 28 anos ($M = 19,10$; $DP = 1,70$). As autoras vincularam a apreciação corporal com variáveis interpessoais (mensagens alimentares do cuidador, apego do adulto) e intrapessoais (perfeccionismo) ao comer intuitivo e a sintomas depressivos (Figura 2).

Figura 2 – Modelo de Apreciação Corporal segundo variáveis interpessoais e intrapessoais



Fonte: Traduzido de Iannantuono e Tylka (2012) e adaptado pela autora (2025).

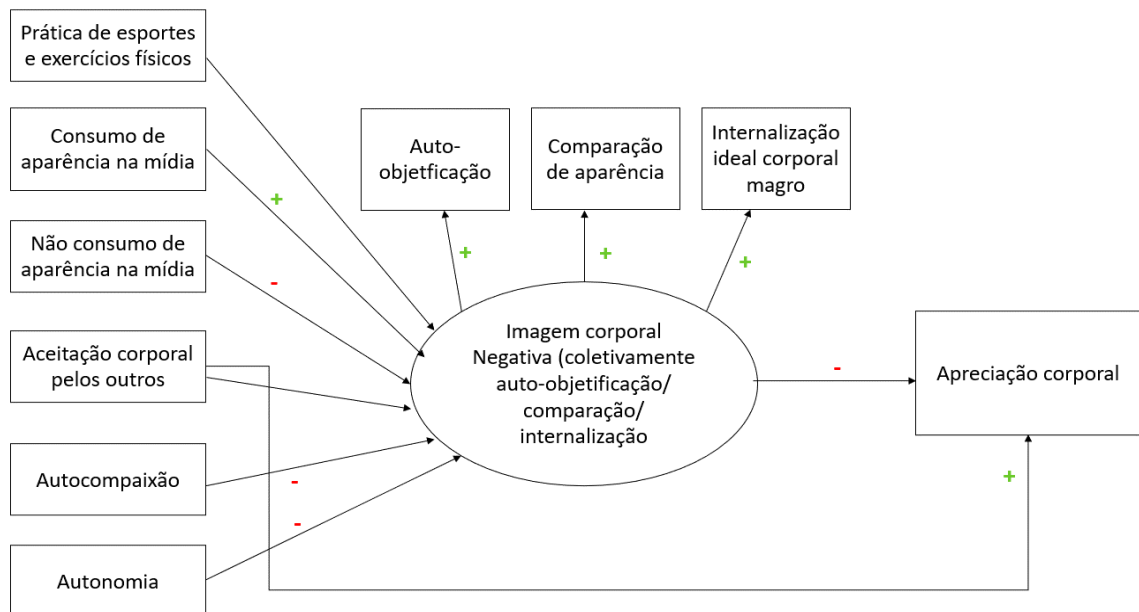
Legenda: +: correlação positiva significativa, -: correlação negativa significativa.

Mensagens alimentares restritivas/críticas do cuidador, ansiedade de apego e perfeccionismo desadaptativo previram inversamente a apreciação corporal, enquanto o perfeccionismo adaptativo previu positivamente a apreciação corporal. Por sua vez, a apreciação corporal previu positivamente o comer intuitivo, mas não os sintomas depressivos. A apreciação corporal foi mantida como mediadora: o perfeccionismo desadaptativo, a ansiedade de apego e as mensagens alimentares restritivas/críticas do cuidador previram inversamente o comer intuitivo, em grande parte por meio da sua ligação negativa com a apreciação corporal. As autoras destacam que estas descobertas sublinham a importância das mensagens internalizadas das mulheres sobre alimentação, peso e relacionamentos para a sua capacidade de apreciar o seu corpo e respeitá-lo, comendo de acordo com os seus sinais internos de fome/saciedade (Iannantuono; Tylka, 2012).

Andrew, Tiggemann e Clark (2016), em uma amostra de 166 mulheres, com idade de 18 a 30 anos ($M = 20,04$; $DP = 3,07$), testaram um modelo considerando as seguintes variáveis: a prática de esportes e atividades físicas, consumo e não consumo de mídia sobre aparência, aceitação corporal percebida pelos outros, autocompaixão, autonomia, auto-objetificação, comparação pela aparência, internalização do ideal de magreza. Os resultados indicaram que uma maior aceitação corporal percebida pelos outros, autocompaixão, menor consumo de mídia sobre aparência, menor auto-objetificação, menor comparação social e

menor internalização do ideal de magreza estavam relacionados a uma maior apreciação corporal. O modelo integrado mostrou que o consumo de mídia sobre aparência física (negativamente) e a mídia de não-aparência e autocompaixão (positivamente) estavam associadas à menor autoobjetificação, comparação social e internalização de ideal de magreza, que por sua vez se relacionavam com maior apreciação corporal. Além disso, a aceitação corporal percebida por outras pessoas estava diretamente associada à apreciação corporal. Os resultados contribuem para a compreensão de potenciais caminhos de desenvolvimento positivo da imagem corporal, destacando assim possíveis alvos de intervenção (Andrew; Tiggemann; Clark, 2016). O modelo pode ser observado na Figura 3.

Figura 3 – Modelo Integrado da Imagem Corporal Positiva



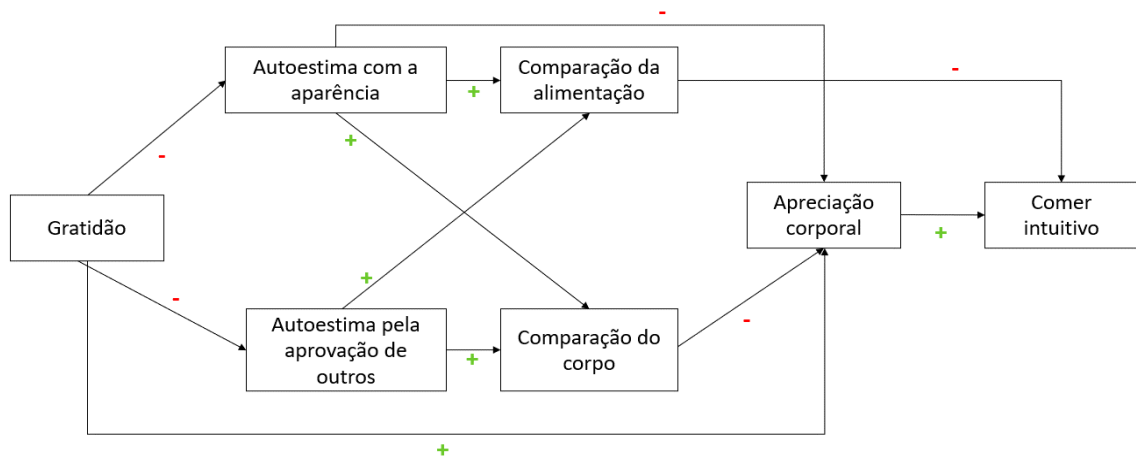
Fonte: Traduzido de Andrew, Tiggemann e Clark (2016) e adaptado pela autora (2025).

Legenda: +: correlação positiva significativa, -: correlação negativa significativa.

Homan e Tylka (2018) propuseram e testaram um modelo que interliga a gratidão, autoestima contingente, a comparação social, a apreciação corporal e o comer intuitivo, em 263 mulheres, de 19 a 76 anos ($M = 35,26$; $DP = 12,42$). O modelo (Figura 4) demonstra que a gratidão estava indiretamente ligada à apreciação corporal por meio de uma menor autoestima com base na aparência e na aprovação dos outros, e por meio de um menor envolvimento na comparação na alimentação e na comparação corporal. A gratidão teve um forte efeito direto na apreciação corporal, e a apreciação corporal foi responsável por uma grande parte da relação da gratidão com o comer intuitivo. Estes resultados, segundo as

autoras, fornecem um forte apoio preliminar ao modelo, revelando que a gratidão, que pode ser melhorada através de intervenção, desempenha um papel fundamental na apreciação do corpo (Homan; Tylka, 2018).

Figura 4 – Modelo de Gratidão e Apreciação Corporal



Fonte: Traduzido de Homan, Tylka (2018) e adaptado pela autora (2025).

Legenda: +: correlação positiva significativa, -: correlação negativa significativa.

De acordo com os modelos demonstrados, pode-se perceber a estreita relação da apreciação corporal com diversos construtos adaptativos e desadaptativos em saúde. E como forma de enfatizar essas correlações, revisões sistemáticas com e sem meta-análises apresentam um arcabouço sobre desfechos importantes em indivíduos que manifestam maior apreciação corporal, ainda, a distinguem em relação ao sexo e discutem se intervenções são capazes de promovê-la.

Destaca-se o trabalho realizado por Linardon *et al.* (2022), ao desenvolverem a primeira revisão sistemática e meta-análise de pesquisas sobre apreciação corporal e seus correlatos psicológicos. Duzentos e quarenta artigos foram incluídos, dos quais apenas oito investigaram associações prospectivas. Os achados quantitativos (meta-analíticos) demonstram que a apreciação corporal esteve inversamente associada a vários índices de comportamento alimentar, como comer transtornado e restritivo. Bem como distúrbios da imagem corporal (internalização do ideal de aparência, vigilância corporal e pressões socioculturais) e psicopatologias gerais (depressão e ansiedade). A apreciação corporal esteve positivamente associada a várias construções de bem-estar adaptativo (autoestima, autocompaixão, e satisfação sexual). Como resultado qualitativo, os autores confirmam a

premissa de que a apreciação corporal está congruentemente associada ao melhor bem-estar psicológico (Linardon *et al.*, 2022).

Como limitação, Linardon *et al.* (2022) enfatizam a impossibilidade de realização de análises de invariância para determinar os tamanhos de efeitos para diferentes raças, idades, sexos ou grupos clínicos. Fato justificável pela natureza amostral dos estudos encontrados, visto que a supremacia da amostra é composta por mulheres, brancas, na idade jovem adulta e pertencentes à universidade ou à população geral (Linardon *et al.*, 2022). Entretanto, essa limitação pode ser solucionada em parte ao analisar a meta-análise realizada por He *et al.*, (2020) ao revisarem quantitativamente e sintetizarem sobre diferenças de gênero na apreciação corporal. Foram levantados 40 artigos de interesse e revelaram, por meio de um modelo de efeitos aleatórios, diferença de gênero na apreciação corporal ($d = 0,27$; IC de 95% = $0,21-0,33$; $p < 0,001$) - sendo as mulheres mais propensas a terem menor apreciação pelos seus corpos, em relação aos homens (He *et al.*, 2020).

Tanto Linardon *et al.* (2022) quanto He *et al.* (2020) destacam a relevância da estruturação e avaliação de intervenções que promovam a imagem corporal positiva (inclusive a apreciação corporal) em atividades de promoção da saúde mental e programas de prevenção de transtornos alimentares. Essa iniciativa já havia sido avaliada poucos anos antes por Guest *et al.* (2019), por meio de uma revisão sistemática. Os autores identificaram e avaliaram as evidências da eficácia de intervenções para aumentar a imagem corporal positiva em adultos por meio de 15 estudos, avaliando 13 intervenções. Três estudos avaliaram uma intervenção de funcionalidade baseada em escrita online, sendo julgados com forte qualidade metodológica e tiveram evidências de melhorar a apreciação corporal, a estima corporal e a satisfação com a funcionalidade. Seis estudos de qualidade moderada identificaram que intervenções sobre o comer intuitivo, terapia cognitiva-comportamental, autocompaixão e exercícios físicos melhoraram a apreciação corporal. Guest *et al.* (2019) também destacaram a limitação demonstrada por Linardon *et al.* (2013), ao perceber evidências insuficientes da eficácia das intervenções para homens, sugerindo que pesquisas futuras sejam realizadas para entender melhor os mecanismos da imagem corporal positiva em homens (Guest *et al.*, 2019).

Entretanto, essas lacunas, podem não representar um desafio no presente trabalho, visto o público-alvo de investigação do presente manuscrito (jovens mulheres, idade de 18 a 35 anos). Além disso, incentiva ainda mais o desdobramento de estudos que promovam a apreciação corporal em intervenções nessa população, vista a consolidação da literatura científica sobre o quanto as mulheres apresentam baixa apreciação pelos seus corpos (He *et al.*, 2020). Em conjunto a isso, outros aspectos da imagem corporal positiva devem ser alvo

de indagação em estudos da área, destaque para a aceitação corporal pelos outros, construto similar ao da apreciação corporal, porém com direcionamentos diferentes, especialmente, na inclusão na influência de outros indivíduos sob a percepção de seus corpos.

Destaca-se que variáveis subjacentes apresentadas nesse referencial teórico, como por exemplo: perfeccionismo, gratidão, autoestima, dentre outras, não serão investigadas no presente estudo.

3.1.2 Aceitação corporal pelos outros

As experiências corporais internas, ou seja, o modo como o indivíduo percebe e vivencia seu corpo, recebem influências do ambiente em que ele vive, como da família, amigos próximos, parceiros íntimos, comunidades, dentre outros. Isso já foi descrito, em tópico acima (ver Modelo de Influência dos Três Fatores) em experiências negativas da imagem corporal. Entretanto, quando os indivíduos se sentem apoiados no meio em que vivem, e ainda apresentam experiências internas positivas, podem desenvolver uma melhor imagem corporal, considerada como aceitação corporal pelos outros.

A aceitação corporal pelos outros pode ser compreendida como o grau em que um indivíduo percebe a aceitação de seus corpos por outros (Avalos; Tylka, 2006). Tiggermann (2015) cita que ter uma aceitação corporal por outras pessoas é relevante, principalmente, em um contexto onde existem diferenças visíveis entre indivíduos (por exemplo, tom de pele, altura, cor de cabelo, tamanho e peso corporal), mas há genuinamente aceitação entre esses, independentemente dessas diferenças.

Ademais, como premissa da imagem corporal positiva (por exemplo, rejeição aos ideais corporais irrealistas da mídia; Avalos; Tylka; Wood-Barcalow, 2005; Tylka; Wood Barcalow, 2015), a aceitação corporal pelos outros pode ser observada e sentida de modo a resistir à adoção de uma perspectiva de observador do próprio corpo (vigilância corporal) e a desenvolver um foco maior na apreciação de seu corpo e de sua função, em vez da sua aparência, conforme demonstra Avalos e Tylka (2006).

Ao investigar modelos teóricos que exemplificam sua ação, não foi encontrado nenhum que especifique como o constructo se manifesta. Entretanto, por considerar sua similaridade teórica com os modelos citados no tópico da apreciação corporal (Iannantuono; Tylka, 2012; Andrew; Tiggermann; Clark, 2016; Homan; Tylka, 2018), juntamente com a sua conceituação, futuros trabalhos podem desenvolver e atestar seu próprio modelo. Ressalta-se que, no tópico que será apresentado posteriormente (ver 3.4.1), a aceitação corporal pelos

outros estará presente em um modelo, no qual se apresenta não como desfecho, mas como variável preditora da apreciação corporal.

Apesar da ausência de estudos teóricos sobre a aceitação corporal pelos outros, a literatura científica apresenta investigações sobre suas correlações com outros construtos. Como o caso daqueles desenvolvidos para avaliação psicométrica de um instrumento para mensuração dessa variável (Swami *et al.*, 2021; Modrzejewska *et al.*, 2024; Wang, Shaw, Jackson, 2022), a saber: a Body Acceptance by Others Scale (BAOS) e sua segunda versão, *Body Acceptance by Others Scale-2* (BAOS-2). Especificamente, a BAOS-2 foi desenvolvida, avaliada e revisada recentemente por Swami *et al.* (2021) em 1.049 homens e mulheres de 18 a 65 anos ($M = 32,55$; $DP = 9,93$), apresentando 13 itens, com pontuação unidimensional. Demonstraram boa validade convergente, de construto, de critério, discriminante e incremental, além de sua pontuação ser invariante entre gênero e nacionalidade (Reino Unido e Estados Unidos) (Swami *et al.*, 2021).

As pontuações do BAOS-2 foram moderadas e negativamente correlacionadas com a pressão para internalizar os ideais de aparência e a internalização do preconceito de peso, respectivamente (Swami *et al.*, 2021). Além disso, as pontuações BAOS-2 foram positivas e moderadamente correlacionadas com a autoestima e a autocompaixão, tanto em mulheres como em homens (Swami *et al.*, 2021). Ademais, como critério de validade incremental, os autores encontraram que a BAOS-2 foi responsável por uma variação adicional significativa na previsão da apreciação corporal, valorização da funcionalidade e autoestima, também tanto em mulheres como em homens (Swami *et al.*, 2021). Foi possível observar adicionalmente que houve evidências não apenas de que as pontuações BAOS-2 foram estatisticamente significativas, mas também de que os tamanhos dos efeitos foram moderados a grandes em termos práticos (Cohen, 1992; Swami *et al.*, 2021).

Recentemente, no contexto brasileiro, da Silva (2023) adaptou transculturalmente e apresentou evidências de validade da BAOS-2 em 408 adultos brasileiros, com idades de 18 a 63 anos ($M = 28,50$; $DP = 7,72$), identificando, similarmente, estrutura unidimensional com 13 itens. Ao avaliar os indícios de validade convergente, foi possível observar correlações significativas e positivas da BAOS-2 com a apreciação corporal (magnitude elevada), funcionalidade corporal (magnitude moderada) e autoestima (magnitude moderada). Além de correlações significativas e negativas com Índice de Massa Corporal - IMC (magnitude baixa) e influência sociocultural dos pais (magnitude elevada), pares (magnitude moderada) e da mídia (magnitude moderada). Com isso, é plausível pressupor que a aceitação corporal pelos

outros se mostra como um construto relevante na melhor relação dos indivíduos com seus corpos, bem como em melhor bem-estar físico e mental.

Ademais, outras características individuais também têm demonstrado efeitos positivos para a saúde física e psicológica, como comportamentos adaptativos de alimentação e de exercício físico. No próximo tópico serão discutidos aspectos motivacionais para o exercício físico e suas implicações na imagem corporal, ora positiva, ora negativa.

3.2 MOTIVAÇÕES PARA O EXERCÍCIO FÍSICO

A prática de exercício físico se caracteriza como uma forma progressiva de movimento ao corpo, com ritmo, tempo definido e orientado por objetivos específicos, como a melhora ou manutenção da aptidão física, habilidades motoras ou reabilitação das funções orgânicas/funcionais (OMS, 2010). Ainda, objetivos estéticos, como perda/ganho de peso, aumento da massa corporal e da musculatura obtêm destaque como motivador para a prática do exercício físico (Hausenblas; Fallon, 2006).

A ciência sobre o exercício físico remonta ao final do século XIX e início do século XX, período no qual a classe médica iniciou investigações de como o exercício físico era importante no tratamento de doenças, recuperação de lesões ou após algum tempo de imobilização por doença ou cirurgia (Nahas; Garcia, 2010). O interesse do exercício na saúde pública se inicia de forma mais acentuada em estudos que investigavam a relação entre atividade física e doenças cardiovasculares, especialmente pelo contexto existente de elevação de produtos alimentícios industrializados e, conseqüentemente, aumento de doenças cardiovasculares (Morris *et al.*, 1953). Para isso, destaca-se a proposta do Método Aeróbico de Cooper (1968), como potencial fator na prevenção dessas doenças. Esse método tem como iniciativa o desempenho e a melhora da aptidão cardiorrespiratória ou resistência aeróbica principalmente em escolas e campos de treinamento (Nahas; Garcia, 2010).

Ainda, no século passado, mais especificamente nos anos 80, ocorreu uma transição do objetivo da prática do exercício físico. Anteriormente destinado ao aumento da aptidão física, e mais recentemente vem sendo considerado um importante fator na promoção da saúde. Uma vez que ser ativo não necessariamente representa ter altos níveis de aptidão física, visto que essa é uma característica fora do alcance de uma parte considerável da população (Blair *et al.*, 1989).

Outras áreas de atuação em saúde foram se integrando e mostrando interesse multidisciplinar do exercício físico sobre a saúde, especificamente, nessa mesma época, a

psicologia do esporte e do exercício físico no Brasil foi sistematizada, por meio da fundação da Sociedade Brasileira de Psicologia do Esporte, das Atividades Físicas e da Recreação (SOBRAPE). A SOBRAPE foi um marco importante para a área, uma vez que a psicologia do esporte antes era voltada exclusivamente para esportes de alto rendimento e passou a ter maior abrangência de estudos para investigações e aplicações às atividades físicas diárias (Epiphanyo, 1999). Essa demanda se faz necessária especialmente na aplicação e no desenvolvimento de teorias psicológicas para compreender e intensificar o comportamento humano no ambiente esportivo (Vandenbos, 2010). Em outras palavras, investiga e analisa os efeitos psicológicos antes, durante e depois de eventos desportivos ou da prática de exercícios físicos, com o objetivo de compreender como fatores psicológicos interferem no desempenho físico, bem como a participação em esportes e exercícios físicos pode influenciar no desenvolvimento psicológico, na saúde e no bem-estar dos indivíduos (Weinberg; Gould, 2011).

A psicologia pode ter efeito no esporte e no exercício físico por meio de várias ações, como: desenvolvimento dos níveis motivacionais para seus aprimoramentos; regulação dos focos de atenção e de concentração, além do emocional; desenvolvimento de habilidades de autoavaliação; aumento de habilidades de resolução de problemas e de tomada de decisões; consolidação de autoconfiança para alcance de objetivos realistas e busca de equilíbrio psicológico, dentre outros (Samulski, 2002; Rubio; Andrade, 2003). Portanto, com o avançar da importância dessa prática para a saúde física e psicológica, pesquisadores de diversas partes do mundo em conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OMS) destacam a importância do exercício físico para a saúde e bem-estar. Atualmente, a recomendação para adultos é a realização de, pelo menos, 150 minutos de atividade física moderada por semana e/ou 75 minutos por semana para as vigorosas (Brasil, 2021).

Entretanto, segundo dados mundiais abrangendo em torno de 163 países e territórios (Strain *et al.*, 2024), a prática de exercício físico ainda é insuficiente para a maior parte da população. A prevalência é de cinco pontos percentuais maior entre indivíduos do sexo feminino (33,8%) do que entre indivíduos do sexo masculino (28,7%). O exercício físico insuficiente aumentou em pessoas com 60 anos ou mais em todas as regiões mundiais e em ambos os sexos, mas os padrões de idade diferiram para aqueles com menos de 60 anos. Os autores destacam a necessidade de esforços multisectoriais para reduzir os níveis insuficientes de exercício físico e que a promoção desse não deve exacerbar as desigualdades de sexo, idade ou geográficas (Strain *et al.*, 2024). Esses dados apontam para a necessidade de investigação sobre os motivos para a baixa adesão dos indivíduos à prática de exercício físico.

Entre diversas teorias explicativas, destaca-se a *Self-Determination Theory* (SDT; Ryan; Deci, 2017 - traduzido para o português: Teoria da Autodeterminação), a qual explicita as motivações subjacentes aos comportamentos humanos. Segundo a SDT, os comportamentos humanos podem ter motivações distintas, como as intrínsecas, reguladas pela autonomia ou autodeterminação (necessidade de regular as próprias ações), competência (necessidade de ser eficaz nas suas ações) e relacionamento (necessidade de buscar e desenvolver conexões e relações interpessoais). Tal motivação se apresenta em comportamentos realizados por prazer, bem-estar e desafio pessoal. Existem ainda as motivações extrínsecas, aquelas ornamentadas para receber recompensas, evitar punições, para obter a aprovação dos outros ou evitar sentimentos de culpa/vergonha, que são primariamente mais controladas ou não autodeterminadas (Ryan; Deci, 2017).

Na perspectiva do Modelo de Aceitação para o Comer Intuitivo (Tylka Homan, 2015) – ver tópico 3.4.1, a motivação para a prática do exercício físico é pautada por duas razões específicas – motivação funcional e motivação por aparência. A motivação funcional é orientada para a saúde e bem-estar, de modo a realização do exercício físico como uma forma de cuidado com o corpo, visando melhorar a funcionalidade corporal, promovendo o prazer no movimento e aumento da percepção dos sinais corporais. Semelhante a motivação intrínseca apresentada pela *Self-Determination Theory* (SDT; Ryan; Deci, 2017). E de forma contrária, a motivação por aparência, é orientada para a modificação corporal, como o controle do peso e do formato corporal. Esse domínio costuma estar associado à restrição cognitiva e à menor apreciação corporal, dificultando a internalização plena dos princípios do comer intuitivo. Tal se assemelha às motivações extrínsecas da SDT.

Sob a ótica da prática do exercício físico e sua baixa adesão por parte dos indivíduos, sua motivação pode estar predominantemente vinculada aos fatores extrínsecos, nos quais apresentam baixa adesão do comportamento, devido a desfechos psicológicos negativos que essa motivação apresenta (Carraça; Leong; Horwath, 2019; Ryan; Deci, 2017; Santos *et al.*, 2017). Como exemplo, fatores extrínsecos como a necessidade de ter o corpo aceito na sociedade e a busca constante por modificação corporal podem influenciar na procura por exercícios físicos que visam esses objetivos externos, ocasionando sentimentos negativos constantes, uma vez que o corpo ideal é dificilmente alcançado, trazendo sensações de descontentamento e de baixa autoeficácia, logo a baixa adesão para a prática do comportamento. Contrapondo a motivação intrínseca para o exercício físico, que se relaciona a busca por prazer, bem-estar e desafio pessoal, sendo facilmente obtidos, gerando resultados

comportamentais e psicológicos positivos e em longo prazo (Carraça; Leong; Horwath, 2019; Ryan; Deci, 2017; Santos *et al.*, 2017).

Esse pressuposto foi testado em revisão sistemática, que avaliou as evidências sobre os efeitos das motivações para a prática de exercício físico na imagem corporal e em comportamentos alimentares (Panão; Carraça, 2020). As autoras alcançaram por meio da estratégia de busca 26 estudos. Destes, 22 analisaram a relação entre motivações de exercício e imagem corporal e 11 exploraram a associação entre motivações para exercícios e comportamentos alimentares. As motivações autônomas (ou intrínsecas, por exemplo, para prazer, saúde, bem-estar) e exercícios voltados para a saúde foram associados à imagem corporal positiva e comportamentos alimentares saudáveis, enquanto se exercitar por razões relacionadas à melhora da aparência física e outras razões controladas (motivação extrínseca) foram inversamente relacionadas a ambos os resultados. As autoras concluem que motivações intrínsecas para exercícios parecem resultar em melhor imagem corporal e a comportamentos alimentares mais saudáveis, indicando que intervenções em saúde e bem-estar devem promover maior autonomia, competência e motivação autônoma na prática de exercício físico (Panão; Carraça, 2020).

Desse modo, a imagem corporal positiva parece estar relacionada à maior adesão na prática de exercício físico. Uma vez que indivíduos que apreciam seus corpos e estão intimamente ligados à sua funcionalidade corporal, não apresentam um objetivo em curto prazo (como aqueles que objetivam a mudança estética corporal) e sim, propósito de melhorar sua capacidade funcional e estilo de vida (O'Hara; Cox; Amorose, 2014). Fato que corrobora com Hubert *et al.* (2008) ao investigar qualitativamente os fatores relacionados à adesão à atividade física em mulheres, buscando compreender os motivos pelos quais praticam exercícios físicos a longo prazo. Os autores demonstraram que a adesão está interligada a cinco fatores principais: a) motivação e o prazer em relação à atividade; b) prioridade do exercício na vida das mulheres; (c) melhora da valorização corporal e desvalorização da imagem corporal negativa; (d) capacidade da mulher de acessar suporte; e, (e) facilitar o uso de estratégias de autorregulação (Hubert *et al.*, 2008).

Além disso, a escolha da modalidade a ser desenvolvida pode ter influência no início e na adesão à prática de exercício físico, principalmente pelo objetivo que ela propõe. Borges *et al.* (2021) investigaram as associações entre níveis de motivação, modalidades praticadas e objetivos em relação à prática de exercícios físicos entre 100 praticantes de exercícios físicos, de ambos os sexos, com média de idade de 29,40 anos. Os participantes estavam envolvidos

em um programa de condicionamento extremo⁵, treinamento de força, treinamento de luta, pilates e treinamento funcional. Aqueles que buscavam objetivos estéticos, como praticantes de treinamento de força e de luta, demonstraram baixa autonomia em relação ao comportamento para a prática de exercícios físicos. Praticantes de condicionamento extremo e treinamento funcional, que possuem como objetivo “prazer”, demonstraram níveis médios e altos de autonomia para tal prática, assim como praticantes de pilates com objetivo “controle do estresse”. Os autores destacam que para promover e incentivar a prática regular de exercícios físicos, a motivação intrínseca poderia ser utilizada para realizar ações que aumentassem a intenção do público em iniciar ou continuar em programas de exercícios físicos (Borges *et al.*, 2021).

Entretanto, a motivação intrínseca para essa prática ainda é considerada um desafio para a saúde pública (Strain *et al.*, 2024), principalmente no controle de doenças crônicas não transmissíveis e na promoção da saúde mental. Gonçalves e Gomes (2012) enfatizaram, no seu estudo, que entre 301 participantes, de ambos os sexos, aproximadamente 48% relataram que a prática de exercício físico é motivada por razões de modificação do peso/forma corporal, sendo estes mais propensos a relatar disfuncionalidade com alimentação (Gonçalves; Gomes, 2012).

Além disso, a prática de exercício e o desenvolvimento de uma melhor relação com a comida também parecem depender dos objetivos propostos pelos indivíduos quando praticam atividade física. Pois, de modo semelhante, a relação que os indivíduos possuem com a comida também são influenciadas por motivações internas e externas, ou seja, comer em resposta a regras determinadas e fazer escolhas alimentares em detrimento a modificação corporal em resposta a busca pelo ideal corporal (motivação externa) ou comer conforme a necessidade do corpo, respeitando-o e compreendendo o alimento como fonte de energia e prazer (motivação interna).

Para esse intuito, Carraça, Leong e Horwath (2019) investigaram as diferenças nas motivações alimentares (informadas pela SDT) e na melhor relação com os alimentos entre mulheres que praticavam atividade física para modificação corporal (perder peso) *versus* sem metas para perda de peso. E ainda, avaliaram se as motivações medeiam associações entre atividade física focada no peso e a melhor relação com a comida. Os autores criaram as seguintes hipóteses: a) mulheres que são fisicamente ativas com objetivo para perder/controlar

⁵ Os programas de condicionamento extremo são caracterizados por alto volume de treinamento com a utilização de uma variedade de exercícios e aptidões, como a força, força explosiva e aptidão cardiovascular, além de movimentos gímnicos e corporais (Tibana; De Sousa, 2018).

seu peso corporal apresentariam níveis mais elevados de controle alimentar e uma pior relação com a comida em comparação aquelas mulheres ativas que não possuíam objetivos relacionados ao peso; b) as motivações alimentares mediarão a relação negativa entre metas de atividade física relacionadas ao peso e uma pior relação com a comida. Para isso, incluíram 1.435 mulheres fisicamente ativas (40 a 50 anos) que foram questionadas se faziam atividade física predominantemente para perder peso, além de responderem instrumentos que avaliavam uma boa relação com a comida (*Intuitive Eating Scale*; Tylka, 2006) e motivações relacionadas à alimentação (*Regulation of Eating Behaviour Scale*; Pelletier et al., 2004).

Como resultado, as participantes que praticavam exercício físico com objetivos para perda de peso apresentaram níveis mais baixos de uma boa relação com a comida e motivações alimentares mais controladas do que aquelas que não tinham esse objetivo (Carraça; Leong; Horwath 2019). Além disso, associações entre o grupo de mulheres que realizavam exercícios físicos com o objetivo de perder peso e uma boa relação com a comida foram mediadas pela motivação alimentar menos controlada.

Os autores concluem que estratégias de aconselhamento que se concentram em objetivos mais intrínsecos para a prática de exercício físico em vez de metas para aparência podem ter potencial para apoiar uma melhor relação com a comida, como objetivos para incluir um domínio de uma habilidade específica, melhoria da aptidão/saúde, prazer ou a capacidade de se envolver em atividades ou experiências que são possíveis por serem mais fisicamente ativos (por exemplo, brincar com os filhos ou netos). Ainda, dissertam a necessidade de estudos longitudinais para aplicar conclusões sobre a causalidade e de intervenções no estilo de vida que envolvam motivações internas para a prática de exercício físico, influenciando em uma melhor relação dos indivíduos com os alimentos, reduzindo assim, riscos de futuros agravos relacionados à alimentação (comer descontrolado) (Carraça; Leong; Horwath, 2019).

Portanto, parece promissor o desenvolvimento de ações de promoção no desenvolvimento do fator intrínseco do exercício físico, e não apenas recomendações gerais da importância de ser realizado, como o tempo, duração e intensidade. Além disso, a elaboração de protocolos de exercícios físicos que incluem a relevância da imagem corporal positiva e de uma relação mais positiva com a alimentação parece ser frutífera, para a melhor adesão dos indivíduos em suas práticas.

3.3 COMPORTAMENTO ALIMENTAR

O alimento e a nutrição fazem parte da vida dos indivíduos antes mesmo de seu nascimento, começando na vida uterina. A mãe provê para seu feto os nutrientes essenciais para o desenvolvimento por meio do alimento consumido. O bebê, quando nasce, ainda necessita do aporte de sua genitora para se nutrir, por meio do leite materno. E, ao passar do tempo, esse laço vai se desfazendo, e um novo comportamento alimentar é adquirido, sendo influenciado pelo meio no qual esse indivíduo está inserido. Portanto, o ato de se alimentar é individual, porém possui uma construção coletiva de hábitos, crenças e necessidades. Segundo Romanelli (2006), o ato de se alimentar não é solitário e sim constitui uma atividade social, devido à diversidade agregada desde a produção, processamento, aquisição e o consumo de alimentos. Além disso, a identidade de determinadas sociedades é construída em relação a outras por meio de seus hábitos e especialidades culinárias (Romanelli, 2006).

Desse modo, considerando a individualidade e as influências externas no âmbito da alimentação, o ato de comer não pode ser considerado somente biológico, com função única de nutrir e garantir a homeostase humana. Ele possui uma função social, emocional, psicológica e política, que pode ser observada ao longo da história humana. Como, por exemplo, na partilha de alimentos, por meio da caça e da coleta, e mais futuramente com a aquisição e o domínio do fogo, permitindo o cozimento dos alimentos e a convivência dos indivíduos em torno dos alimentos (Lévi-Strauss, 2004).

Na era paleolítica (10.000 a.C.), o desenvolvimento econômico e técnico se manifesta, possibilitando a utilização de modos de conservação e preparo de alimentos, implicando na viabilidade da escolha do que comer e de preferências alimentares (Flandrin; Montanari, 1996). E com a evolução histórica social, especificamente na era da Pedra Polida - neopaleolítica (7000 – 2500 a.C.), o desenvolvimento da agricultura, em conjunto com a sedentarização humana, emplacou no consumo e colheita coletiva de grãos, cereais e leguminosas. Um destaque, é a produção do pão, alimento símbolo de muitas culturas até os dias atuais (Flandrin; Montanari, 1996). Na idade antiga (4.000 a.C. – 476 d.C.), a alimentação foi um marco de civilidade, juntamente com o desenvolvimento do comportamento civil, que antes era caracterizado por barbárie, e passou a ter um modelo de vida civilizado. Portanto, nessa fase, o comer não é representado somente para sanar a fome, mas também como uma ocasião de sociabilidade e poder, principalmente pelo início das normas de etiqueta (Flandrin; Montanari, 1998).

Na Idade Média (476 d.C. – 1453 d.C.), com a queda do Império Romano, a alimentação medieval passa a adotar uma cultura de apoio e combinação entre economia agrária e silvo-pastoril. E ao mesmo tempo, a classe social pertencente a cada grupo, limita a qualidade da alimentação, com diferenciação dos tipos de insumos consumidos. A nobreza se diferencia nas atividades de caça e no consumo prioritário de carnes assadas e grelhadas, e o camponês, com motivação de subsistência e equilíbrio alimentar, consome alimentos oriundos das atividades de produção vinculadas ao solo e à floresta, e em menor medida de carnes cozidas. Nessa fase, o ato de comer tem estreita relação com o sistema de distinção classes e privilégios (Bourdieu, 1979).

Na idade moderna (1453 d.C. – 1789 d.C.), o ato de comer é influenciado pelo domínio da navegação e conquista dos mares pelos europeus, principalmente pela modificação e integração de variados alimentos e práticas alimentares novas. Juntamente ao desenvolvimento da química, criação de novos móveis e utensílios de mesa. A motivação de se alimentar era para subsistência e equilíbrio alimentar, passa, na idade moderna, a focar em valores de prazer no ato de se alimentar. Um exemplo é o uso do açúcar na harmonia dos sabores da culinária, o que antes tinha função prioritária nas receitas de doentes e em farmácias (Flandrin; Montanari, 1998).

Na idade contemporânea (1789 d.C. – Atualmente) o ato de comer é diretamente influenciado pela industrialização, urbanização e globalização alimentar. A produção em massa, desenvolvida pela revolução industrial, com o domínio de fábricas e usinas, deu início à diversificação de alimentos que antes não eram vistos. Ainda, o surgimento de restaurantes fornece a alimentação para aqueles que deixaram de fazer a refeição em casa, seja pela distância do trabalho, seja por não ter alguém para prepará-la. Nessa fase, a produção de alimentos se intensificou alarmantemente e a cultura alimentar passou a ser diversificada por produtos, com surgimento progressivo de alimentos ultraprocessados⁶. Com isso, o ato de comer passou a ser influenciado pela intensa rede de produção alimentícia e as populações tinham a oferta de uma variedade de opções rápidas de alimentos – pizzas, hambúrgueres, comidas étnicas, dentre outros (Flandrin; Montanari, 1998).

Portanto, a história econômica e social da sociedade desde os primórdios até os dias atuais possui influência direta no consumo alimentar e no que o alimento representa na vida dos indivíduos. O que antes era motivado para subsistência, hoje passa a ser propósito de

⁶ Alimentos ultraprocessados são produtos fabricados industrialmente com ingredientes extraídos de alimentos ou sintetizados em laboratório, e que contêm em excesso açúcar, sal ou gordura (Brasil, 2014).

urbanização, sabor e qualidade de tempo. Com isso, a ciência da nutrição foi se estabelecendo de modo a compreender como os alimentos poderiam ter efeitos no organismo humano. Especificamente, na América Latina, Pedro Escudeiro, em 1926, criou o Instituto Nacional de Nutrição e, anos após, no Brasil, surgiu o primeiro curso de Nutrição (1939). Em 1940, a nutrição clínica, por meio da dietoterapia, passou a ser o primórdio da nutrição, com estudos de como o alimento pode ser agente de tratamento (Vasconcelos, 2002).

Entretanto, considerando a relevância cultural e histórica no desenvolvimento dos alimentos e a cultura perpetuada por eles, a alimentação não deve ser vista apenas como agente biológico no tratamento de doenças. O motivo pelo qual os indivíduos comem transcende a necessidade biológica de se manterem vivos. Apresenta simbolismo e afeto, tem intrínseca relação com o prazer e satisfação ao comer, sendo diretamente influenciado pelos meios de informação que a globalização possibilitou. Dessa forma, é importante compreender não somente a natureza bioquímica dos alimentos sobre os indivíduos, mas sim como esses são sugestionados pelo meio sócio-bio-psico-cultural em que eles estão.

Com isso, estudos sobre o comportamento alimentar são relevantes, não apenas para prever o que os indivíduos comem, mas como e por que comem. Antes de conceituar comportamento alimentar, é importante destacar uma importante base teórica sobre o comportamento humano, o modelo de multicausação para o comportamento, descrito por Skinner (1970). Esse modelo descreve que o comportamento se dá a três níveis: filogênese, ontogênese e cultura. Filogênese refere-se à evolução do comportamento através das inter-relações entre as necessidades de sobrevivência. Ontogênese ressalta a evolução da cultura dessas inter-relações. E cultura é o meio e ambiente que intercambia o comportamento (Skinner, 1970).

Trazendo esta definição de multicausação de Skinner para o comportamento alimentar, entende-se que comemos para sobreviver e manter a homeostase do corpo humano (filogênese), porém comemos diferente uns dos outros, por aprendermos ao longo da vida, por múltiplos fatores de influência e aprendizados que se dão inclusive em nível metabólico e do sistema nervoso central (ontogênese). A cultura é um destes fatores de influência determinando a relação do indivíduo com a alimentação no ambiente em que está inserido. E nesta linha científica se define comportamento alimentar como a interação entre o indivíduo e seu ambiente, focalizada no contexto da alimentação - incluindo repertórios, hábitos, cultura, experiências relacionadas à alimentação, as respostas ao ato de comer, os contextos em que essas respostas ocorrem, as influências sociais e as consequências que contribuem para a manutenção ou modificação desses comportamentos alimentares (Dahás; Alvarenga, 2025).

O comportamento alimentar, portanto, pode ser caracterizado por diferentes tipos de resposta ou comportar-se que estão dentro de tudo isso que inclui o que chamamos de comportamento alimentar. Numa tentativa de traçar inclusive um etograma do comportamento alimentar, podemos listar diversos comportamentos, como comer, mastigar, cuspir, pensar, planejar, comprar (Moraes *et al.*, 2021). Para o foco do presente estudo, serão investigados três comportamentos alimentares específicos: restritivo, emocional e intuitivo.

O comer restritivo configura-se como um padrão complexo de relação com a alimentação, caracterizado pela limitação voluntária da ingestão alimentar na ausência de indicação clínica. Tal padrão costuma ser sustentado por regras rígidas e inflexíveis, orientadas à modificação da composição corporal e à conformidade com ideais estéticos socialmente valorizados, por vezes ancoradas em pressupostos equivocados de benefício à saúde. Observam-se, ainda, tentativas crônicas, frequentemente infrutíferas, de excluir determinados alimentos considerados incompatíveis com um modelo de “dieta perfeita”. Esse conjunto de práticas associa-se à ocorrência subsequente de episódios de ingestão alimentar excessiva e à oscilação recorrente do peso corporal (Moraes; Alvarenga; Figueiredo, 2024; Lowe, 2022; Polivy; Herman; Mills, 2020).

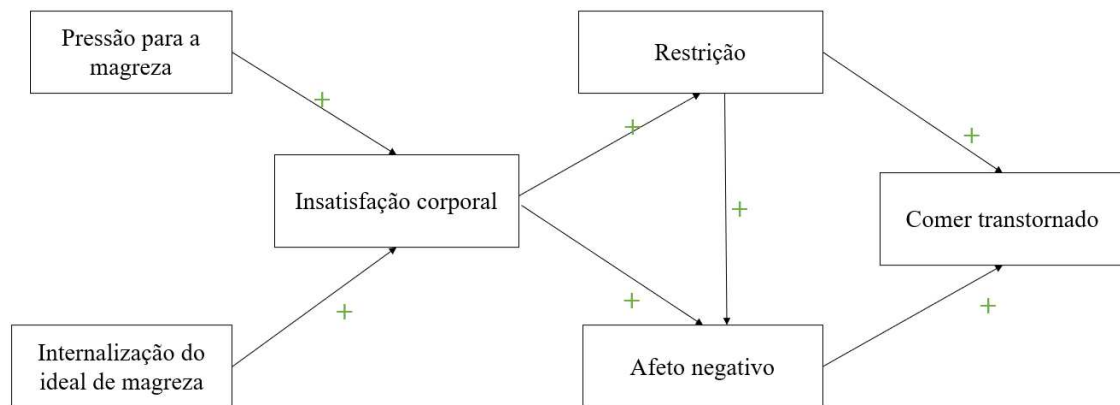
Embora ainda comum na população, numerosos estudos enfatizam os desfechos negativos do comportamento restritivo, tanto a nível físico, quanto psicológico, e comportamental (Goossens *et al.*, 2009; Haynos; Wang; Fruzzetti, 2018; Rieger *et al.*, 2005; Brownstone *et al.*, 2013; Whisman *et al.*, 2012). Resende (2022) destacou, em uma revisão da literatura, as consequências do comer restritivo sobre esses aspectos. Dentre os físicos, evidenciou: a) alteração dos níveis de hormônios (diminuição da grelina e polipeptídeo inibidor gástrico; aumento da leptina, insulina); b) alterações no metabolismo energético, no qual o consumo abaixo da taxa metabólica basal provoca redução da capacidade metabólica, causando perda de massa muscular e preservação relativa do tecido adiposo e c) aumento do apetite subjetivo, em que, o controle homeostático da ingestão de alimentos pode ser anulado, no sistema córtico-límbico, provocando ativação das vias hedônicas, aumentando o desejo por comer e do sentimento de recompensa (Soihet; Silva, 2019; Cambraia, 2004).

Quanto aos efeitos psicológicos e comportamentais, Resende (2022) cita o aumento da depressão, tensão e agitação geral (Goossens *et al.*, 2009), dificuldade em regular as emoções (Haynos; Wang; Fruzzetti, 2018), viés de memória, interpretação negativa, ansiedade (Cooper; Wade, 2015), comportamentos negativos para evitar a fome, como o tabagismo (Tomei *et al.*, 1999; Kendzor *et al.*, 2009), mau humor e irritabilidade (Arias *et al.*, 2006), queixas sobre falta de atenção, má compreensão, falta de julgamento (Billingsley-Marshall *et*

al., 2013; Kemps *et al.*, 2005), diminuição da ambição, autodisciplina, autocontrole, iniciativa social, sociabilidade, capacidade de concentração, perda de desejo sexual (Rieger *et al.*, 2005), negativismo (Brownstone *et al.*, 2013) e dificuldade em relacionamentos (Whisman *et al.*, 2012).

Além disso, vale ressaltar o direcionamento que o comportamento alimentar restritivo possui como fator de risco para os transtornos alimentares. Esse direcionamento pode ser observado no *Dual-Pathway Model* (traduzido para o português: “Modelo de caminho duplo”), desenvolvido por Stice *et al.* (1994), que busca explicar o desenvolvimento de comportamentos de risco para transtornos alimentares em mulheres (Figura 5).

Figura 5 – *Dual-Pathway Model*



Fonte: Traduzido de Stice *et al.* (1994) e adaptado pela autora (2025).

Legenda: +: correlação positiva significativa

Os autores comprovaram que as mulheres assimilam o ideal de corpo como o magro e experimentam uma pressão social para alcançar esse padrão de beleza. Ambos podem provocar insatisfação corporal, que por sua vez pode levar ao afeto negativo, ocasionado principalmente pela importância de se buscar o corpo tido como padrão e a adoção de práticas alimentares restritivas, com o objetivo de perder peso. Esses dois elementos, a adoção de dietas e o afeto negativo, por si só, conduzem ao comer transtornado⁷. O modelo também sugere que a dieta pode intensificar o afeto negativo, levando, de forma indireta, ao comer transtornado (Stice *et al.*, 1994). Mais recentemente, corroborando o modelo de Stice *et al.*

⁷ Comer transtornado se refere às síndromes alimentares subclínicas, que são menos severas que os critérios diagnósticos para os transtornos alimentares. Trata-se de comportamentos alimentares inadequados, como a prática de dietas restritivas, jejuns, uso de métodos compensatórios, e compulsão alimentar (ADA, 2006).

(1994), Sala et al. (2023) realizaram uma revisão de escopo no campo de transtornos alimentares e identificaram que a supervalorização do peso e da forma, as preocupações cognitivas em torno da imagem corporal e a restrição alimentar são essenciais para essa psicopatologia.

O comportamento alimentar emocional consiste na busca por alimentos em resposta a emoções positivas e negativas. Embora o termo seja comumente utilizado para referir a propensão de comer em resposta a estados negativos, por exemplo, o estresse, pode incluir também emoções positivas, como comemorar uma conquista desejada (Bjørklund *et al.*, 2018). Mais especificamente, o comer emocional ocorre quando o indivíduo está em busca por prazer imediato, ou seja, satisfação do sistema hedônico. E consequentemente, os alimentos mais procurados são aqueles que possuem maior palatabilidade, como os ricos em gorduras e açúcares. Portanto, a fome emocional não se relaciona a fome homeostática, na qual o indivíduo se alimenta para se manter em homeostase, mas sim, pelo desejo em comer algo, normalmente específico (Lopez-Cepero *et al.*, 2019; Greenway, 2015).

Estudos demonstram a estreita relação do comer emocional com o comer restritivo (Jacquet *et al.*, 2020; Morta; Varli; Bilici, 2023; Barker *et al.*, 2023), uma vez que indivíduos que possuem comer restritivo, passam por momentos de intensa privação e como consequência, em momentos de emoções negativas, buscam por prazer imediato, recorrendo na comida essa realização, muitas das vezes descontrolada. Conforme demonstrado por Polivy e Herman (1985), após episódios de descontrole alimentar, indivíduos tendem a se culpar e se responsabilizar, realizando novas restrições alimentares. Portanto, os comedores emocionais e restritivos seguem caminhos opostos, mas comuns em detrimento a busca por um ideal de corpo e tentativas de mudança corporal, seguidas de descontroles alimentares (Bernardi; Cichelero; Vitolo, 2005).

Um estudo realizado em diversos países, incluindo a Austrália, Bélgica, Canadá, China, Itália, Japão, Espanha e Estados Unidos (Markey *et al.*, 2023), examinou em 6272 homens e mulheres adultos ($M = 21,54$ anos; $DP = 3,13$) as associações entre hábitos alimentares emocionais e restritivos, por meio do *Three-Factor Eating Questionnaire*. Os autores demonstraram que níveis mais elevados de comer restritivo e emocional foram associados a menor satisfação corporal e autoestima, e IMC mais elevados entre os participantes. Sendo que, quando comparados esses países, pequenas diferenças foram evidentes nestes padrões de relações (Markey *et al.*, 2023).

Assim, conforme demonstrado neste trabalho, à medida que o comportamento alimentar restritivo é considerado um fator de risco para os transtornos alimentares, o comer

emocional também parece um preditor sensível para essas psicopatologias. Na medida em que envolve a desibinição no consumo de alimentos palatáveis de alto teor calórico, o comer emocional é um comportamento mal adaptativo que pode levar a transtornos alimentares, como o transtorno de compulsão alimentar⁸ (Godet *et al.*, 2022). Destaca-se que outros desfechos/preditores podem estar relacionados com o comer emocional, como pior estado de saúde psicológica (Pentikäinen *et al.*, 2018; Dakanalis *et al.*, 2023; Konttinen *et al.*, 2019; Wolz; Biehl; Svaldi, 2021) e física (Calderón-Asenjo *et al.*, 2022; Dakanalis *et al.*, 2023; Lopez-Cepero *et al.*, 2018).

Recente revisão da literatura (Dakanalis *et al.*, 2023) avaliou as interconexões entre comer emocional e sobrepeso/obesidade, depressão, ansiedade/estresse e padrões alimentares. Os achados sugerem que a alimentação excessiva e padrões alimentares pouco saudáveis (por exemplo, consumo de *fast food*) estão associados ao comer emocional. Além disso, o aumento dos sintomas depressivos parece estar relacionado ao comer emocional, bem como maior sofrimento psicológico (Dakanalis *et al.*, 2023).

De forma mais aprofundada aos tipos de emoções, Braden *et al.* (2018) examinaram se tipos específicos de alimentação emocional, ou seja, comer em resposta à depressão, ansiedade/raiva, tédio e emoções positivas estavam relacionados a uma série de variáveis psicológicas (bem-estar psicológico, sintomas de transtorno alimentar, regulação emocional) e de saúde física em uma amostra de 189 indivíduos de ambos os sexos ($M_{idade} = 41,78$; $DP = 13,61$). Análises correlacionais mostraram que comer em resposta à depressão, ansiedade/raiva e tédio estavam relacionados a um pior bem-estar psicológico, maiores sintomas de transtorno alimentar e mais dificuldades com a regulação emocional. As emoções positivas não estavam significativamente relacionadas às variáveis do estudo. Em análises de regressão, comer em resposta à depressão foi o tipo de alimentação emocional mais intimamente relacionado ao menor bem-estar psicológico, a sintomas de transtorno alimentar e dificuldades de regulação emocional (Braden *et al.*, 2018).

Dessa forma, nota-se que o comer emocional, semelhantemente ao comportamento alimentar restritivo, são potenciais agravantes para um pior estado de saúde mental e em consonância a isso, estudos demonstram que a prevalência de transtornos mentais está em potencial escalada. Segundo “*The Mental State of the World in 2022*” (Newson; Sukhoi; Thaigarajan, 2023), 17% a 32% da população mundial estava angustiada ou com dificuldades

⁸ O transtorno de compulsão alimentar caracteriza-se por episódios recorrentes de consumo de grandes quantidades de alimentos com sensação de perda de controle. Ao contrário do que ocorre na bulimia nervosa, os episódios de compulsão alimentar não são seguidos por comportamentos compensatórios inapropriados, tais como indução de vômitos ou abuso de laxantes (APA, 2014).

com o seu bem-estar mental (cinco ou mais sintomas clínicos), variando entre regiões e grupos linguísticos. A América Latina brasileira teve uma das maiores percentagens (aproximadamente 30%), enquanto o Norte de África, a África Subsaariana e o Sudeste Asiático tiveram a percentagem mais baixa (Newson; Sukhoi; Thaigarajan, 2023).

Em conjunto com esses dados, os transtornos alimentares apresentam indicadores de elevação considerável nos últimos anos. Sua incidência global aumentou de 3,5% para 7,8% de 2000 a 2018 (Galmiche *et al.*, 2019). Possui a segunda maior taxa de mortalidade de doença psiquiátrica, ficando somente atrás da adição aos opioides (Arcelus *et al.*, 2011). López-Gil *et al.* (2023) indicaram que 22% das crianças e adolescentes ao redor do mundo possuem comer transtornado. E 31% dos indivíduos com anorexia nervosa⁹, 23% com bulimia nervosa¹⁰, e 23% com transtorno da compulsão alimentar já tentaram o suicídio (Udo; Bitley; Grilo, 2019).

Somado a isso, revisão sistemática com meta-análise (Monteleone *et al.*, 2022) de estudos sobre tratamentos baseados em evidências indicou que menos de 50% dos pacientes com transtornos alimentares se recuperam totalmente. Portanto, parece frutífero o desenvolvimento de medidas protetivas para evitar o início de sinais e sintomas para essas psicopatologias e, por fim, redução da implementação consolidada dessas. Com isso, estudos já vêm demonstrando que o aumento de fatores protetores da imagem corporal, como os citados nesse presente trabalho (apreciação corporal, aceitação corporal pelos outros e motivação intrínseca para o exercício físico), pode auxiliar na prevenção dos fatores de risco para os transtornos alimentares (Dunker; Carvalho; Amaral, 2023; Resende *et al.*, 2022; Almeida *et al.*, 2024). Porém, comportamentos adaptativos de alimentação, contrários às práticas alimentares restritivas e emocionais também podem contribuir para isso, conforme demonstrado por uma abordagem mais holística e gentil de se alimentar, denominada de Comer Intuitivo. Essa será apresentada no próximo tópico como um modelo promissor na melhora da qualidade de vida e redução de risco para o adoecimento mental.

⁹ Anorexia nervosa é caracterizada pela restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo, com medo intenso de ganhar peso ou de engordar, além de vivenciar autoavaliação do peso e do corpo não condizente ao peso atual (APA, 2014).

¹⁰ Bulimia nervosa é caracterizada por episódios de compulsão alimentar, em um período de tempo determinado de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes, com sensação de falta de controle e indução de comportamentos compensatórios, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso (APA, 2014).

3.4 COMER INTUITIVO

O comer intuitivo consiste em uma abordagem abrangente do ato de comer, considera não apenas o que e quanto comer, mas o como e a motivação do comportamento alimentar. Comedores intuitivos seguem seus sinais fisiológicos internos, como da fome, da saciedade e da satisfação, assim como respeitam suas escolhas alimentares sem dicotimizá-las em “boas/saudáveis” ou “ruins/não saudáveis”. Somado a isso, possuem habilidades de distinguir a fome homeostática da emocional, e tomam de forma assertiva e consciente a decisão de comer por motivos fisiológicos e/ou emocionais (Tribole; Resch, 2020).

O conceito de comer intuitivo começou a ser desenvolvido na década de 1990, por duas nutricionistas americanas, Evelyn Tribole e Elyse Resch, ao perceberem o caminhar da ciência da nutrição, com condutas rígidas e de baixa adesão no âmbito da alimentação, contrariando a sintonia entre comida, corpo e mente. Para as autoras, o comer intuitivo tem como proposta o resgate da harmonia entre sistemas internos (pensamentos, emoções e necessidades orgânicas) e externos do indivíduo (família, comunidade e cultura), de modo que esse seja capaz de distinguir suas sensações/necessidades físicas e emocionais (Tribole; Resch, 2020).

Tylka (2006) propôs três pilares principais para o comer intuitivo, a saber: 1) permissão incondicional ao comer, referindo a autonomia para definir quando, quanto e o que deseja comer. Essa abordagem valoriza o respeito às vontades individuais e aos sinais do corpo. A permissão para comer é fundamental para evitar a divisão dos alimentos em categorias como "bons ou ruins" ou "permitidos e proibidos"; 2) respeito aos sinais de fome e saciedade, estabelecendo o controle e a confiança no corpo quanto ao momento e à quantidade de comer. Sendo essencial, devido à sinalização do corpo de quando precisa de alimento e quando a sensação de saciedade é alcançada. Esses sinais se tornam mais evidentes quando há uma relação de confiança plena com o próprio corpo; 3) comer por razão física e não emocional, discorre sobre a relevância de compreender a diferença entre o comer por razão física e a emocional. Posto que representa controle do indivíduo em comer porque está realmente com fome e não em resposta a estados emocionais diversos (Tylka, 2006).

Comportamentos cotidianos dispostos em 10 princípios para o comer intuitivo podem ser elencados, sendo eles (Tribole; Resch, 2020):

- 1) Rejeição à mentalidade de dieta, considera a necessidade de não internalizar a imposição sistemática de práticas alimentares restritivas, e como consequência alcançar maior autonomia alimentar, (re)criando uma relação mais funcional entre

o corpo e os alimentos. A mentalidade de dieta, além de prejudicar os sinais internos de fome e saciedade, pode aumentar o desejo por alimentos "proibidos", levando a episódios de compulsão alimentar.

- 2) Respeito aos sinais de fome, destaca a importância de respeitar a resposta fisiológica da fome e conceder permissão para comer sem regras externas. A identificação do momento de comer é tão relevante quanto o quanto comer, esses podem ser estabelecidos por meio do conhecimento na sinalização de “quanto” de você fome o corpo está.
- 3) Fazer as pazes com a comida evidencia a não exclusão de certos alimentos ou grupos alimentares da alimentação, por serem prejudiciais e/ou perigosos para o corpo ideal. Fazer as pazes com a comida significa desfazer essa divisão rígida entre alimentos "bons" e "ruins", permitindo consumir todos os tipos de alimentos, independentemente de seu valor calórico ou nutricional. Além disso, é compreender que os alimentos têm várias funções na vida dos indivíduos, não apenas nutrir o corpo, mas também desempenhar papéis emocionais, sensoriais, culturais e sociais. A comida é uma das maiores fontes de prazer no cotidiano.
- 4) Desafiar o policial alimentar refere-se ao enfraquecimento do pensamento rígido e dicotômico de que certos alimentos não são permitidos. Quando essa regra é quebrada, sentimentos de culpa e frustração podem surgir. Esse autocontrole constante, como se o indivíduo estivesse sendo julgado por um "policial interior", gera um sentimento de violação da dieta que resulta em grande negatividade. Para evitar esse ciclo, é necessário transformar essa mentalidade, dando espaço a vozes internas mais compassivas e sem julgamentos, que proporcionem *feedback* positivo e ajudem a fazer escolhas alimentares de forma mais tranquila.
- 5) Sentir saciedade relaciona-se ao ato de parar de comer quando o corpo sinaliza já estar alimentado. É necessário ser praticado juntamente com o princípio de honrar a fome, dada a importância da escuta sincera aos sinais fisiológicos do corpo relacionados ao ato de se alimentar.
- 6) Descobrir o fator satisfação, frequentemente negligenciado por indivíduos que seguem dietas restritivas, está profundamente ligado ao prazer em comer e ao significado que os alimentos têm na vida de cada indivíduo. Reconhecer quando se está satisfeito leva em conta tanto os sinais fisiológicos de saciedade quanto os aspectos ligados ao prazer, fundamentais para promover maior autonomia e incentivar uma relação mais saudável com a alimentação.

- 7) Lidar com as emoções com gentileza envolve compreender e estar consciente dos motivos por trás do ato de se alimentar. Isso se deve à forte conexão entre sentimentos e alimentação, uma vez que a comida é frequentemente utilizada como um meio para sanar emoções negativas e/ou exacerbar emoções positivas.
- 8) Respeitar o corpo refere-se à tentativa do indivíduo de aceitar-se sem seguir os padrões corporais impostos pela sociedade, evitando comportamentos disfuncionais em busca de mudança corporal. Estabelecer o respeito ao próprio corpo consiste em perceber seu corpo com compaixão, sem evidenciar as insatisfações.
- 9) Movimentar-se sentindo a diferença estabelece a movimentação do corpo para o bem-estar e a funcionalidade, em contraste com motivações estéticas. Dessa forma, exercitar-se deve ser encarado como uma fonte de prazer, e não como uma forma de compensação ou punição.
- 10) Honrar a saúde destaca a importância do conhecimento nutricional para atender às necessidades físicas, sociais e culturais de cada indivíduo e população. Esse princípio enfatiza que os indivíduos devem sentir prazer ao comer, em oposição à abordagem da "terrorista", mas sempre respeitando diretrizes nutricionais e aspectos de saúde importantes.

Considerando esse modo adaptativo de alimentação, estudos foram e estão sendo desenvolvidos para validar a teoria de que indivíduos que comem intuitivamente possuem maior qualidade de vida e saúde mental, destacam-se aqueles desenvolvidos para mensurar o construto, como o foi desenvolvido em 2006 por Tracy Tylka, com o objetivo de avaliar o caminho causal do comer intuitivo, uma vez que instrumentos que avaliavam comportamentos alimentares tinham foco em comportamentos alimentares disfuncionais, como aqueles presentes nos transtornos alimentares e não em comportamentos adaptativos, como o comer intuitivo. Segundo Tribole e Resch (1995), a alimentação adaptativa vai além da ausência dessas doenças, como engloba o desenvolvimento de habilidades de respeito à fome e a saciedade para determinar quando, o que e quanto comer. Além disso, indivíduos que não apresentam sintomas de transtornos alimentares podem não comer intuitivamente (por exemplo, comendo habitualmente na ausência de fome, mas não uma quantidade grande o suficiente para ser considerada uma compulsão) (Tylka, 2006). Dito isso, Tylka (2006) desenvolveu e avaliou psicometricamente a *Intuitive Eating Scale* (IES) com dados coletados em quatro estudos sequenciais que contaram com uma amostra total de 1.260 mulheres

universitárias. Inicialmente, para o desenvolvimento do instrumento, os itens foram descritos até que fosse determinado que o grupo de itens refletisse de forma abrangente e adequada às características centrais de cada um dos três aspectos do comer intuitivo. Foram utilizadas informações coletadas da literatura teórica e empírica existente discutindo comer intuitivo e como promover alimentação adaptativa (Tylka, 2006).

O primeiro, realizou análise fatorial exploratória¹¹, avaliando o número mínimo de fatores que representasse o construto, por meio de 391 mulheres de 17 a 61 anos ($M_{idade} = 20,80$; $DP = 6,21$), revelando 25 itens, respondidos em escala tipo *likert* de 5 pontos (1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = neutro, 4 = concordo, 5 = concordo totalmente), dispostos em três fatores: 1) permissão incondicional para comer (no inglês: *Unconditional Permission to Eat* - UPE); 2) comer por razões físicas e não emocionais (no inglês: *Eating for Physical Rather than Emotional Reasons* - EPRER) e 3) respeito aos sinais internos de fome/saciedade (no inglês: *Reliance on Hunger and Satiety Cues* - RHSC). Pontuações mais altas indicam níveis mais altos de comer intuitivo, e seus respectivos fatores. O segundo, confirmou a análise prévia, por meio da análise fatorial confirmatória¹², em uma amostra composta por 476 mulheres com idade de 17 a 50 ($M_{idade} = 19,70$; $DP = 4,50$), sugerindo o modelo de três fatores (obtidos no primeiro estudo), após a exclusão de quatro itens com cargas fatoriais abaixo de 0,45 (totalizando 21 itens).

O terceiro relacionou a IES com demais medidas, especialmente ao IMC em 199 mulheres de 17 a 55 anos ($M_{idade} = 18,92$; $DP = 3,25$) identificando correlações negativas: a) sintomatologia do transtorno alimentar, insatisfação corporal, baixa consciência interoceptiva¹³, à pressão pela magreza, internalização do ideal de magreza e ao índice de massa corporal; (b) relacionado positivamente com diversos índices de bem-estar; e (c) não relacionado ao gerenciamento de impressões¹⁴. Por fim, estimou a confiabilidade do instrumento, por meio de estimativas de confiabilidade teste-reteste em 94 mulheres de 17 a

¹¹ Análise fatorial exploratória define-se como um conjunto de técnicas multivariadas que tem como objetivo encontrar a estrutura subjacente em uma matriz de dados e determinar o número e a natureza das variáveis latentes (fatores) que melhor representam um conjunto de variáveis observadas (Brown, 2006).

¹² Análise fatorial confirmatória compreende a uma extensão da análise fatorial exploratória, que visa testar a validade de uma estrutura teórica prévia de um conjunto de variáveis observadas (Hair *et al.*, 1998).

¹³ A consciência interoceptiva (CI) refere-se à percepção e integração dos sinais originados no interior do corpo (sinais viscerais), como a fome, a respiração e o ritmo cardíaco, que representam os estados do mesmo (Khalsa; Lapidus, 2016).

¹⁴ Gerenciamento de impressões é um processo consciente ou subconsciente que consiste em tentar influenciar a percepção de outras pessoas sobre uma pessoa, objeto ou evento (Piwinger; Ebert, 2001).

55 anos ($M = 22,07$; $DP = 7,38$), nas quais as pontuações da IES foram internamente consistentes e estáveis durante um período de três semanas (Tylka, 2006).

Posteriormente, a IES passou por aprimoramento, sendo desenvolvida sua versão 2, a *Intuitive Eating Scale – 2* (IES-2; Tylka, Kroon Van Diest, 2013). Especificamente, foram adicionados 17 itens com pontuação positiva aos itens originais da IES (que eram predominantemente com pontuação negativa), integrou-se um componente adicional do comer intuitivo (congruência na escolha corpo-alimento; no inglês: *Body-Food Choice Congruence*; BFCC) e avaliaram suas propriedades psicométricas com 1.405 mulheres e 1.195 homens em três estudos sequenciais. No que concerne a mudança de valência negativa para positiva dos itens, Tylka e Kroon Van Diest (2013) citam que embora o comer intuitivo seja caracterizado em parte pela resistência à dieta e ao comer emocional, esse não deve ser amplamente medido pela ausência dessas atitudes e comportamentos. Já a escolha do novo componente foi atribuída conforme a descrição de Tribole e Resch (2003, p. 193) ao descrever “honrar a saúde ou praticar a nutrição gentil” nos 10 passos para o comer intuitivo, refletindo na tendência dos indivíduos de fazer escolhas alimentares que honram sua saúde e funcionamento corporal (por exemplo, escolher alimentos que promovam energia, resistência e desempenho corporal). E por último, as estimativas de consistência interna do instrumento por meio do coeficiente alfa de Cronbach para a subescala “respeito aos sinais de fome e saciedade” (RHSC) original se apresentaram abaixo do esperado (ou seja, 0,70), conforme estabelecido por Nunnally e Bernstein (1994). Portanto, adicionaram e substituíram itens na tentativa de melhorar as estimativas de confiabilidade da consistência interna para esta subescala na IES-2 (Tylka, Kroon Van Diest, 2013).

Após as análises fatoriais exploratórias e confirmatórias, a IES-2 apresentou 23 itens (11 itens originais e 12 itens adicionados), com estrutura hipotética de quatro fatores (seus três fatores originais, mais a congruência de escolha corpo-alimento) e um fator de ordem superior. O IES-2 foi amplamente invariável entre os sexos e demonstrou correlação positiva com a apreciação corporal, autoestima e satisfação com a vida; e negativa com sintomatologia do transtorno alimentar, baixa consciência interoceptiva, vigilância corporal¹⁵, vergonha corporal, índice de massa corporal e internalização de ideais de aparência na mídia; e (c) insignificamente relacionada à desejabilidade social. As pontuações do IES-2 também obtiveram validade incremental ao prever o bem-estar psicológico. Após sua publicação

¹⁵ Vigilância corporal refere-se à prática de monitorar e controlar o corpo de maneira constante, frequentemente com o objetivo de conformidade com normas sociais, estéticas ou comportamentais (Bordo, 1993).

(Tylka; Kroon Van Diest, 2013), diversos estudos utilizaram a IES-2 para estimar o comer intuitivo e seus fatores em diferentes populações, como: árabes (Fekih-Romdhane *et al.*, 2023), portugueses (Duarte; Gouveia; Mendes, 2016), hispano-americanos (Saunders; Nichols-Lopez; Frazier, 2018), alemães (Van Dyck *et al.*, 2016), peruanos (Akırmak *et al.*, 2018), canadenses (Carbonneau *et al.*, 2026), inclusive brasileiros (Silva *et al.*, 2020).

Mais recentemente, Tylka *et al.* (2024), publicaram a terceira versão da IES (IES-3), por considerarem algumas preocupações metodológicas (extensão ou tamanho do questionário), conceituais (desconsideração de razões médicas, baseadas em valor e relacionadas ao acesso para o consumo de alimentos) e psicométricas (redação dos itens) da versão anterior. Desenvolveram e avaliaram suas propriedades psicométricas em adultos americanos, por meio de três estudos sequenciais. O primeiro estudo consistiu no desenvolvimento da IES-3 e na investigação inicial de sua estrutura fatorial, confiabilidade composta e validade convergente em 957 homens e mulheres, com faixa etária de 18 a 68 anos ($M_{idade} = 36,30$; $DP = 22,85$). Ao considerarem as preocupações com a versão 2, tentaram minimizá-las na IES-3 realizando uma nova redação de itens que possam impactar nas estruturas fatoriais divergentes encontradas em estudos anteriores (por exemplo: A permissão incondicional para comer foi definida como prazer de comer alimentos, sem vergonha, culpa ou julgamento). Posteriormente, por meio da análise fatorial exploratória evidenciaram 12 itens para a IES-3, com os quatro fatores da versão anterior, revelaram confiabilidade composta adequada, validade convergente e incremental, com o escore total e a maioria das subescalas relacionadas ao comer intuitivo (sintomatologia do transtorno alimentar, restrição alimentar e apreciação corporal). As propriedades de medida da IES-3 foram consistentes para mulheres e homens e em todas as idades (Tylka *et al.*, 2024).

No segundo estudo, os autores examinaram vários modelos de quatro fatores da IES-3 por meio da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e Modelagem Exploratória de Equações Estruturais (ESEM), bifator-AFC¹⁶ e bifator-ESEM¹⁷ em 1152 homens e mulheres com idade de 18 a 85 anos ($M_{idade} = 40,95$, $DP = 14,20$). Demonstraram que um modelo bifator-ESEM teve o melhor ajuste e melhor alinhou com a teoria do comer intuitivo existente.

¹⁶ Bifactor-AFC é um modelo de análise de fatores confirmatórios que permite a análise de itens carregados em um fator geral e em vários fatores específicos. Cada item é carregado em um fator primário de interesse e em no máximo um fator secundário (Gustafsson; Åberg-Bengtsson, 2010).

¹⁷ Bifator-ESEM é método utilizado para modelar estruturas fatoriais em que há um fator geral que explica a variância comum entre todas as variáveis; fatores específicos, que explicam variações adicionais em subconjuntos de variáveis. E, ao mesmo tempo, permite a flexibilidade do ESEM, permitindo que os itens carreguem em múltiplos fatores sem impor restrições rígidas (Sánchez-Oliva *et al.*, 2017).

Demonstraram ainda, que a IES-3, é um instrumento temporalmente estável. Já no terceiro estudo, os autores objetivaram avaliar o modelo bifator-ESEM obtido pelo segundo estudo em uma nova amostra e analisar a confiabilidade. Especificamente, o modelo da IES-3 teve um bom ajuste na nova amostra, foi invariante nas amostras dos segundos e terceiros estudos e demonstrou confiabilidade composta adequada (Tylka *et al.*, 2024). Em discussão, Tylka *et al.* (2024) dissertam que a nova medida supera as limitações mencionadas da IES e da IES-2 e possui apoio psicométrico considerável para sua aplicação.

Como avaliação de qualidade dos instrumentos utilizados para avaliar o comer intuitivo e os resultados relacionados a essa dimensão, recente revisão sistemática (Rezende; Oliveira; Poínhos, 2024) foi realizada por meio de buscas desenvolvidas no *PubMed*, *Web of Science*, *PsycInfo* e *Scopus*. Os critérios de inclusão foram: estudos observacionais (coorte, transversais e caso-controle) e clínicos realizados em estudantes do ensino superior e níveis comer intuitivo reportados. Foram excluídas revisões sistemáticas, meta-análises, revisões de literatura, estudos qualitativos e estudos de caso. A qualidade foi avaliada usando os Critérios de Qualidade da Academia de Nutrição e Dietética (*Academy of Nutrition and Dietetics Quality Criteria Checklist: Primary Research Tool*, 2016). Esta ferramenta consiste em um questionário para avaliar a validade de 10 itens relacionados ao estudo: 1) questão de pesquisa; 2) seleção de participantes; 3) comparabilidade dos grupos de estudo; 4) imputação dos dados; 5) cegamento; 6) adequados detalhes da intervenção; 7) confiabilidade do resultado, 8) adequação da análise estatística, 9) com precisão de exclusão e, 10) financiamento ou patrocínio. Os estudos foram atribuídos a classificação positiva (se positiva para os itens 2, 3, 6 e 7 e para pelo menos um item adicional), classificação negativa (se negativa para seis ou mais itens) ou classificação neutra (se itens 2, 3, 6 e 7 indicam que o estudo não foi forte) (Rezende; Oliveira; Poínhos, 2024).

Foram identificados 516 registros iniciais, dos quais 75 foram incluídos. Estudos transversais foram o desenho de pesquisa mais comum (86,7%). A maioria dos estudos foi realizada com amostras predominantemente femininas (90,7%), brancas (76,0%), de 18 a 22 anos (88,4%), com IMC < 25kg/m² (83,0%) e nos Estados Unidos (61,3%). A IES e suas diferentes versões foram os instrumentos mais utilizados para avaliar o comer intuitivo, sendo os transtornos alimentares (77,3%), avaliações antropométricas (47,8%), saúde mental (42,0%) e imagem corporal (40,6%) os desfechos mais incluídos nos estudos. Em relação à qualidade dos estudos, 34,7% receberam uma avaliação positiva, 1,3% uma avaliação negativa e 64,0% uma avaliação neutra. Os autores concluem que estudos prospectivos, como ensaios clínicos controlados randomizados e de coorte ainda são escassos, devendo ser

incentivados a serem realizados para predizer a qualidade do instrumento em avaliar o comer intuitivo (Rezende; Oliveira; Poínhos, 2024).

Conforme mencionado pelos estudos de validação da IES e suas versões (Tylka, 2006; Tylka; Kroon Van Diest, 2013; Tylka *et al.*, 2024) e a recente revisão sistemática (Rezende; Oliveira; Poínhos, 2024) sobre o instrumento utilizado para avaliar o comer intuitivo, desfechos positivos em saúde estão vinculados a esse construto. As pesquisas demonstram associações robustas entre ele e diversos fatores adaptativos em saúde e bem-estar (Bennette; Latner, 2022; Godde *et al.*, 2022; Markey *et al.*, 2023; Christoph *et al.*, 2021; Messer *et al.*, 2022) e negativamente a fatores desadaptativos (Giacone *et al.*, 2024; Babbott *et al.*, 2023; Creven; Fekete, 2019; Richards *et al.*, 2017).

Revisão sistemática com meta-análise (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021) foi desenvolvida com o objetivo de realizar uma síntese quantitativa do comer intuitivo e seus correlatos, por considerarem uma lacuna na literatura científica. Utilizaram como estratégia de busca quatro bases de dados (*Scopus*, *Medline*, *Web of Science* e banco de dados ProQuest para dissertações) em novembro de 2020, usando as palavras-chave “comer intuitivo” OU “comer intuitivamente”. No caso de estudos que avaliaram o comer intuitivo, mas não relataram esses dois termos-chave, uma estratégia de busca secundária foi conduzida que envolveu a pesquisa em todos os registros que citou escalas do comer intuitivo existentes (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021)

Como critério de elegibilidade, os autores optaram por abranger aqueles que avaliaram o comer intuitivo e sua relação com qualquer constructo psicológico, e que fornecesse os dados necessários para calcular o tamanho de efeito (caso não tivesse, os autores eram contatados e se não fornecessem, o estudo foi excluído). Foram elegíveis estudos publicados e não publicados, sem qualquer restrição de amostra. Além disso, todos os desenhos de estudo foram permitidos, com exceção dos estudos de caso ou séries de casos, desde que estivessem na língua inglesa (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021).

Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 97 estudos foram incluídos e avaliados quanto à sua qualidade, por meio de uma versão modificada da *Newcastle–Ottawa Scale* desenvolvida por Modesti *et al.* (2016). Os domínios de qualidade avaliados foram: a) tamanho da amostra (um ponto para aqueles contendo justificativa e zero pontos para nenhuma justificativa); b) taxa de resposta (um ponto para quando a comparabilidade entre pesquisas respondentes e não respondentes são estabelecidos, zero pontos quando não respondentes ou suas características não são descritas), c) determinação da exposição (dois pontos para uma medida validada, um ponto para medida não validada, mas foi descrita, ou

zero pontos sem descrição), d) apuração do resultado (dois pontos para medida baseada em entrevista, um ponto para medida de autorrelato ou zero pontos sem descrição) e, e) análises estatísticas apropriadas (um ponto se as análises estatísticas foram apropriadas e completas ou zero pontos se a estatística não são apropriadas, descritas ou incompletas). A pontuação máxima que poderia ser obtida foi sete (Modesti *et al.*, 2016).

Como resultado, as avaliações de qualidade dos estudos variaram, com média de 3,64 pontos (DP = 0,76; min = 2 e máx = 6). Avaliações de qualidade abaixo do ideal foram em poucos estudos (8%). Sendo 30% com evidências para a comparação entre respondentes e não respondentes da pesquisa, 29% com relatório completo dos resultados e 30% com justificativa do tamanho da amostra. Quanto à meta-análise, 23 correlatos psicológicos foram encontrados, sendo divididos em três grupos: a) comportamento alimentar e distúrbios de imagem corporal, b) imagem corporal positiva e outros fatores adaptativos e c) psicopatologia geral. Todas as meta-análises foram realizadas em estudos com delineamento transversal, pelo número limitado de estudos prospectivos sobre a relação entre comer intuitivo e um determinado construto ao longo do tempo (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021). Para isso, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson (r) como medida do tamanho do efeito, com valores de 0,10 considerados fracos, 0,30 considerado moderado e 0,50 considerado forte (Cohen, 1992).

Os autores, demonstraram que para as variáveis de comportamento alimentar e distúrbios de imagem corporal, comer intuitivo foi significativamente ($ps < 0,001$) e negativamente associado ao IMC, sintomas de compulsão alimentar, restrição alimentar, comer emocional, comer transtornado, níveis globais de transtornos alimentar, internalização de ideais de aparência, pior consciência interoceptiva e preocupações com o peso e forma corporal. Os tamanhos dos efeitos variaram de pequeno a grande (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021).

No que concerne a imagem corporal positiva e outros fatores adaptativos, o comer intuitivo, foi significativamente ($ps < 0,001$) e positivamente associado à aceitação do corpo por outros, apreciação corporal, flexibilidade da imagem corporal¹⁸, funcionalidade corporal, atenção plena¹⁹, afeto positivo²⁰, autocompaixão²¹, autoestima, apoio social e bem-estar. Para

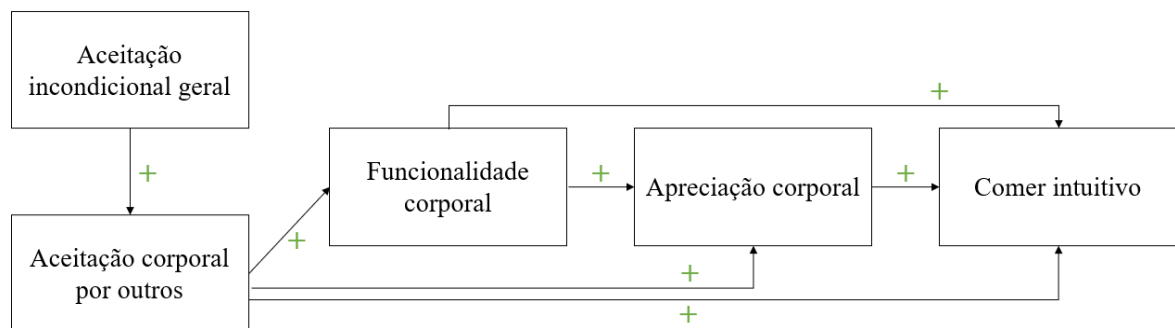
¹⁸ A flexibilidade da imagem corporal consiste em experienciar eventos internos difíceis em relação ao corpo e escolher agir com base nos valores pessoais (por exemplo, encontrar amigos porque as amizades são importantes) ao invés de se esquivar das experiências internas (por exemplo: negar convites por vergonha do corpo) (Sandoz *et al.*, 2013).

¹⁹ Atenção plena (no inglês: *mindfulness*) é a prática de estar totalmente presente e consciente no momento atual, sem julgamento ou distração. É um estado mental que envolve observar os próprios

psicopatologias gerais, o comer intuitivo obteve significância ($ps < 0,001$) e associação negativa com sintomas de ansiedade, sintomas depressivos e afeto negativo (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021).

Além disso, outro objetivo meta-analítico do estudo foi identificar os caminhos especificados no Modelo de Aceitação de Intuitivo Comer, um referencial teórico que explica como o ambiente positivo de aceitação corporal e suas influências mentais positivas podem promover práticas alimentares intuitivas (Avalos; Tylka, 2006; ver Figura 6).

Figura 6 – Modelo de Aceitação do Comer Intuitivo



Fonte: Traduzido de Avalos e Tylka, (2006); Linardon, Tylka e Fuller-Tyszkiewicz (2021) e adaptado pela autora (2025).

Legenda: +: correlação positiva significativa.

Os caminhos especificados no modelo de Avalos e Tylka (2006) foram mantidos nas análises de trajetória, proporcionando forte confiança na generalização e utilidade deste modelo. A aceitação incondicional geral²² foi exclusivamente associada a níveis mais elevados de aceitação corporal pelos outros, e a aceitação do corpo por outros foi associado à funcionalidade corporal, apreciação corporal e comer intuitivo. Assim, quando as pessoas perceberam que os outros estavam aceitando seu corpo, eles eram mais resistentes em adotar uma perspectiva de observador do seu corpo (e, portanto, mantinham mais um foco na

pensamentos, sentimentos e sensações físicas de maneira consciente e sem reatividade automática (Kabat-Zinn, 1994).

²⁰ Afeto positivo é um termo que se refere a sentimentos e emoções como alegria, entusiasmo, amor, paixão e bem-estar (Watson; Clark; Tellegen, 1988).

²¹ Autocompaixão é a prática de tratar a si mesmo com gentileza, compreensão e apoio, especialmente em momentos de sofrimento ou fracasso (Neff, 2011).

²² A aceitação incondicional geral é a capacidade de aceitar a individualidade de alguém sem julgamentos ou críticas, como na aceitação de sentimentos, decisões, ou mesmo de impasses (Rogers, 1974).

funcionalidade corporal), sentiam-se mais apreciativos em relação ao seu corpo e eram mais propensos a comer de acordo aos seus sinais de fome e saciedade. A funcionalidade corporal também foi associada tanto à apreciação do corpo quanto ao comer intuitivo, defendendo sugestões anteriores de que aqueles que se concentram principalmente em como seus corpos também apresentam funcionalidade (em vez de focar em sua aparência externa) são mais propensos a mostrar respeito por seu corpo e honrar seu corpo, bem como seguir sinais de fome e saciedade para que possa funcionar com mais eficiência (Avalos; Tylka, 2006; Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021).

Os autores da meta-análise concluem que há apoio consistentemente forte para a conexão positiva do comer intuitivo com uma série de construções adaptativas, além de negativa com aspectos negativos relacionados ao corpo, comportamento alimentar disfuncional e adoecimento mental geral. Sugerem que o foco de futuros trabalhos seja na condução de pesquisas prospectivas e ensaios clínicos, como intervenções preventivas para transtornos alimentares (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021).

3.4.1 Modelos teóricos do comer intuitivo

O modelo citado (Avalos; Tylka, 2006) foi o pioneiro em utilizar o comer intuitivo como desfecho, entretanto, outros foram desenvolvidos com inclusão de diversas variáveis na tentativa de compreender melhor o desenvolvimento desse construto. Essa tentativa é plausível, visto a ampla correlação entre o comer intuitivo e diferentes variáveis que permeiam a melhor relação dos indivíduos com seus corpos e com a alimentação (Bruce; Ricciardelli, 2016; Burnette *et al.*, 2023; Grider; Douglas; Raynor, 2020; Hazzard *et al.*, 2021; Hensley-Hackett *et al.*, 2022; Linardon, Tylka, Fuller-Tyszkiewicz, 2021). Modelos teóricos são essenciais para encontrar relações entre teoria e dados empíricos e ainda, possibilitam a construção de condutas práticas, como no desenvolvimento de intervenções (Morgan, 2013).

Nesse contexto, neste trabalho serão destacados outros modelos explicativos do comer intuitivo, como os desenvolvidos por Augustus-Horvath e Tylka (2011) e Tylka e Homan (2015).

Augustus-Horvath e Tylka (2011) propuseram uma extensão do modelo apontado por Avalos e Tylka (2006), incluindo o IMC em sua estrutura e comparando-o em mulheres entre as jovens adultas (18 a 25 anos), na primeira idade (26 a 39 anos) e meia-idade (40 a 65 anos), ver Figura 7. As autoras dissertam que no modelo original (Avalos; Tylka, 2006) quase todas as mulheres estavam na idade adulta (idades entre 18 e 25 anos), tendendo a ter

direcionamentos ainda incertos sobre o futuro e ainda não terem alcançado seus objetivos de vida. Muitas vezes, se concentram em seus corpos e experimentam uma imagem corporal negativa, à medida que são confrontados por mensagens midiáticas sobre os ideais corporais e sua influência na atratividade e no sucesso (Augustus-Horvath; Tylka, 2011).

As autoras criam hipóteses de que a relação entre variáveis incluídas no modelo possa ser diferente para mulheres em dois estágios subsequentes de desenvolvimento, ou seja, início da idade adulta (normalmente entre 26 e 39 anos) e meia idade adulta (aproximadamente 40 a 65 anos de idade), devido a alterações no desenvolver da vida, como a qualidade de seus relacionamentos, estabelecimento nas carreiras profissionais e nos papéis familiares (esposa/companheira, mãe), além de seus corpos serem alvos menos frequentes de objetificação sexual. Quanto ao IMC previram que mulheres que têm IMC mais elevado podem sentir que o seu tamanho não é aceitável, saudável ou desejável para que possam confiar nos seus sinais de fome e saciedade e consequentemente, possuem regras externas para se alimentar (comer restritivo). Portanto, propuseram que o IMC previa negativamente o comer intuitivo. Em suma, consideraram: 1) o modelo proposto ajustaria os dados para mulheres na idade adulta jovem, no início da idade adulta e no meio idade adulta; 2) a aceitação do corpo pelos outros mediará a ligação entre apoio social percebido²³ e apreciação corporal para cada faixa etária; 3) resistência em adotar a perspectiva de um observador do corpo²⁴ e a apreciação do corpo mediarão a relação entre a aceitação do corpo pelos outros e o comer intuitivo para cada faixa etária (Augustus-Horvath; Tylka, 2011).

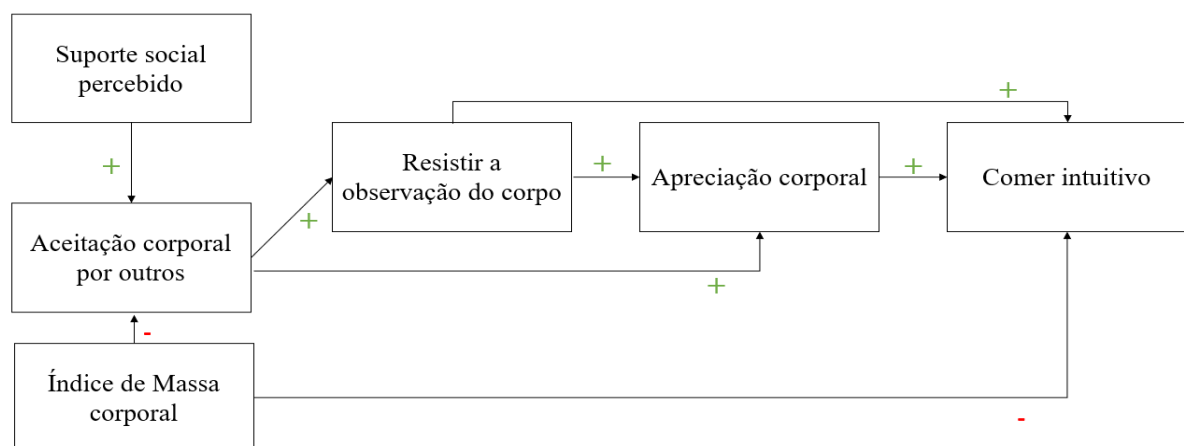
Para compor a amostra dos três grupos de idades diferentes, participaram 318 mulheres com idade de 18 a 25 anos ($M_{idade} = 19,47$; $DP = 1,90$), 238 mulheres de 26 a 39 anos ($M_{idade} = 32,63$; $DP = 4,06$) e 245 mulheres de 40 a 65 anos ($M_{idade} = 51,38$; $DP = 7,07$). O IMC médio dos grupos foi de $23,95 \text{ kg/m}^2$ ($DP = 6,89$), $25,55 \text{ kg/m}^2$ ($DP = 5,54$), e $28,86 \text{ kg/m}^2$ ($DP = 6,84$), respectivamente (Augustus-Horvath; Tylka, 2011).

²³ O apoio social percebido pode ser definido como a existência de relações interpessoais em que os indivíduos se sentem confiantes, valorizadas, e podem se comunicar, ajudar, e demonstrar preocupação com o outro. Se assemelha ao constructo de aceitação incondicional geral por considerar a capacidade de não receber sem julgamentos ou críticas, como na aceitação de sentimentos e de decisões (Zimet *et al.*, 1988).

²⁴ A perspectiva de um observador do corpo refere-se à percepção que um indivíduo tem sobre o seu próprio corpo ou sobre o corpo dos outros, influenciada por experiências pessoais, culturais e sociais. Esse conceito pode explorar como alguém se percebe fisicamente ou como as pessoas se identificam com seu corpo no espaço, incluindo a experiência subjetiva do corpo em relação ao mundo. Se assemelha ao constructo de funcionalidade corporal por compreender a capacidade de um indivíduo interagir com o meio e com os outros, de forma a realizar as atividades diárias e de interação social (McKinley; Hyde, 1996).

Como resultado, os caminhos foram semelhantes aos identificados por Tylka e Avalos (2006). Especificamente, em todas as faixas etárias, verificou-se que um maior suporte social percebido estava relacionado a uma maior aceitação do corpo pelos outros. Quando as mulheres sentiam que seus corpos eram aceitos por terceiros, elas mostravam mais resistência em adotar a visão de um observador sobre seu corpo e demonstravam maior gratidão por ele. Essa resistência a assumir a perspectiva de um observador estava diretamente ligada à apreciação do próprio corpo e ao ato de comer intuitivamente (Augustus-Horvath; Tylka, 2011). O caminho exploratório do apoio social percebido à resistência em adotar a perspectiva de um observador do corpo não foi suportado para nenhuma faixa etária. Porém, o apoio social percebido previu a aceitação do corpo pelos outros, predizendo a resistência em adotar a perspectiva do corpo de um observador (observado em todas as faixas etárias). Ademais, a resistência em adotar a perspectiva do corpo de um observador e a aceitação corporal pelos outros também teve ligação direta ao comer intuitivo, sem ser necessário o desenvolvimento da apreciação corporal (para todas as faixas etárias) (Augustus-Horvath; Tylka, 2011). Portanto, ser resistente ao observar seus corpos e de outros e ter maior aceitação corporal pelos outros pode aumentar o comer intuitivo por meio da maior aceitação corporal ou não. Demonstrando serem variáveis importantes para o comer intuitivo.

Figura 7 - Modelo de aceitação do Comer Intuitivo com Índice de Massa Corporal



Fonte: Traduzido de Augustus-Horvath e Tylka (2011) e adaptado pela autora (2024).

Legenda: +: correlação positiva significativa; todos os caminhos apresentados foram significativos para todas as idades, com exceção para o Índice de Massa Corporal e o Comer intuitivo em jovens adultas (18 a 25 anos).

No que se refere ao IMC, houve correlação negativa com a aceitação corporal pelos outros, para todas as faixas etárias, demonstrando que mulheres que apresentam menor IMC tendem a ter maior aceitação corporal pelos outros e vice-versa. Dada a imposição social para que as mulheres apresentem corpos mais magros, é justificável a associação entre menor IMC e maior aceitação corporal por terceiros (Fredrickson; Roberts, 1997; Kilbourne, 1999). O IMC também demonstrou correlação negativa com o comer intuitivo nas mulheres, com exceção para as jovens adultas. O resultado pode indicar que com o avançar da idade, o peso pode não ter um impacto para a vida das mulheres, se associando a um maior comer intuitivo, resultado que pode ser explicado parcialmente pela maturidade em compreender as necessidades corporais do corpo, como de fome e saciedade ao decorrer da vida, influenciando em menor incidência de comer emocional e de compulsão alimentar e consequentemente, menor peso. Além disso, mulheres mais velhas tendem a ter maiores habilidades emocionais, compreensão das suas emoções e tomar decisões maduras, podendo influenciar em menor descontrole alimentar e menor IMC. Futuros trabalhos devem investigar essa correlação (Augustus-Horvath; Tylka, 2011).

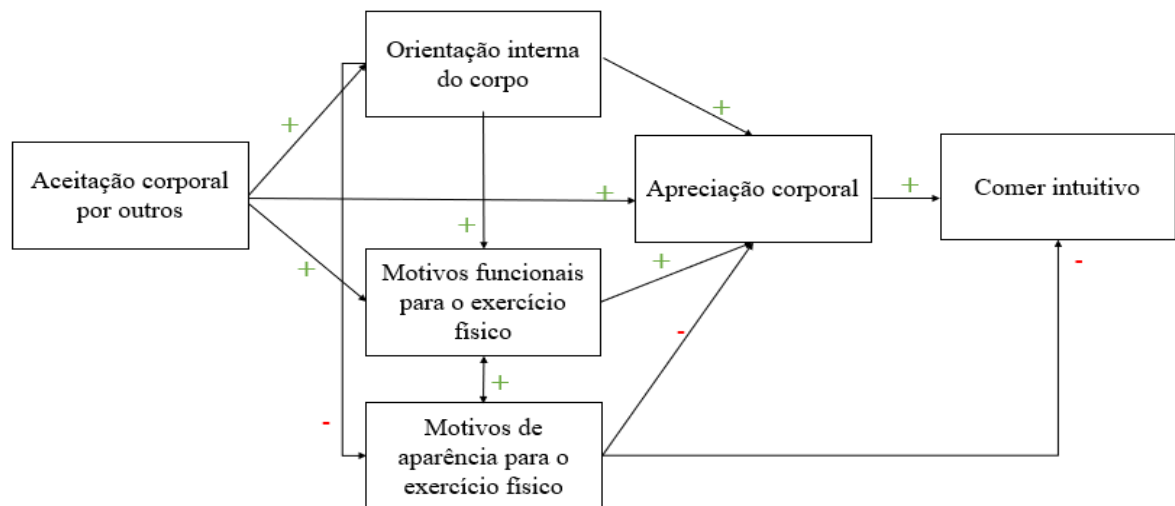
Em suma, os autores concluem que o modelo de aceitação do comer intuitivo é uma ferramenta promissora para compreender como se manifesta o constructo, permitindo o desenvolvimento de intervenções no aumento da aceitação do corpo dos outros, atitudes corporais positivas e comportamentos alimentares adaptativos (Augustus-Horvath; Tylka, 2011). Além disso, destacam que o funcionamento do caminho hipotético-causal do comer intuitivo é semelhante e pode ser aplicado em mulheres de diferentes faixas etárias (Augustus-Horvath; Tylka, 2011).

Posteriormente, o modelo foi adaptado e incorporadas novas variáveis relevantes no âmbito da alimentação e da imagem corporal. Especificamente, Tylka e Homan (2015) testaram as diferenças em pontos do modelo entre mulheres e homens, dado que o modelo de aceitação do comer intuitivo foi baseado nas experiências de meninas e de mulheres. Além disso, incorporaram dois domínios de motivação para a prática do exercício físico, com base em suas relações com variáveis relacionadas à imagem corporal (Tylka; Homan, 2015). O modelo pode ser observado na Figura 8.

As autoras relatam que os indivíduos podem escolher se exercitar por diversas razões, como controle de peso, saúde, condicionamento físico, gerenciamento de estresse, socialização, dentre outros (Tylka; Homan, 2015). Porém, embora os pesquisadores tenham investigado as relações entre motivos de exercício, imagem corporal negativa e alimentação transtornada, havia na literatura científica uma lacuna a ser compreendida sobre como os

motivos de exercício se relacionam com a imagem corporal positiva (Tylka; Homan, 2015). Portanto, ressaltam a relevância de examinar as relações entre os domínios de motivos de exercício externo e interno, denominados “motivos de exercício de aparência” e “motivos de exercício funcional”, e a imagem corporal positiva dentro de um modelo que reconhece a incorporação positiva. Portanto, o estudo examinou essas associações dentro do modelo proposto por Avalos e Tylka (2006) e, vista a incipiência de estudos dessa natureza em homens, propôs avaliá-lo também nesse público (Tylka; Homan, 2015).

Figura 8 - Modelo Integrado da Aceitação do Comer Intuitivo e Motivação para a Prática de Exercícios Físicos



Fonte: Traduzido de Tylka e Homan (2015) e adaptado pela autora (2025).

Legenda: +: correlação positiva significativa; todos os caminhos apresentados foram significativos para todas as idades, com exceção para a orientação interna do corpo e motivos funcionais para o exercício em homens; apreciação corporal e comer intuitivo em homens.

Como hipóteses, previram que: a) os caminhos propostos também fossem significativos para os homens; b) os motivos para exercícios estariam relacionados às variáveis do modelo por meio da aceitação corporal pelos outros e orientação interna do corpo; c) mudanças positivas como resultado do exercício por motivo funcional promoveriam uma apreciação pelo corpo e uma prontidão para comer de acordo com os sinais internos de fome e saciedade; d) exercitar-se para modificar a aparência estaria inversamente associado à apreciação do corpo como ele é atualmente, mostrando uma relação inversa com o comer intuitivo; e) as mulheres teriam pontuações médias mais altas em motivação para exercícios de aparência e pontuações médias mais baixas nas variáveis restantes do modelo em comparação aos homens; f) os homens estariam mais encorajados a cuidar da competência e

capacidade de funcionamento de seus corpos em comparação às mulheres, e consequentemente teriam maior comer intuitivo (Tylka; Homan, 2015).

Participaram do estudo 406 indivíduos, sendo 258 mulheres e 148 homens, com idade entre 18 e 47 anos ($M = 19,62$; $DP = 2,87$) e a maioria foi identificada como americano(a) caucasiano(a) (88,5%). Para sua participação, relataram envolvimento com o exercício físico por pelo menos 15 minutos em exercício extenuante cinco vezes por semana ou exercício moderado três vezes por semana ou exercício leve cinco vezes por semana. Para a incorporação dos dois domínios de motivação para a prática do exercício físico, utilizaram os domínios externos relacionados à aparência (controle de peso, atratividade, tônus corporal) e domínios internos funcionais (saúde, aptidão, prazer, desafio, melhora do humor) (Tylka; Homan, 2015).

O caminho hipotético-causal para as variáveis presentes no modelo de Avalos e Tylka (2006) permaneceu semelhante para as mulheres (aceitação corporal pelos outros → orientação interna/funcionalidade corporal → apreciação corporal → comer intuitivo). Para os homens, se diferiu por não ter encontrado correlação significativa entre a apreciação corporal e o comer intuitivo (Avalos; Tylka, 2006). Especificamente, a aceitação corporal pelos outros contribuiu diretamente para uma maior motivação funcional para o exercício físico e contribuiu indiretamente para diminuir os motivos de exercício por aparência através de uma maior orientação corporal, em ambos os sexos (Tylka; Homan, 2015).

Porém, quando foi avaliada a influência da orientação corporal para a prática de exercício físico por motivos funcionais em homens, não foi encontrada correlação, contrapondo às mulheres. Portanto, parece que a motivação funcional para o exercício físico em homens não está atrelada à sua orientação interna e sim à maior aceitação corporal pelos outros (Tylka; Homan, 2015). Isso pode ser explicado pela necessidade da mulher de ter mais componentes positivos para desenvolver exercícios por motivos funcionais, como sentir maior aceitação pelos outros e ainda ter uma maior orientação interna de seu corpo. Ou seja, perceber que a aparência de seu corpo é aceita incondicionalmente pelos outros, as faz ser “libertadas” de ver estritamente o exercício como um método para controlar sua aparência (Tylka; Homan, 2015). Essa mentalidade pode permitir que elas reconheçam e busquem os benefícios funcionais internos do exercício, ao mesmo tempo em que atenuaria as preocupações sobre alterar, mudar ou manter sua aparência por meio do exercício (Tylka; Homan, 2015). Já os homens, o simples fato de perceberem serem aceitos pelos outros, já os motivam a praticar exercícios por motivos funcionais e reduzem a prática por aparência (Tylka; Homan, 2015).

A motivação funcional para a prática de exercício físico se associou positivamente à apreciação corporal, contrariando a motivação por aparência, correlacionando negativamente a essa variável, em ambos os sexos. Destaca-se que a motivação por aparência obteve ligação direta com o comer intuitivo em homens e mulheres, sem ser influenciado pela apreciação corporal, que se correlacionou com o comer intuitivo somente nas mulheres. Portanto, parece que os homens não precisam apreciar seus corpos para comer intuitivamente, somente a não realização de exercícios por motivos de aparência parece colaborar para terem um modo adaptativo de alimentação (Tylka; Homan, 2015). Em suma, as autoras destacam que os resultados do presente estudo sugerem que intervenções que enfatizam razões funcionais para o exercício e diminuição da ênfase para razões de aparência podem facilitar o comer intuitivo e estabelecer maior imagem corporal positiva. Destacam ainda ser promissor na área o desenvolvimento de ensaios clínicos com esse foco (Tylka; Homan, 2015).

Em especial, para a presente tese, será utilizado o último modelo teórico apresentado (Tylka; Homan, 2015) para o desenvolvimento da intervenção do comer intuitivo. Essa escolha foi pautada na inclusão da motivação para a prática do exercício físico, considerada relevante no contexto da imagem corporal e por corroborar com a linha de pesquisa do Programa de Pós-graduação em Educação Física, ao qual faço parte.

3.4.2 Intervenções do comer intuitivo

Conforme mencionado anteriormente e em conjunto com mais dados da literatura, o comer intuitivo possui evidências transversais e prospectivas de relações inversas com medidas de pior saúde psicológica, como transtornos mentais e comportamento alimentar transtornado (Christoph *et al.*, 2021; Denny *et al.*, 2013; Linadon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021; Hazzard *et al.*, 2020; Schaefer; Magnuson, 2014; Van Dyke; Drinkwater, 2013). Por outro lado, apresenta relações positivas com resultados de saúde física e psicológica, comportamentos saudáveis para controle de peso, autoestima, apreciação corporal, dentre outros (Bacon *et al.*, 2005; Bégin *et al.*, 2019; Christoph *et al.*, 2021; Hazzard *et al.*, 2020; Van Dyke; Drinkwater, 2013). Entretanto, intervenções para promoção do comer intuitivo ainda são escassas, possuem baixa qualidade metodológica e estão restritas à exploração diversificada de desfechos, como variáveis “positivas” (Babbott *et al.*, 2023).

Conforme demonstrado por meta-análise (Babbott *et al.*, 2023), intervenções do comer intuitivo necessitam de análises estatísticas mais robustas e com maior esclarecimento sobre a metodologia empregada para o seu desenvolvimento. Especificamente, Babbott *et al.* (2023)

destacam que dada a crescente popularidade do comer intuitivo, fica claro a necessidade de uma síntese crítica dos atuais estudos de intervenção, e para isso desenvolveram uma revisão com meta-análise para responder a dois objetivos específicos: a) sintetizar o que existe de estudos experimentais para melhor avaliar a possível eficácia de intervenções com esse tema e em outros índices de saúde física e psicológica; b) identificar as diferenças metodológicas dos desenhos de estudo.

Para isso, incluíram somente estudos de intervenção do comer intuitivo que se pautaram na estrutura original dos 10 princípios propostos por Tribole e Resch (1995). Foram também incluídos aqueles que utilizaram a IES e suas versões como resultados, para garantir que diferenças conceituais entre diferentes medidas de alimentação adaptativa sejam minimizadas. Foram excluídos estudos que se fundamentam em uma abordagem geral não-dieta²⁵ e aqueles com desenho de estudo observacional (Babbott *et al.*, 2023).

Como estratégia de busca, os autores adotaram como palavra-chave nos bancos de dados (*PsycINFO*, *Medline*, *Web of Science*, *Embase*) o termo “*intuitive eating*”. E também identificaram a literatura não publicada e registros de ensaios clínicos em: *Cochrane Central Register of Trials* (CENTRAL), Teses da ProQuest e banco de dados de dissertações. Foram realizadas buscas manuais em três revistas na área de transtornos alimentares: *International Journal of Eating Disorders*, *European Eating Disorders Review* e *Journal of Eating Disorders*. Para extração dos dados presentes nos artigos, utilizaram o guideline “*Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analyses*” (PRISMA; Shamseer *et al.*, 2015).

No intuito de avaliar o risco de viés de qualidade, utilizaram *The revised Downs and Black Checklist* (Downs; Black, 1998) para atribuir o índice de qualidade (QI) de 0 a 28 pontos. Quanto maior a pontuação, maior a qualidade metodológica. Para a meta-análise, aplicaram inicialmente um modelo de efeitos aleatórios devido à presença de heterogeneidade de dados clínicos e metodológicos dos estudos incluídos e, posteriormente, modelos com efeitos fixos foram adotados (Babbott *et al.*, 2023). No total, a busca identificou 422 artigos, dos quais 207 eram únicos e destes apenas nove atenderam explicitamente aos critérios de elegibilidade (Babbott *et al.*, 2023).

Como característica demográfica, sete estudos foram conduzidos nos Estados Unidos (Burnette; Mazzeo, 2020; Bush *et al.*, 2014; Cole *et al.*, 2019; Healy *et al.*, 2015; Loughran *et al.*, 2017; Smitham, 2009; Young, 2010) e os outros dois foram realizados na Nova Zelândia

²⁵ Existem algumas abordagens que são denominadas “não-dietas”, porém não englobam por completo os pilares e princípios do comer intuitivo. Essas abordagens utilizam somente parte do conceito teórico do comer intuitivo (exemplo: rejeição da mentalidade de dieta).

(Boucher *et al.*, 2016) e no Reino Unido (Patel *et al.*, 2017). O tamanho da amostra entre os estudos variou de 18 a 146 indivíduos, totalizando 606 participantes (90% mulheres). Dos sete estudos que relataram informações demográficas abrangentes ($n = 550$), havia diversidade étnica limitada, com mais de 80% dos participantes brancos ($n = 451$). Nenhum dos estudos relatou qualquer gênero não binário ou orientações sexuais. Os participantes dos estudos incluídos foram em grande parte recrutados de populações específicas, sendo quatro estudos com a população universitária (Burnette; Mazzeo, 2020; Bush *et al.*, 2014; Loughran *et al.*, 2017; Young, 2010), um no ensino médio (Healy *et al.*, 2015) e outro na população militar (Cole *et al.*, 2019). Os três restantes recrutaram na comunidade (Boucher *et al.*, 2016; Patel *et al.*, 2017; Smitham, 2009).

Os estudos relataram taxas de perda dos participantes, e estas foram altamente variáveis, de 3% a 56%. Os níveis mais baixos ocorreram entre intervenções que foram curtas e passivas (Loughran *et al.*, 2017; Young, 2010), enquanto estudos que utilizaram intervenções mais longas relataram níveis mais elevados de perda (Burnette; Mazzeo, 2020; Cole *et al.*, 2019). No que concerne ao formato de aplicação, identificaram-se variadas formas, como: oficinas didáticas (Smitham, 2009; Healy *et al.*, 2015; Bush *et al.*, 2014; Patel *et al.*, 2017; Cole *et al.*, 2019; Burnette; Mazzeo, 2020; Young, 2010), módulos online (Boucher *et al.*, 2016) e *Guided self-help*²⁶ (GSH) (Loughran *et al.*, 2017).

Para facilitar a compreensão, serão abordadas nesse referencial teórico todas as intervenções (desenho de estudo, duração, descrição, presença de controle e follow-up) e os principais desfechos. Para auxiliar a comparação entre os estudos, observe o Quadro 1. Ao final, serão retornados os desdobramentos da meta-análise citada (Babbott *et al.*, 2023).

²⁶ *Guided self-help*: autoajuda guiada, tradução feita pela própria autora (2025).

Quadro 1 – Intervenções de Comer Intuitivo

Autor/ano	Desenho do estudo	Duração	Descrição da intervenção	Grupo controle	Follow-up	Principais resultados
Smitham (2009)	Quasi-experimental	Oito semanas	Oficinas com Terapia Cognitivo-Comportamental, Terapia Interpessoal e Terapia Comportamental Dialética baseadas nos 10 princípios do comer intuitivo, conduzidas por 2 facilitadores, grupos de 10 participantes.	Não	6 meses	↑ Comer intuitivo ($d = 1,20$; $p < 0,05$), mantido no <i>follow-up</i> .
Young (2010)	Ensaio Clínico Randomizado	Três oficinas (50 min cada)	Palestras em PowerPoint sobre os 10 princípios, grupos de 10 – 12 mulheres.	Sim (sem intervenção)	1 e 2 semanas	↑ Comer intuitivo ($d = 0,80-0,96$; $p < 0,01$) e ↓ comportamento de dieta ($d = 0,65-0,66$; $p < 0,01$) no grupo intervenção.
Bush <i>et al.</i> (2014)	Quasi-experimental	10 semanas	Oficinas (60–90 min) com <i>mindfulness</i> , palestras sobre corpo, princípios do comer intuitivo, tarefas semanais, manual e CD de práticas de <i>mindfulness</i> .	Sim (sem intervenção)	10 semanas	↑ Apreciação corporal ($\eta^2 = 0,25$), ↑ Comer intuitivo ($\eta^2 = 0,36$), ↑ Atenção plena ($\eta^2 = 0,20$); $p < 0,001$ no grupo intervenção.

Healy <i>et al.</i> (2015)	Quasi-experimental	Sete dias	Oficinas (50 min/dia) com PowerPoint sobre princípios do comer intuitivo, atividades práticas e discussões.	Sim (receberam instruções sobre o <i>Destination Wellness</i>)	Não	↑ Comer intuitivo ($\eta^2 = 0,09$; $p = 0,04$) e ↑ Permissão incondicional para comer ($\eta^2 = 0,12$; $p = 0,02$) no grupo intervenção.
Boucher <i>et al.</i> (2016)	Quasi-experimental	12 módulos online (15–20 min cada)	Habilidades de comer intuitivo + flexibilidade psicológica; automonitoramento online.	Não	3 meses	↑ Comer intuitivo e subescalas, ↑ Saúde mental, ↓ Inflexibilidade psicológica; efeitos mantidos.
Patel <i>et al.</i> (2017)	Quasi-experimental	10 semanas	Oficinas (90 min) sobre princípios do comer intuitivo + princípios cristãos (discussões, leitura bíblica, oração).	Não	3 e 9 meses	↑ Comer intuitivo, subescalas RHSC/BFCC, qualidade de vida; ↓ IMC, comer emocional, ansiedade/depressão; resultados mantidos.
Loughran <i>et al.</i> (2017)	Ensaio Clínico Randomizado	Cinco semanas	Envio de 10 mensagens de texto (2/semana) sobre comer intuitivo.	Sim (mesmas mensagens em PDF de uma só vez)	Não	↑ Comer intuitivo e subescala RHSC, ↑ Estresse percebido no grupo intervenção.
Cole <i>et al.</i> (2020)	Quasi-experimental	10 semanas	Oficinas semanais (1h) sobre os princípios, discussões em grupo, tarefas de casa.	Sim (sem intervenção)	10 semanas	↓ IMC, comer externo e emocional; ↑ Permissão incondicional, razões físicas para comer, confiança em sinais de

						fome/saciedade.
Burnette; Mazzeo (2020)	Quasi- experimental	Oito semanas	Grupo intervenção: oficinas (1,5h); Grupo GSH: autoajuda guiada com capítulos semanais e ligações de 20 min.	Comparação entre intervenção e GSH	16 semanas	Ambas condições: ↓ Comportamentos alimentares transtornados, insatisfação corporal, internalização do ideal de peso; ↑ Comer intuitivo, apreciação corporal e satisfação com a vida; efeitos mantidos.

Fonte: Própria autora (2025)

Smitham (2009), por meio de um estudo quasi-experimental, avaliou em 31 indivíduos ($n = 30$ feminino; $n = 1$ masculino) com idade de 30 a 62 anos ($M_{\text{idade}} = 44,32$; $DP = 9,52$) um tratamento em oficinas de oito semanas para compulsão alimentar e transtorno alimentar que englobava componentes da Terapia Cognitivo-Comportamental²⁷, Terapia Interpessoal²⁸ e Terapia Comportamental Dialética²⁹. As sessões foram baseadas nos 10 princípios do comer intuitivo e aplicadas por dois facilitadores com grupos de 10 participantes cada. Destaca-se que os participantes possuíam diagnóstico de transtorno de compulsão alimentar (avaliado em um instrumento de rastreio). O estudo não apresentou grupo controle e foi avaliado em seis meses de *follow-up*. O resultado demonstrou aumento do comer intuitivo ($d = 1,20$; $IC95\% = 0,49 - 1,91$; $p < 0,05$), mantido no *follow-up* (Smitham, 2009).

Young (2010) realizou um ensaio clínico controlado randomizado em 68 mulheres (grupo intervenção = 35; grupo controle = 33) com idades entre 18 e 27 anos ($M_{\text{idade}} = 19,70$; $DP = 2,06$), sem transtornos alimentares. Foram conduzidas três oficinas (no formato de palestras) por meio do *PowerPoint* sobre os 10 princípios do comer intuitivo, com duração de 50 minutos cada. Foram desenvolvidas pelo pesquisador responsável em grupos de 10 a 12 mulheres. Apresentou um grupo controle, que não recebeu nenhum tipo de intervenção, respondendo somente ao conjunto de instrumentos de avaliação em momentos de pré-intervenção, pós-intervenção, uma e duas semanas de *follow-up* (consoante ao grupo de intervenção). Os resultados demonstraram que o comer intuitivo aumentou nos momentos pós-intervenção ($d = 0,80$; $IC95\% = 0,30 - 1,30$; $p < 0,01$), uma semana ($d = 0,96$; $IC95\% = 0,50 - 1,46$; $p < 0,001$) e duas semanas ($d = 0,89$; $IC95\% = 0,38 - 1,39$; $p < 0,001$) de *follow-up* e comportamento de dieta diminuiu no pós-intervenção ($d = 0,66$; $IC95\% = 0,28 - 1,15$; $p < 0,01$) e em duas semanas de *follow-up* ($d = 0,65$; $IC95\% = 0,17 - 1,14$; $p < 0,01$) no grupo intervenção comparado ao controle (Young, 2010).

Bush *et al.* (2014) realizaram um estudo quasi-experimental em 124 mulheres (grupo intervenção = 53; grupo controle = 71) com média de idade de 45 anos ($SD = 11,30$), sem transtornos alimentares. A intervenção consistiu em 10 oficinas ao longo de 10 semanas, com duração de 60 a 90 minutos cada. Nelas foram realizadas práticas da atenção plena (*Mindfulness*), palestra semanal sobre aspectos relacionados ao corpo e princípios do comer

²⁷ Terapia cognitivo-comportamental se caracteriza por ser um modelo de psicoterapia, estruturado e direcionado para a resolução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 1964).

²⁸ Terapia interpessoal é uma psicoterapia que se centra na resolução de problemas interpessoais e na recuperação sintomática dos indivíduos (Schwartz, 2001)

²⁹ Terapia comportamental dialética é uma abordagem psicoterápica que auxilia os indivíduos a regular emoções e impulsos, reduzindo comportamentos disfuncionais (Linehan, 1993).

intuitivo. Do mesmo modo, os participantes receberam tarefas semanais, que incluíam leituras de um manual educativo disponibilizado pelo programa com dicas de alimentação consciente e de comer intuitivo, assim como, foi disponibilizado um *compact disc* (CD) para a realização de práticas de *Mindfulness*, focadas na atenção plena no comer. Apresentou um grupo controle, que não recebeu nenhum tipo de intervenção, respondendo somente ao conjunto de instrumentos de avaliação (pré-intervenção e após 10 semanas de *follow-up*). Diferenças significativas entre os grupos foram observadas, com pontuações médias significativamente mais altas no grupo de intervenção do que no grupo controle após 10 semanas para apreciação corporal (*partial eta squared* [η^2p]³⁰ = 0,25; $p < 0,001$), comer intuitivo ($\eta^2p = 0,36$; $p < 0,001$) e atenção plena ($\eta^2p = 0,20$; $p < 0,001$) (Bush *et al.*, 2014).

Healy *et al.* (2015) realizou um estudo quase-experimental em 48 estudantes do ensino médio (30 mulheres e 18 homens) com média de idade de 16,40 anos (SD = 0,58), sem avaliação sobre a presença ou não de transtornos alimentares. A intervenção consistiu em sete oficinas realizadas ao longo de sete dias, com duração de 50 minutos cada, no qual utilizaram uma apresentação em *PowerPoint* para explicar os 10 princípios do comer intuitivo. Ainda, os participantes receberam orientações para ajudá-los a seguir cada princípio (por exemplo: “rejeitar a mentalidade de dieta” como sugestão indicavam: a) reconhecer os danos que a dieta causa; b) se desfazer de ferramentas de quem está fazendo dieta). Exemplos específicos e detalhados foram fornecidos para elaborar cada etapa e eram discutidas entre os estudantes, com auxílio de um facilitador. Além disso, eram incentivados a preencherem uma atividade de pontuação da sinalização da fome (*Hunger Discovery Scale*; Tribole; Resch, 2003) e a realizarem uma atividade ativa sobre formas de desafiar o policial alimentar. Apresentou um grupo controle, que receberam instruções sobre o programa *Destination Wellness*, no qual distingue o que é ciência e as mensagens midiáticas sobre nutrição, define uma imagem corporal realista e saudável, para entender tendências históricas nas imagens corporais na mídia, a natureza dos transtornos alimentares e como conduzir uma autoavaliação e planos de mudança dos hábitos alimentares e de atividade física. Como resultado, o grupo intervenção aumentou significativamente o comer intuitivo ($\eta^2p = 0,09$; $p = 0,04$) e sua subescala de permissão incondicional para comer ($\eta^2p = 0,12$; $p = 0,02$) em comparação ao grupo controle. Não houve diferença significativa entre os sexos e não realizaram avaliações de *follow-up* (Healy *et al.*, 2015).

³⁰ Eta ao quadrado (η^2p) consiste em uma medida que varia de 0 a 1 e pode ser interpretada como a porcentagem de variância que pode ser explicada pela associação a um grupo. Quanto mais próximo de um, mais forte é o efeito (Richardson, 2011).

Boucher *et al.* (2016) realizaram um estudo quase-experimental em 40 mulheres com sobrepeso, com média de idade de 44,8 anos (DP = 3,06). A intervenção consistiu na aplicação de 12 módulos online que abordavam habilidades do comer intuitivo e de flexibilidade psicológica, com 15 a 20 minutos de duração cada. A conclusão do módulo e as métricas do local do estudo foram avaliadas usando o *Google Analytics*. O uso de uma ferramenta de automonitoramento online foi determinado por entradas salvas em um banco de dados online seguro. Não apresentou grupo de controle. Das 40 mulheres que iniciaram o estudo, 26 completaram as avaliações pós-intervenção. Para avaliar as associações entre mudanças do pré-intervenção para a pós-intervenção e três meses de *follow-up*, foram utilizadas diferenças das médias. Como resultados, do momento do pré para o pós intervenção, houve aumentos significativos ($ps < 0,05$) do comer intuitivo ($M_{\text{diferença}} = 0,94$) e suas subescalas: UPE ($M_{\text{diferença}} = 0,52$), EPRE ($M_{\text{diferença}} = 1,08$), RHSC ($M_{\text{diferença}} = 1,28$) e BFCC ($M_{\text{diferença}} = 0,74$). Aumento significativo da saúde mental geral ($M_{\text{diferença}} = 5,07$) e reduções da inflexibilidade psicológica ($M_{\text{diferença}} = -4,23$). Foi realizado acompanhamento em três meses de *follow-up*, onde o aumento do comer intuitivo foi mantido e houve melhorias significativas na saúde mental geral ($M_{\text{diferença}} = 3,45$) (Boucher *et al.*, 2016).

Patel *et al.* (2017) desenvolveram um estudo quasi-experimental em 18 indivíduos, com insatisfação corporal, com idade média de 47,3 anos (DP = 14,8). A intervenção consistiu em dez oficinas, uma por semana, com duração de 90 minutos cada. Nessas, foram discutidos os 10 princípios do comer intuitivo, somados a princípios cristãos de libertação da culpa, amor, aceitação e ajuda de Deus, como: a) atividades projetadas para discussão em grupos de três a quatro participantes para considerar o comer intuitivo em suas vidas; b) visão bíblica sobre as questões levantadas; c) atividades semanais para praticar mudanças no comportamento de saúde e d) leitura bíblica diária e material de oração. Não apresentou grupo controle e realizou três meses e nove meses de *follow-up*. Para verificar a eficácia da intervenção nos momentos de avaliação, realizaram a diferença da média. Como resultado, não houve diferenças no pós-intervenção, sendo possível observá-las em três meses, com aumento significativo do comer intuitivo, sua subescala RHSC e a qualidade de vida. E reduções significativas para o IMC, dor/desconforto, comer descontrolado, comer emocional, sintomas de ansiedade e de depressão. No *follow-up* de nove meses, houveram aumentos significativos para o comer intuitivo, RHSC, BFCC e bem-estar. Além de reduções para o comer descontrolado, comer emocional e sintomas de ansiedade (Patel *et al.*, 2017).

Loughran *et al.* (2017) realizaram um ensaio clínico controlado randomizado em 146 indivíduos (mulheres = 124; homens = 22), com idade média de 18 anos. Esses foram

separados em dois grupos: grupo de intervenção ($n = 99$) e grupo controle ($n = 47$). A intervenção consistiu no envio de 10 mensagens de textos sobre os 10 princípios do comer intuitivo (duas por semana). O grupo controle recebeu as mesmas mensagens que o grupo de intervenção por mensagens de texto, no entanto, todas as mensagens foram entregues de uma só vez como um folheto em PDF por e-mail. A intervenção durou cinco semanas e na semana seguinte à ser concluída, tanto o grupo de intervenção quanto o controle responderam aos instrumentos de avaliação. Como resultado, houve aumento significativo do comer intuitivo ($M_{\text{diferença}} = 0,096$; $p < 0,05$) e sua subescala RHSC ($M_{\text{diferença}} = 0,201$; $p < 0,005$) e o estresse percebido ($M_{\text{diferença}} = 1,303$; $p < 0,05$) no grupo intervenção. O mesmo não foi observado no controle. Não foi realizada avaliação de *follow-up* (Loughran *et al.*, 2017).

Cole *et al.*, (2020) realizaram um estudo quasi-experimental em 56 indivíduos (mulheres = 40; homens = 16), com idade média de 51 anos. Esses foram divididos em dois grupos: grupo intervenção ($n = 18$; $M_{\text{idade}} = 37,5$; $DP = 8$) e grupo controle ($n = 14$; $M_{\text{idade}} = 37$; $DP = 10,1$). A intervenção consistiu na realização de 10 oficinas sobre o comer intuitivo, uma hora por semana, ao longo de 10 semanas, em grupos de 15 participantes ou menos. Cada sessão envolveu uma explicação didática sobre cada princípio do comer intuitivo, com discussões em grupo e atividades de tarefa de casa. O grupo controle não recebeu nenhum tipo de intervenção, somente respondeu aos instrumentos da pesquisa no pré-teste e 10 semanas de *follow-up*. Apesar de terem separado os grupos para comparação, ao final, todos os indivíduos foram reunidos em um grupo para uma avaliação, devido ao pequeno tamanho da amostra obtida ao final das 10 semanas (totalizando 26 indivíduos). Como resultado, houveram reduções significativas no IMC, comer externo e comer emocional. E aumento significativo para a permissão incondicional para comer, comer por razões físicas e não emocionais e confiança nos sinais de fome e saciedade (Cole *et al.*, 2020).

Burnette e Mazzeo (2020) desenvolveram um estudo quasi-experimental com mulheres universitárias, divididas em dois grupos: grupo de intervenção ($n = 40$; $M_{\text{idade}} = 20,20$; $DP = 1,83$) e grupo de autoajuda guiada (do inglês: *Guided Self-Help* - GSH) ($n = 31$; $M_{\text{idade}} = 20$; $DP = 2,21$). A intervenção consistiu na aplicação dos conceitos dos 10 princípios do comer intuitivo, com atividade em grupos ao longo de oito oficinas, com intervalo de uma semana entre elas, com duração de 1,5 horas cada. Os participantes do grupo de GSH receberam uma cópia impressa da apostila do comer intuitivo antes da primeira sessão e foram atribuídos 1–2 capítulo (s) de autoestudo semanal, consistente com o conteúdo similar àquele trabalho pelo grupo intervenção durante respectiva semana. Os participantes tinham ligações semanais de 20 minutos com um treinador, que conferia a conclusão do estudo dos

capítulos, perguntava sobre a utilidade relativa das atividades, respondia a perguntas e atribuía conteúdo para a próxima semana. Ambos os grupos responderam os instrumentos da pesquisa nos momentos pré-intervenção, pós-intervenção e 16 semanas de *follow-up*. Como resultado, ambas as condições (intervenção e GSH) apresentaram respectivamente eficácia: na redução de comportamento alimentares transtornados ($d = 1,25; 1,66$), insatisfação corporal ($d = 0,60; 1,41$), internalização do ideal de peso ($d = 0,41; 1,03$) e aumento da apreciação corporal ($d = 0,78; 1,30$), do comer intuitivo ($d = 1,43; 2,15$) e satisfação com a vida ($d = 1,11; 1,35$). As mudanças foram mantidas em 16 semanas de *follow-up* ($d = 0,85; 1,27$) (Burnette; Mazzeo, 2020).

Conforme observado pelas nove intervenções citadas por Babbott *et al.* (2023), diversas metodologias e medidas foram usadas para aplicar e avaliar o comer intuitivo e variáveis correlacionadas. Especificamente, os resultados mostraram reduções em comportamentos de risco para os transtornos alimentares e melhorias do comer intuitivo com duração em até seis meses de *follow-up*. Além disso, destaca-se que essas intervenções podem promover mudanças positivas em uma ampla variedade de variáveis que avaliam a saúde mental, bem como a qualidade de vida, a imagem corporal e a valorização corporal. Porém, nota-se diversidade nas formas de aplicação do conteúdo dos 10 princípios do comer intuitivo, o tipo de população, duração do protocolo e existência de facilitadores. Conforme citado por Babbott *et al.* (2023), mais estudos devem ser realizados para predizer quais elementos são mais eficazes em estudos dessa natureza.

Exemplificando, pesquisadores da área da imagem corporal e dos transtornos alimentares, demonstram que intervenções são mais eficazes quando possuem um maior número de sessões, ou seja, multisessões, e com maior número de participantes. Esse fato se dá principalmente pela oportunidade que os indivíduos têm de experimentar novas habilidades ao longo das semanas, com retorno ao grupo obtendo conselhos acerca das dificuldades encontradas (Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Stice; Shaw, 2004; Watson *et al.*, 2016). Além disso, a determinação de um público específico (por exemplo, jovens mulheres de 18 a 35 anos) também possui relação com a eficácia da intervenção, por ser adaptada para atender às necessidades e características únicas desses grupos, por meio da adequação da linguagem e do estilo de comunicação (Stice; Shaw; Marti, 2007).

Além disso, a metodologia utilizada (estratégias e abordagens) para aplicar o conteúdo a ser desenvolvido parece ter implicação prática na eficácia da intervenção, como aquelas menos interativas (ex.: psicoeducacionais) e mais interativas (ex.: baseadas em teorias de mudança comportamental) (Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Watson *et al.*, 2016). As

psicoeducações são aquelas que fornecem materiais educacionais sobre determinado tema por meio de alguns recursos (vídeos, folhetos e palestras), podendo ser apresentados individualmente ou em grupos (Barlow, 2004). Já as intervenções interativas são aquelas realizadas em pequenos grupos de indivíduos que apresentam um líder para direcionamento de discussões e atividades práticas sobre determinado tema e seus desdobramentos. Estudos demonstram maior eficácia de intervenções interativas em desfechos de saúde mental em comparação às intervenções educacionais. Principalmente quando são aplicadas junto a teorias consolidadas na literatura como forma de mudança de crenças e comportamentos em conjunto as interações sociais (Stice, Shaw, 2004; Tobler *et al.*, 2000; Stice; Shaw; Marti, 2007).

Um exemplo de intervenção interativa, com abordagem teórica na sua construção, trata-se daquelas baseadas na dissonância cognitiva (DC). A teoria da DC foi desenvolvida por Leon Festinger (1957) ao descrever o que acontece, no aspecto psicológico, com os indivíduos quando eles se deparam com uma discrepância entre suas cognições (como conhecimentos, opiniões ou crenças) e suas atitudes ou comportamentos. Em outras palavras, a DC considera que as cognições e as crenças dos indivíduos se antagonizam em determinado momento, ou seja, quando os indivíduos apresentam pensamentos acerca de algo, que é posteriormente experimentado desconfortavelmente por situações que são criadas, podem gerar dissonância, implicando em possível mudança de comportamento. Ou seja, consiste em um mecanismo capaz de modificar pensamentos e atitudes depois que as crenças foram confrontadas (Festinger, 1957).

Nas intervenções apresentadas, apenas uma (Smitham, 2009) citou ter bases teóricas por trás de seu desenvolvimento (Terapia Cognitivo-Comportamental, Terapia Interpessoal e Terapia Comportamental Dialética). Além disso, somente duas utilizaram ensaios clínicos controlados randomizados sem seus delineamentos de estudos (Loughran *et al.*, 2017; Young, 2010). Sendo esse desenho de estudo considerado o padrão ouro da medicina baseada em evidências na atualidade, atuando na investigação do efeito de uma ou mais intervenções em uma condição de saúde específica. Sendo sua principal vantagem a randomização aleatória dos indivíduos em grupos, diminuindo a chance de efeito "confundidor" e viés de seleção (Coutinho; Cunha, 2005; Jadad *et al.*, 1996).

Como escolha da amostra, os estudos foram bastante heterogêneos, sendo um estudo com amostra clínica, exigindo que os participantes atendessem aos critérios diagnósticos para transtorno da compulsão alimentar (Smitham, 2009). Por outro lado, três estudos afirmaram que aqueles que preenchiam os critérios diagnósticos para anorexia nervosa ou bulimia

nervosa não eram elegíveis para inclusão (Boucher *et al.*, 2016; Burnette; Mazzeo, 2020; Young, 2010). E dois estudos incorporaram somente indivíduos com IMC superior a 25 kg/m² (Cole *et al.*, 2019; Patel *et al.*, 2017). Além disso, a idade e o sexo dos participantes das intervenções foram variáveis, implicando no difícil controle e possível interpretação da eficácia das intervenções.

Em suma, os resultados encontrados nas intervenções sobre o comer intuitivo parecem promissores, mesmo considerando a diversidade de desfechos, metodologias, amostras e delineamentos. Ainda, no nosso melhor conhecimento, não há programas que investigaram o porquê o comer intuitivo teve melhoras, e isso seria possível através de avaliações dos mediadores que sucedem esse construto, como aqueles apresentados pelos modelos teóricos de aceitação do comer intuitivo. Portanto, além de explorar os 10 princípios do comer intuitivo, as buscas pelos intercessores dele são cruciais, para melhor compreender como esse modo adaptativo melhor se desenvolve nos indivíduos.

4 MÉTODOS

A presente seção descreve os procedimentos metodológicos que foram utilizados para atingir os objetivos estabelecidos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo possui caráter quantitativo, corresponde a um estudo com corte longitudinal e seguimento de doze meses, caracterizado, como um ensaio clínico controlado e randomizado, ou ainda, teste de eficácia de um desenho de intervenção, baseado na dissonância cognitiva e no comer intuitivo, no aumento do deste construto. Todos os procedimentos realizados seguiram as diretrizes do *Consolidated Standards of Reporting Trials* – CONSORT (Schulz *et al.*, 2015, ver APÊNDICE A). Para isso, foi realizada a randomização das participantes por meio do site www.randomization.org (1:1:1) em três grupos: grupo Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC), grupo Intervenção Educativa (IED) e grupo Controle Passivo (CP).

Foram comparados os efeitos da intervenção em relação à alocação dos grupos e aos tempos (momentos pré-intervenção, pós-intervenção, um mês, seis meses e doze meses), no intuito de verificar a eficácia do protocolo no aumento do comer intuitivo, apreciação corporal, aceitação corporal pelos outros, orientação interna do corpo e motivação funcional para o exercício físico, bem como redução dos fatores de risco para os transtornos alimentares (comer restritivo, emocional e descontrolado). Os pesquisadores responsáveis pelo desenvolvimento da intervenção consistiram em dois doutores e uma mestre nas áreas de interesse. Além disso, a pesquisadora responsável pela condução dos encontros tinha como formação base o bacharelado em nutrição e expertise em comer intuitivo.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, pelo número do parecer: 5.869.779 e CAAE: 66556323.9.0000.5147 (ANEXO A). Além disso, o ensaio clínico foi submetido e aprovado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) sob o link: <https://ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-4cpcf7q>.

As participantes foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos a serem realizados, bem como o caráter voluntário, dando assim anuência em participar de maneira voluntária, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; ANEXO B).

4.3 PARTICIPANTES

Para obter uma amostra significativa foi utilizado cálculo no software GPower versão 3.1.9.7, adotando como critérios identificar o número de participantes necessárias foi adotado como critérios (a priori): (a) a execução de teste de ANOVA de medidas repetidas com efeito misto, (b) α igual a 0,05, (c) poder esperado de 80% e (d) tamanho do efeito - menor valor de tamanho de efeito observado no estudo de Young (2020) igual a 0,65 para comportamento de dieta. O valor d de *Cohen* foi traduzido para efeito $f = 0,325$. Foi considerada a existência de três grupos (IDC, IED e CP), e medidas repetidas (cinco momentos), com uma correlação entre medidas repetidas igual a 0,50. Utilizando esses parâmetros, foi identificado um número amostral de 60 participantes.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas na pesquisa jovens mulheres brasileiras, entre 18 e 35 anos de idade, de qualquer cor, raça ou etnia, regularmente matriculadas em Instituições do Ensino Superior (IES), que se voluntariaram a participar da pesquisa, após a explicação dos objetivos e procedimentos, bem como a leitura do TCLE e sua assinatura.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas da amostra as participantes que indicaram diagnóstico prévio de transtorno alimentar e condições de saúde que implicam no consumo regular de alimentos, como alergias e intolerâncias alimentares, síndromes e doenças gastrointestinais (por exemplo: diverticulite, doença inflamatória intestinal, síndrome do intestino irritável) (autorrelatado na coleta de dados). Foram ainda excluídas aquelas que porventura solicitaram encerramento de sua participação, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida, e ainda aquelas que solicitaram expressamente a não utilização de seus dados.

4.4 PROCEDIMENTOS

Inicialmente, as participantes foram convidadas por meio de divulgação do projeto de pesquisa e também pelas redes sociais para participarem do piloto de intervenção. Para tanto, foram distribuídos cartazes e folders, além de convite verbal em salas de aula, nos quais estavam sugeridos possíveis horários para os encontros (APÊNDICE B). Foi disponibilizado campo de preenchimento destinado a sugestões de horários, solicitando também nome, contato e a demonstração de interesse em participar do projeto. Estes dados foram utilizados exclusivamente para controle do pesquisador. Não sendo divulgado em momento algum.

Ressalta-se que para todas as etapas da pesquisa, as participantes realizaram a leitura e o preenchimento do TCLE. Ao final do processo de divulgação, a pesquisadora entrou em contato com as voluntárias via telefone ou e-mail, visando marcar uma reunião com todas as interessadas para esclarecer detalhes sobre a pesquisa, bem como realizar a primeira coleta dos dados (*baseline*).

As sessões do programa foram realizadas pela pesquisadora em salas de aula que possuíam quadro branco, situadas na sede da Universidade Federal de Juiz de Fora, *campus* Governador Valadares (UFJF-GV). As salas foram reservadas junto à direção da instituição logo após a definição dos melhores dias e horários para condução das atividades e divulgadas às participantes.

Após a explicação dos procedimentos de pesquisa, riscos e benefícios, as participantes receberam o TCLE, que depois de lido foi assinado por aquelas que demonstraram interesse em participar voluntariamente da pesquisa. Este momento foi considerado pré-teste ou pré-intervenção (*baseline*), pois após assinatura do TCLE as voluntárias responderam a um conjunto de instrumentos de autorrelato, descritos a seguir. Aplicados os critérios de exclusão, as participantes restantes foram aleatorizadas por meio do site www.randomization.org, sendo designadas para o grupo IDC, IED ou grupo CP.

4.4.1 Grupo Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC)

As participantes incluídas no grupo IDC participaram em seis sessões de intervenção com duração de 60 minutos e intervalo de uma semana entre as mesmas. Essas atividades ocorreram em pequenos grupos de quatro a dez pessoas por sessão, em salas de aula da UFJF-GV, em dias e horários previamente agendados. As sessões tinham como características centrais: interação entre as participantes sob a liderança da pesquisadora responsável,

discussões, atividades verbais e comportamentais sobre os tópicos das sessões, além de atividades para casa. Reitera-se que a dissonância cognitiva foi aplicada em todos os momentos.

O protocolo utilizado para a realização da intervenção foi desenvolvido conforme as bases teóricas utilizadas na abordagem do comer intuitivo. A saber: a) os 10 princípios do comer intuitivo (Tribole; Resch, 1995; 2020), b) modelos teóricos que explicam como o fenômeno acontece, ou seja, o motivo pelo qual os indivíduos comem intuitivamente (Augustus-Horvath; Tylka, 2011; Avalos; Tylka, 2006; Tylka; Homan, 2015), c) livro com exercícios práticos sobre o comer intuitivo, que oferece amplas atividades baseadas em evidências para auxiliar a superar a mentalidade de dieta, a prestar atenção aos sinais internos de fome, parar de comer quando estiver saciado e promover a profunda conexão que deve existir entre a mente e seu corpo (Tribole; Resch, 2022). O objetivo de cada sessão e seu conteúdo podem ser visualizados no Quadro 2 e o protocolo final da intervenção consta no APÊNDICE C, juntamente com o caderno de atividades para casa (APÊNDICE D).

Quadro 2 – Objetivos e tópicos da intervenção do comer intuitivo

Sessão 1

Objetivo: gerar uma visão geral e introduzir as participantes nas regras e expectativa do grupo. A sessão é amplamente interativa, com discussões sobre a definição e a origem dos ideais de aparência, e os custos associados à busca deste ideal. A importância da participação e de completar os exercícios de casa também é enfatizada.

Tópicos: I. Introdução; II. Comprometimento voluntário e visão geral; III. Definição e origem dos ideais de aparência; IV. Custos associados à busca pelos ideais de aparência; V. Atividades para após a sessão (Tarefas para casa): a) carta a uma adolescente; b) exercício do espelho.

Sessão 2

Objetivo: Gerar uma visão geral sobre as práticas de dietas e mentalidade de dieta. Com discussões sobre esta mentalidade e prática e os custos associados. A importância da participação e de completar os exercícios de casa também é enfatizada.

Tópicos: I. Reforçando o comprometimento voluntário; II. Registro e discussão da carta; III. Discussão sobre o exercício do espelho; IV. Introdução sobre a cultura das dietas; V- Custos associados à mentalidade de dietas; VI. Atividades para após a sessão (Tarefas para casa): a) carta-resposta; b) quadro histórico de dietas.

Sessão 3

Objetivo: Gerar discussões voltadas para fazer as pazes com a comida e policial alimentar. A importância da participação e de completar os exercícios de casa também é enfatizada.

Tópicos: I. Reforçando o comprometimento voluntário; II. Discussão sobre a carta-resposta; III. Discussão sobre o quadro de dietas; IV. Discussão sobre fazer as pazes com a comida; V. Dramatizações para encorajar a melhor relação com os alimentos; VI. Atividade de reflexão sobre o policial alimentar; VII. Atividades para após a sessão (Tarefas para casa): a) lista de medos; b) autodesafio.

Sessão 4

Objetivo: Gerar discussões voltadas para a percepção das sensações de fome, saciedade e satisfação. A importância da participação e de completar os exercícios de casa também é enfatizada.

Tópicos: I. Reforçando o comprometimento voluntário; II. Discussão sobre a lista de alguns medos; III. Discussão sobre o autodesafio; IV. Se (re)conectando a fome e a saciedade; V. Percebendo a satisfação; VI. Atividades para após a sessão (tarefas para casa): diário da descoberta da fome, saciedade e satisfação.

Sessão 5

Objetivo: Gerar discussões voltadas para lidar com as emoções com compaixão. A importância da participação e de completar os exercícios de casa também é enfatizada.

Tópicos: I. Reforçando o comprometimento voluntário; II. Discussão sobre diário da escala de fome, saciedade e satisfação; III. Discussão sobre impacto das emoções no comer; IV. Leitura de comportamentos alternativos não utilizando a comida para lidar com emoções; V. Atividades para após a sessão (tarefas para casa): a) diário da descoberta da fome, saciedade e satisfação; b) lidar com emoções sem utilizar a comida.

Sessão 6

Objetivo: Gerar discussões voltadas para o respeito ao corpo, honrar a saúde. Sessão de encerramento.

Tópicos: I. Reforçando o comprometimento voluntário; II. Discussão sobre lidar com as emoções sem utilizar a comida; III. Discussão sobre diário da escala de descoberta da fome, saciedade e satisfação; IV. Afirmações de respeito ao corpo; V. Reflexão sobre saúde; VI. Encerramento

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

4.4.2 Grupo Intervenção Educativa (IED)

O grupo IED recebeu materiais educativos semanalmente sobre o tema abordado pelo grupo IDC na semana em questão, e também participou das coletas de dados que foram realizadas antes do início dos grupos de intervenção e ao longo do seguimento de 12 meses. Ressalta-se que este grupo não realizou atividades propostas para casa e foi solicitado que após a leitura de cada material encaminhado fosse enviado um retorno afirmando ter lido o conteúdo. O material pode ser observado no APÊNDICE E.

4.4.3 Grupo Controle Passivo (CP)

O grupo CP participou somente das coletas de dados previstas nos mesmos momentos dos demais grupos (IDC e IED) sem nenhum tipo de atividade, portanto, passivo.

4.4.4 Adesão e Frequência

Para garantir a adesão das participantes ao longo do estudo, foram estabelecidos critérios mínimos de participação em ambos os grupos. No grupo IDC, as voluntárias deveriam comparecer a pelo menos quatro sessões programadas, além de terem a possibilidade de participar de reuniões de revisão, que funcionaram como estratégia de reforço do conteúdo e de manutenção do engajamento. Já no grupo IED, a adesão foi monitorada pelo registro da leitura de quatro materiais disponibilizados, os quais deveriam ser acusados como lidos pelas participantes. Dessa forma, buscou-se assegurar uma exposição mínima às estratégias propostas em cada grupo, favorecendo a validade interna do estudo e reduzindo o risco de viés decorrente de perdas amostrais ou baixa frequência.

4.5 INSTRUMENTOS

Todos os instrumentos utilizados na coleta de dados da pesquisa estão detalhados abaixo.

4.5.1 Questionário sociodemográfico e de saúde

Composto por questões autorreferidas (ANEXO C), como: a) diagnóstico clínico ou não de transtornos alimentares e condições de saúde que impliquem no consumo regular de

alimentos; b) idade; c) raça/etnia; d) sexo atribuído no nascimento; e) identidade de gênero; f) orientação sexual; g) massa corporal; h) altura; i) renda e j) insatisfação com o corpo, com a quantidade de músculos e com a quantidade de gordura do corpo (respondidas em uma escala do tipo likert de 1 a 10 pontos).

O IMC foi calculado por meio da massa corporal (quilogramas) dividida pela altura ao quadrado (metros), seguindo a fórmula recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995). Serão utilizadas categorias oficiais de raça/etnia do censo brasileiro (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

4.5.2 Comer intuitivo

O comer intuitivo, foi avaliado por meio da *Intuitive Eating Scale-2* (IES-2; Saunders *et al.*, 2018), replicada para amostra brasileira, em ambos os sexos (Perez *et al.*, 2024; ANEXO D). É importante mencionar que a estrutura fatorial da IES-2 tem se mostrado instável em diversos estudos, motivo pelo qual será utilizada a versão validada por Perez *et al.* (2024) que se mostrou adequada tanto para brasileiros quanto americanos. Essa versão apresenta 11 afirmações que serão respondidas em escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = neutro, 4 = concordo e 5 = concordo totalmente); e produz pontuações em três subescalas e um escore geral. A saber: comer por razões físicas e não emocionais (EPRER - *Eating for Physical Rather than Emotional Reasons*), respeitar os sinais de fome e saciedade (RHSC - *Reliance on Hunger and Satiety Cues*) e congruência pela escolha de alimentos para corpo (BFCC - *Body-Food Choice Congruence*). O escore total do comer intuitivo pode variar de 11 a 55, quanto maior for a pontuação, maior é o nível de comer intuitivo. Escore separado para cada subescala também pode ser obtido. Neste caso, é necessário realizar a soma dos escores obtidos para cada item que compõe cada subescala. A consistência interna replicada para amostra brasileira de Perez *et al.* (2024) foi adequada para todas as subescalas, a saber: EPRER (Ômega de McDonald [ω] = 0,91 [IC 95% = 0,90 – 0,92]), RHS (ω = 0,87 [IC 95% = 0,85 – 0,89]) e BFCC (ω = 0,87 [IC 95% = 0,85 – 0,89]) (Perez *et al.*, 2024); adequada evidência de validade de constructo, bem como invariância entre sexos (ou seja, masculino e feminino) e orientações sexuais (ou seja, heterossexuais e não heterossexuais) (Perez *et al.*, 2024). No presente estudo a consistência interna (ω) do comer intuitivo total apresentou valores adequados em todos os momentos (ω = 0,82 a 0,91). Assim como das subescalas EPRER (ω = 0,83 a 0,88), RHSC (ω = 0,81 a 0,90) e BFCC (ω = 0,82 a 0,91).

4.5.3 Aceitação corporal por outros

A aceitação corporal por outros foi avaliada por meio da *Body Acceptance by Others* (Silva, 2023; ANEXO E), que apresenta 13 afirmações que foram respondidas em escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente e 5 = sempre). O escore total pode variar de 13 a 65, indicando que quanto maior o escore, maior é a aceitação corporal por outros (Silva, 2022). A consistência interna da aceitação corporal pelos outros ($\alpha = 0,95$) pelo estudo de Silva (2023) apresentou valores adequados para o escore total em mulheres. Assim como, adequadas evidências de validade fatorial e convergente. No presente estudo, a consistência interna (ω) da aceitação corporal pelos outros apresentou valores adequados em todos os momentos ($\omega = 0,96$ a $0,97$).

4.5.4 Orientação interna do corpo

A orientação interna do corpo foi analisada por meio da *Functionality Appreciation Scale* (FAS; Faria *et al.*, 2020; ANEXO F), na qual consiste em sete afirmações que serão respondidas em escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = neutro, 4 = concordo e 5 = concordo totalmente). O escore do instrumento pode variar de 7 a 35, no qual, quanto maior a pontuação, maior o nível de funcionalidade corporal (Farias *et al.*, 2020). A consistência interna da FAS pelo estudo de Farias *et al.* (2020) mostrou-se adequada ($\alpha = 0,90$), e com adequada validade fatorial e convergente para jovens adultos brasileiros de ambos os sexos (Farias *et al.*, 2020). No presente estudo, a consistência interna (ω) da orientação interna do corpo apresentou valores adequados em todos os momentos ($\omega = 0,90$ a $0,94$).

4.5.5 Motivação para a prática de exercício físico

A motivação para a prática de exercício físico foi avaliada por meio da *Motives for Physical Activity Measure-Revised* (MPAM-R; Albuquerque *et al.*, 2017; ANEXO G), a qual apresenta 26 afirmativas que serão respondidas em escala do tipo *Likert* de 1 (pouco verdadeira) a 7 (muito verdadeira). A escala apresenta as seguintes subescalas, conforme a motivação para a prática de atividade física: saúde, prazer, competência, aparência, condicionamento físico e sociabilidade. A pontuação varia conforme a carga fatorial de cada item, ou seja, os itens da escala com maiores cargas fatoriais têm maior peso na pontuação

final da escala, enquanto que os itens com menor carga fatorial têm menos peso na pontuação final da escala. Portanto, para isso, deve-se considerar as subescalas e o cálculo de cada uma.

Na presente pesquisa, optou-se pela aplicação das subescalas “Aparência” e “Saúde”. O cálculo de cada subescala é feito da seguinte forma: a) Aparência - $[(Q4 * 0,13) + (Q8 * 0,19) + (Q14 * 0,21) + (Q17 * 0,19) + (Q21 * 0,13) + (Q23 * 0,15)]$; b) Saúde - $[(Q10 * 0,18) + (Q13 * 0,27) + (Q16 * 0,27) + (Q20 * 0,28)]$. A consistência interna da MPAM-R no estudo de Albuquerque *et al.* (2017) mostrou-se adequada ($\alpha = 0,76$ a $0,92$) e com adequados indícios de validade de constructo para jovens adultos brasileiros de ambos os sexos (Albuquerque *et al.*, 2017). No presente estudo, a consistência interna (ω) da motivação para aparência e para saúde para o exercício físico apresentou valores adequados em todos os momentos ($\omega = 0,84$ a $0,89$ e $\omega = 0,88$ a $0,91$; respectivamente).

4.5.6 Apreciação corporal

A apreciação corporal foi analisada por meio da *Body Appreciation Scale-2* (BAS-2; Junqueira *et al.*, 2019; ANEXO H). A escala possui 10 itens, estrutura unidimensional, e é respondida utilizando escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente e 5 = sempre). O escore total é dado pelo somatório dos pontos, podendo variar de 10 a 50. Quanto maior for, maior é a apreciação corporal das participantes. A consistência interna da BAS-2 no estudo de Junqueira *et al.* (2019) mostrou-se adequada ($\omega \geq 0,86$) e com adequados indícios de validade de constructo para jovens adultos brasileiros de ambos os sexos (Junqueira *et al.*, 2019). No presente estudo, a consistência interna (ω) da apreciação corporal apresentou valores adequados em todos os momentos ($\omega = 0,95$ a $0,96$).

4.5.7 Comer restritivo cognitivo, comer descontrolado e comer emocional

Os distintos comportamentos alimentares foram avaliados por meio do *Three-Factor Eating Questionnaire-18* (TFEQ-18; Martins *et al.*, 2021; ANEXO J). O instrumento é composto por 18 itens divididos em três fatores: comer restritivo cognitivo, comer descontrolado e comer emocional, no qual apresenta 17 itens respondidos em uma escala do tipo *Likert* de 1 a 4 pontos (variando, portanto, de 14 a 68 pontos), e um item (1 a 8 pontos) que serão respondidos de acordo com cada afirmativa e frequência do comportamento realizado (Martins *et al.*, 2020). O TFEQ-18 no estudo de Martins *et al.* (2021) mostrou-se adequada consistência interna ($\alpha = 0,86$ – $0,89$), bem como adequados indícios de validade de

constructo para jovens adultos brasileiros de ambos os sexos (Martins *et al.*, 2020). No presente estudo a consistência interna (ω) do comer restritivo cognitivo, comer descontrolado e comer emocional apresentaram valores adequados em todos os momentos ($\omega = 0,74$ a $0,82$; $\omega = 0,83$ a $0,91$; $\omega = 0,88$ a $0,91$; respectivamente).

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Primordialmente, o conjunto de dados dos três grupos (IDC, IED e CP) nos cinco momentos da pesquisa (*baseline*, pós-intervenção, quatro semanas, 24 e 48 semanas de *follow-up*) foram tabulados utilizando o software *Microsoft Excel*®, versão 16.0, com entrada dupla. Os dados foram transpostos para o *software Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (IBM Versão 21.0), sendo realizada a avaliação da distribuição dos dados, por meio do teste *Shapiro Wilk*, bem como a inspeção adequada de assimetria ($Sk < 3$) e curtose ($Ku < 7$).

Foi realizada estatística descritiva das variáveis sob investigação, por meio de média, desvios padrão, valores mínimos e máximos, para todos os grupos. E para garantir o pareamento entre o IDC, IED e CP, análises de associação e comparação foram conduzidas para todas as variáveis. Para analisar a diferença de proporções entre as variáveis categóricas, foi utilizado o teste de qui-quadrado (χ^2). Para comparação entre as variáveis discretas e contínuas dos grupos, a Análise de Variância (ANOVA) de amostras independentes foi utilizada.

A análise por intenção de tratar foi realizada por meio do módulo de modelos mistos do *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (IBM Versão 21.0) para comparar os três grupos e cada variável dependente ao longo do tempo. Para estimar o modelo, foi utilizado o método de máxima verossimilhança para lidar com todos os dados faltantes (Singer; Willett, 2003). Os preditores em cada modelo foram o tempo, os grupos (IDC, IED e CP) e a interação entre o grupo e o tempo. O melhor ajustamento para o modelo foi selecionado com base no *Bayesian Information Criteria* e *Akaike Information Criteria* (Bautista; Pavlakis; Rajagopal, 2018). Em todos os modelos, uma interceptação aleatória dos sujeitos foi adicionada e a variância dos componentes da estrutura de correlação foi utilizada.

O efeito prático (tamanho de efeito) foi avaliado por meio do *d* de Cohen. Considerando os seguintes valores, com suas respectivas classificações: 0,20-0,49 (pequeno), 0,50-0,79 (médio) e acima de 0,80 (grande), conforme proposto por Cohen (1992). Para avaliar a consistência interna dos instrumentos e de seus respectivos fatores, foi utilizado o

coeficiente Ômega de McDonald (ω). Valores de ω superiores a 0,70 foram considerados adequados (Reise; Bonifay; Haviland, 2013). Para o cálculo da consistência interna utilizou-se o software JASP v. 0.19.1 (Equipe JASP, 2019; Universidade de Amsterdã, Holanda). Para todos os testes foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

5 RESULTADOS

Os resultados do trabalho estão divididos conforme os objetivos propostos: análises descritivas e caracterização da amostra, taxa de retenção e efeitos da intervenção.

5.1 ANÁLISES DESCRITIVAS E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A Tabela 1 descreve os resultados descritivos, com o objetivo de caracterizar a amostra, conforme aspectos sociodemográficos e nível de insatisfação com a gordura, a musculatura e o corpo como um todo.

Um total de 239 universitárias preencheram o *baseline*, ou seja, o pré-teste, destas 129 foram excluídas por não atingirem os critérios de elegibilidade (conforme pode ser observado no flowchart na Figura 9), resultando assim em 110 jovens aptas a participar da pesquisa. A mediana da amostra total em relação à idade consistiu em 21 anos (IQR = 4) e de IMC em 22,40 kg/m² (IQR = 4,22).

Após a randomização dos grupos (IDC, IED, CP), notou-se não haver diferenças estatisticamente significativas quanto à idade, IMC, insatisfação com o corpo, com a musculatura e gordura, cor/raça, gênero, orientação sexual e estado civil, indicando assim, adequado pareamento entre os grupos, ver Tabela 1.

5.2 TAXA DE RETENÇÃO

Para calcular a taxa de retenção da intervenção, foram consideradas as perdas de participantes ao longo das etapas da pesquisa, conforme ilustrado na Figura 9. No início, 36 participantes foram incluídas no IDC e responderam ao protocolo no *baseline*. Dentre elas, 35 completaram a intervenção, o que corresponde a uma taxa de retenção de 97,23%. No acompanhamento de quatro semanas, 26 participantes do IDC responderam aos questionários, totalizando a taxa de retenção de 72,23% (n = 26). Já no seguimento de 24 semanas, a taxa subiu para 75% (n = 27) e ao final, em 48 semanas, alcançou 77,78% (n = 28) de retenção.

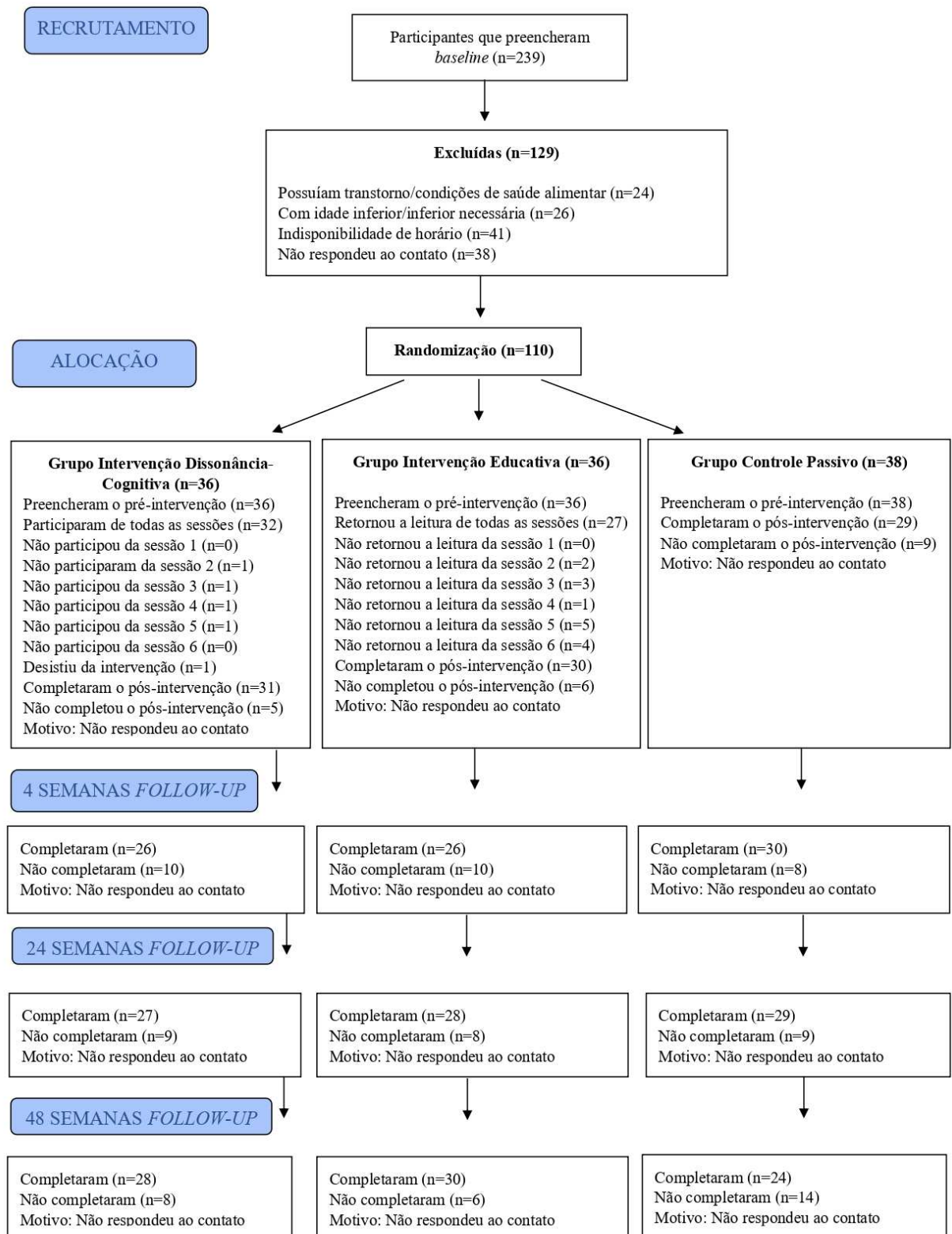
Tabela 1 – Análises descritivas dos dados sociodemográficos, insatisfação com o corpo, com a musculatura e gordura divididas entre os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP).

Variáveis	IDC (n = 36)	IED (n = 36)	GCP (n = 38)	χ^2 ou <i>H</i> tests	Effect size (<i>d</i> de Cohen or <i>V</i> de Cramer)
Idade¹	21 (3,25)	21 (3,00)	21 (4,00)	$H = 0,07$ $p = 0,965$	-0,018
IMC¹	23,30 (3,69)	22,92 (4,19)	22,02(4,12)	$H = 2,20$ $p = 0,333$	0,087
Insatisfação com o corpo¹	6,00 (3,50)	5,00 (4,25)	5,50 (4,00)	$H = 1,84$ $p = 0,397$	0,077
Insatisfação com a gordura¹	6,72 (4,50)	5,50 (6,25)	6,00 (6,75)	$H = 3,30$ $p = 0,191$	0,222
Insatisfação com a muscularidade¹	6,00 (3,00)	5,00 (1,00)	5,00 (1,00)	$H = 0,85$ $p = 0,652$	0,208
Cor/Raça²					
Branca	17 (15,50)	14 (12,72)	23 (20,90)	$\chi^2 (1) = 3,53$	0,179
Outras*	19 (17,28)	22 (20,00)	15 (13,60)	$p = 0,171$	
Gênero²					
Cisgênero	31 (28,00)	32 (29,00)	30 (27,30)	$\chi^2 (1) = 1,49$	0,117
Prefere não responder	5 (4,54)	4 (5,56)	8 (5,60)	$p = 0,473$	
Orientação Sexual²					
Heterossexual	31 (28,20)	33 (31,10)	31 (28,18)	$\chi^2 (1) = 1,60$	0,121
Outras ^{&}	5 (4,54)	3 (2,8)	7 (5,18)	$p = 0,449$	
Estado Civil²					
Namorando/relacionamento estável	13 (11,81)	9 (8,18)	9 (9,09)	$\chi^2 (2) = 1,76$	0,090
Solteira	18 (16,36)	22 (20)	24 (21,81)	$p = 0,778$	
Outros	5 (4,54)	5 (4,58)	5 (3,63)		

Legenda: ¹ Resultado expresso em mediana e intervalo interquartilico - M_d (IQR); ² Resultado expresso em frequência absoluta e relativa - N (%); χ^2 : Teste qui-quadrado; H tests: Kruskal-Wallis; p : valor de probabilidade; V de Cramer: tamanho de efeito para as variáveis categóricas; d de Cohen: tamanho de efeito para as variáveis numéricas; outras* (amarela, branca, parda, preta); outras[&] (assexual, bissexual, heterossexual, lésbica, queer, prefere não responder); outros[@] (casada, divorciada).

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 9 - Diagrama do CONSORT detalhando o fluxo de participantes da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

No que concerne o IED iniciou com 36 participantes, havendo a perda de nove participantes que não retornaram a leitura de todas as sessões (taxa de retenção = 75%), entretanto, 30 participantes completaram o pós-intervenção, resultando em uma taxa de retenção de 83,33%. Durante o seguimento de quatro semanas, o grupo apresentou maior proporção de perdas, com uma taxa final de retenção de 72,23% ($n = 26$). Durante o seguimento de 24 e 48 semanas, o grupo apresentou diminuição de perdas, com uma taxa final de retenção de 78,78% ($n = 28$) e 83,34% ($n = 30$), respectivamente.

Por sua vez, o CP iniciou com 38 participantes, das quais oito foram perdidas até o momento pós-intervenção, resultando em uma taxa de retenção de 78,94%. Nas avaliações subsequentes, realizadas quatro, 24 e 48 semanas, observou-se taxa de retenção de 68,42% ($n = 26$), 73,68% ($n = 28$) e 63,15% ($n = 24$), respectivamente.

Ao avaliar a comparação da taxa de respostas entre os grupos nos momentos da pesquisa, não houve diferenças quanto à frequência de participantes que interromperam as avaliações entre aqueles alocados nos grupos em quatro semanas (IDC e IED = $\chi^2 (1) = 1$; $p = 1,00$; IDC e CP = $\chi^2 (1) = 0,453$; $p = 0,50$; IED e CP = $\chi^2 (1) = 0,453$; $p = 0,50$). Assim como em 24 semanas (IDC e IED = $\chi^2 (1) = 0,077$; $p = 0,78$; IDC e CP = $\chi^2 (1) = 0,017$; $p = 0,89$; IED e CP = $\chi^2 (1) = 0,027$; $p = 0,86$). E, 48 semanas (IDC e IED = $\chi^2 (1) = 0,355$; $p = 0,55$; IDC e CP = $\chi^2 (1) = 1,88$; $p = 0,16$; IED e CP = $\chi^2 (1) = 3,84$; $p = 0,05$).

5.3 EFEITOS DA INTERVENÇÃO

A Tabela 2 apresenta as médias marginais estimadas para cada variável analisada, desde o momento baseline até às 48 semanas de *follow-up*, para todos os grupos (IDC – intervenção dissonância cognitiva; IED – intervenção educativa; CP – controle passivo). Além disso, o tamanho de efeito foi calculado, por meio do d de Cohen e pode ser observado na Tabela 3.

5.3.1 Comer Intuitivo

Os resultados do comer intuitivo (IES-2), demonstraram efeito significativo do tempo ($b = -0,02$; $t = -4,14$; $p < 0,001$), da interação do grupo IDC x tempo ($b = 0,04$; $t = 7,20$; $p < 0,001$) e grupo IED x tempo ($b = 0,02$; $t = 3,34$; $p = 0,001$). Os resultados dos escores da IES-2 indicaram aumento significativo do comer intuitivo nas mulheres participantes do grupo

IDC em comparação aos grupos IED e CP, no momento de quatro semanas, 24 semanas e 48 semanas de *follow-ups* (Tabela 2 e Figura 10). Com tamanho de efeito variando de d de Cohen (d) = 0,64 a 2,07, conforme Tabela 3.

Análises separadas das três subescalas da IES-2 também foram realizadas. Para a subescala EPRER (“comer por razões físicas e não emocionais”) foi observado efeito significativo do tempo ($b = -0,01$; $t = -6,89$; $p < 0,001$), da interação grupo IDC x tempo ($b = 0,02$; $t = 11,59$; $p < 0,001$) e grupo IED x tempo ($b = 0,01$; $t = 5,68$; $p < 0,001$). Para a subescala RHSC (“respeito aos sinais de fome e saciedade”), observou-se efeito significativo da interação grupo IDC x tempo ($b = 0,03$; $t = 4,39$; $p < 0,001$) e para a subescala BFCC (“congruência pela escolha de alimentos para corpo”) observou-se efeito significativo da interação grupo IDC x tempo ($b = 0,01$; $t = 2,70$; $p < 0,01$).

Aumentos significativos dos escores da subescala EPRER (“comer por razões físicas e não emocionais”) podem ser observados na comparação aos grupos IDC e CP em 24 e 48 semanas de *follow-ups* ($d = 1,43$ – $1,96$), ver Tabela 2 e Figura 11. Assim como para os grupos IDC e IED em 48 semanas de *follow-up* ($d = 0,91$, Tabela 3). Para a subescala RHSC (“respeito aos sinais de fome e saciedade”), houve aumento significativo nas mulheres participantes do grupo IDC em comparação aos grupos IED e CP em quatro, 24 e 48 semanas *follow-ups* ($d = 0,32$ – $1,45$), conforme Tabela 2 e Figura 12. Em consonância, a subescala BFCC (“congruência pela escolha de alimentos para corpo”) observou-se aumento significativo do grupo IDC comparado aos grupos IED e CP em quatro, 24 e 48 semanas *follow-ups* ($d = 0,64$ – $1,64$), ver Tabela 2 e Figura 13.

5.3.2 Apreciação Corporal

Em relação a apreciação corporal foi possível observar efeito significativo do tempo ($b = -0,01$; $t = -2,65$; $p < 0,01$), da interação grupo IDC x tempo ($b = 0,02$; $t = 3,62$; $p < 0,001$) e grupo IED x tempo ($b = 0,01$; $t = 2,23$; $p < 0,05$). Os resultados da apreciação corporal, revelaram aumento significativo em mulheres alocadas no grupo IDC em comparação àquelas no grupo CP no momento pós-intervenção, quatro, 24 e 48 semanas *follow-ups* ($d = 0,62$ – $1,34$). Já para o IED, o grupo IDC demonstrou aumento em 24 e 48 semanas *follow-ups*, ver Tabela 2 e Figura 14 ($d = 0,55$ – $0,65$).

5.3.3 Aceitação Corporal por Outros

No que se refere à aceitação corporal pelos outros, observou-se efeito significativo do tempo ($b = -0,02$; $t = -4,30$; $p < 0,001$), da interação grupo IDC x tempo ($b = 0,03$; $t = 4,94$; $p < 0,001$) e grupo IED x tempo ($b = 0,01$; $t = 3,10$; $p < 0,01$). Verificou-se o aumento significativo nos escores da BAOS nas mulheres que participaram da intervenção comparado ao grupo CP, nos momentos de 24 e 48 semanas de *follow-ups* ($d = 0,91-1,21$). Para o IED, o IEC demonstrou aumento em 48 semanas de *follow-up* ($d = 0,53$), ver Tabela 2 e Figura 15.

5.3.4 Orientação Interna do Corpo

Os resultados da orientação interna do corpo demonstraram efeito significativo em relação ao tempo ($b = -0,00$; $t = -2,38$; $p = 0,01$). Os escores indicaram aumento significativo dos escores da FAS nas mulheres participantes do grupo IDC em comparação ao grupo CP no pós-intervenção, quatro, 24 e 48 semanas de *follow-ups* ($d = 0,67-1,51$). Para o grupo IED, o grupo IDC apresentou aumento significativo em quatro, 24 e 48 semanas de *follow-ups* ($d = 0,56-0,81$), ver Tabela 2 e Figura 16.

5.3.5 Motivação Saúde e Aparência para a prática de Exercício Físico

Em relação à motivação por saúde para a prática de exercício físico, foi possível observar efeito significativo em relação ao grupo IDC ($b = 0,57$; $t = 2,26$; $p < 0,05$). Especificamente, os resultados revelaram aumento significativo em mulheres alocadas no grupo IDC em comparação ao grupo CP no pós-intervenção, quatro e 24 semanas de *follow-ups* ($d = 0,52-0,70$). Para o grupo IED, o grupo IDC teve aumento significativo em 24 e 48 semanas de *follow-ups* ($d = 0,60-0,63$), ver Tabela 2 e Figura 17.

Ao analisar os efeitos para a motivação por aparência para a prática de exercício físico MPAM (subescala aparência), não foi observado efeito significativo da interação grupo e grupo x tempo. E não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos, ver Tabela 2 e Figura 18.

5.3.6 Comer Restritivo Cognitivo

O comer restritivo cognitivo demonstrou efeito significativo do tempo ($b = 0,01$; $t = 3,54$; $p < 0,001$), da interação grupo IDC x tempo ($b = -0,04$; $t = -5,44$; $p < 0,001$) e da interação grupo IED e tempo ($b = -0,01$; $t = -2,10$; $p < 0,05$). Os escores indicaram redução

significativa nas mulheres participantes do grupo IDC em comparação ao grupo CP no pós-intervenção, quatro, 24 e 48 semanas de *follow-ups* ($d = 0,76-2,18$). Para o grupo IED, o grupo IDC reduziu significativamente em quatro, 24 e 48 semanas de *follow-ups* ($d = 1,05-2,18$), ver Tabela 2 e Figura 19.

5.3.7 Comer Emocional

Os resultados do comer emocional demonstraram efeito significativo do tempo ($b = 0,01$; $t = 2,79$; $p < 0,01$), da interação do grupo IDC x tempo ($b = -0,02$; $t = -4,63$; $p < 0,001$) e interação do grupo IED x tempo ($b = -0,01$; $t = -2,76$; $p < 0,01$). Os escores indicaram redução significativa nas mulheres participantes do grupo IDC em comparação ao grupo CP em 24 e 48 semanas de *follow-up* ($d = 0,64-1,64$), ver Tabela 2 e Figura 20.

5.3.8 Comer Descontrolado

O comer descontrolado demonstrou efeito significativo do tempo ($b = 0,00$; $t = 4,15$; $p < 0,001$), da interação grupo IDC x tempo ($b = -0,02$; $t = -6,43$; $p < 0,001$). Verificou-se a redução significativa nas mulheres que participaram da intervenção em relação ao grupo CP em 24 e 48 semanas de *follow-ups* ($d = 0,86-1,86$). Para o grupo IED, o DC reduziu significativamente em 48 semanas de *follow-up* ($d = 1,86$), ver Tabela 2 e Figura 20.

Tabela 2 – Médias marginais estimadas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP).

INSTRUMENTO	Baseline Média (EP)			Pós-intervenção Média (EP)			4 semanas <i>follow-up</i> Média (EP)			24 semanas <i>follow-up</i> Média (EP)			48 semanas <i>follow-up</i> Média (EP)		
	IDC	IED	CP	IDC	IED	CP	IDC	IED	CP	IDC	IED	CP	IDC	IED	CP
S															
IES-2	37,21 (0,86)	36,20 (0,85)	37,48 (0,86)	38,37 (0,75)	36,29 (0,75)	36,64 (0,75)	39,22 (0,70) ^{a**}	36,35 (0,69) ^b	36,03 (0,70) ^b	43,48 (0,83) ^{a***}	36,64 (0,80) ^b	32,98 (0,86) ^c	48,59 (1,48) ^{a***}	37,00 (1,43) ^b	29,31 (1,57) ^c
IES-2- EPRER	15,29 (0,68)	16,31 (0,67)	16,67 (0,66)	15,87 (0,66)	16,36 (0,66)	16,22 (0,65)	16,30 (0,66)	16,40 (0,65)	15,90 (0,64)	18,42 (0,67) ^{a***}	16,59 (0,66)	14,27 (0,65) ^b	20,96 (0,76) ^{a***}	16,82 (0,75) ^b	12,32 (0,77) ^c
IES-2- RHSC	13,25 (0,57)	12,91 (0,57)	13,46 (0,46)	14,36 (0,53)	12,55 (0,52)	13,19 (0,51)	15,06 (0,54) ^{a*}	12,34 (0,43) ^b	12,99 (0,52) ^b	17,17 (0,64) ^{a***}	12,08 (0,62) ^b	11,97 (0,62) ^b	16,64 (0,66) ^{a**}	13,41 (0,65) ^b	10,68 (0,69) ^c
IES-2- BFCC	10,86 (0,40)	10,88 (0,40)	10,63 (0,40)	11,47 (0,35)	10,64 (0,35)	10,49 (0,34)	11,86 (0,36) ^{a*}	10,50 (0,35) ^b	10,38 (0,35) ^b	13,47 (0,47) ^{a***}	10,27 (0,45) ^b	9,56 (0,45) ^b	13,12 (0,49) ^{a**}	11,05 (0,48) ^b	8,06 (0,52) ^c
BAS-2	37,34 (0,92)	36,05 (0,91)	35,44 (0,92)	37,88 (0,81) ^{a*}	36,14 (0,80) ^b	34,83 (0,81) ^b	38,27 (0,76) ^{a***}	36,21 (0,75)	34,39 (0,76) ^b	40,25 (0,97) ^{a*}	36,54 (0,94) ^b	32,16 (1,01) ^c	42,62 (1,75) ^{a***}	36,94 (1,69) ^b	29,48 (1,85) ^c
BAOS	52,23 (1,51)	51,35 (1,50)	51,26 (1,48)	52,70 (1,45)	51,34 (1,44)	50,43 (1,42)	53,05 (1,42)	51,32 (1,41)	49,83 (1,39)	54,81 (1,45) ^{a***}	51,25 (1,42)	46,78 (1,44) ^b	56,91 (1,84) ^{a***}	51,17 (1,78)	43,14 (1,89) ^b
FAS	30,10 (0,73)	28,34 (0,73)	28,19 (0,72)	31,12 (0,65) ^{a**}	28,92 (0,65)	28,51 (0,64) ^b	31,76 (0,67) ^{a*}	29,26 (0,66) ^b	28,64 (0,65) ^b	33,58 (0,83) ^{a**}	29,96 (0,80) ^b	28,05 (0,80) ^b	32,75 (0,87) ^{a**}	28,58 (0,84) ^b	24,58 (0,91) ^c
MPAM - R - Saúde	5,90 (0,18)	5,61 (0,17)	5,32 (0,17)	5,95 (0,16) ^{a*}	5,61 (0,16)	5,36 (0,16) ^b	6,00 (0,16) ^{a*}	5,61 (0,15)	5,39 (0,15) ^b	6,20 (0,16) ^{a*}	5,60 (0,16) ^b	5,52 (0,16) ^b	6,45 (0,24) ^{a*}	5,60 (0,23) ^b	5,68 (0,25)
MPAM - R - Aparência	4,57 (0,17)	4,70 (0,17)	4,25 (0,17)	4,59 (0,16)	4,68 (0,16)	4,28 (0,15)	4,60 (0,15)	4,66 (0,15)	4,30 (0,15)	4,68 (0,16)	4,57 (0,15)	4,39 (0,16)	4,76 (0,22)	4,47 (0,21)	4,49 (0,23)
TFEQ – 18 - CR	13,99 (0,72)	15,29 (0,72)	14,81 (0,70)	13,10 (0,69) ^{a*}	15,40 (0,68)	15,56 (0,67) ^b	12,54 (0,69) ^{a**}	15,46 (0,69) ^b	16,05 (0,67) ^b	10,89 (0,78) ^{a***}	15,50 (0,76) ^b	17,73 (0,75) ^b	11,45 (0,79) ^{a**}	14,98 (0,78) ^b	18,10 (0,81)
TFEQ – 18 - UE	19,11 (0,87)	17,96 (0,86)	17,74 (0,85)	18,67 (0,84)	18,00 (0,84)	18,12 (0,82)	18,35 (0,83)	18,03 (0,83)	18,41 (0,81)	16,76 (0,85) ^{a*}	18,16 (0,83)	19,82 (0,83) ^b	14,85 (1,01) ^{a*}	18,32 (0,98) ^b	21,52 (1,02) ^b
TFEQ – 18 - EE	7,01 (0,41)	6,41 (0,41)	6,32 (0,40)	6,43 (0,38)	6,24 (0,38)	6,75 (0,37)	6,06 (0,39)	6,13 (0,38)	7,03 (0,38)	4,97 (0,46) ^{a**}	5,79 (0,44)	8,16 (0,44) ^b	5,25 (0,47) ^{a***}	5,81 (0,46)	8,82 (0,47) ^b

Legenda: IDC: Grupo Intervenção Dissonância Cognitiva; IED: Grupo Intervenção Educativa; CP: Grupo Controle Passivo; EP: Erro padrão; IES-2: Intuitive Eating Scale-2; IES-2- EPRER: Subescala da IES-2 (*Eating for Physical Rather than Emotional Reasons*); IES-2- RHSC: Subescala da IES-2 (*Reliance on Hunger and Satiety Cues*); IES-2- BFCC: Subescala da IES-2 (*Body-Food Choice Congruence*); BAS-2: *Body Appreciation Scale-2*; BAOS: *Body Acceptance by Others Scale*; FAS: *Functionality Appreciation Scale*; MPAM – R - Saúde: Subescala Saúde da MPAM-R (*Motives for Physical Activities Measure – Revised*); MPAM – R - Aparência: Subescala Aparência da MPAM-R (*Motives for Physical Activities Measure – Revised*); TFEQ – 18 – CR: Subescala *Cognitive Restraint* da TFEQ-18 (*Three-Factor Eating Questionnaire-18*); TFEQ – 18 – UE: Subescala *Eating Uncontrolled* da TFEQ-18 (*Three-Factor Eating Questionnaire-18*); TFEQ – 18 – EE: Subescala *Emotional Eating* da TFEQ-18 (*Three-Factor Eating Questionnaire-18*).

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001.

a ≠ b ≠ c: diferença significativa entre os grupos.

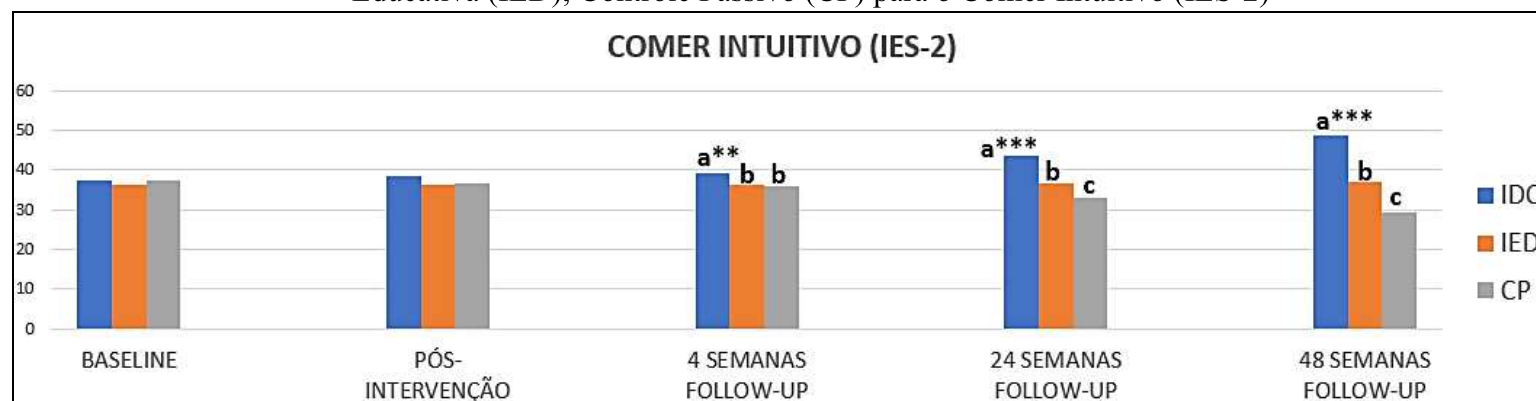
Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Tabela 3 – Tamanho de efeito (*d* de Cohen) entre os grupos (IDC, IED, CP) nos momentos pós-intervenção, quatro, 24 e 48 semanas de *follow-ups*.

Instrumentos	Pós-intervenção <i>d</i> (IC95%)			4 semanas follow-up <i>d</i> (IC95%)			24 semanas follow-up <i>d</i> (IC95%)			48 semanas follow-up <i>d</i> (IC95%)		
	IDC - IED	IDC - CP	IED - CP	IDC - IED	IDC - CP	IED - CP	IDC - IED	IDC - CP	IED - CP	IDC - IED	IDC - CP	IED - CP
IES-2	0,46 (-0,01; 0,92)	0,38 (-0,09; 0,83)	-0,08 (-0,53; 0,38)	0,69 (0,20; 1,15)	0,75 (0,26; 1,21)	0,08 (-0,38; 0,53)	1,40 (0,89; 1,89)	2,04 (1,45; 2,56)	0,72 (0,24; 1,18)	1,32 (0,79; 1,80)	2,07 (1,48; 2,60)	0,84 (0,35; 0,07)
IES-2- EPRER	0,19 (-0,28; 0,65)	0,19 (-0,27; 0,64)	0,04 (-0,42; 0,49)	0,04 (-0,42; 0,50)	0,04 (-0,42; 0,50)	0,13 (-0,33; 0,58)	0,46 (-0,02; 0,92)	1,43 (0,90; 1,92)	0,81 (0,33; 1,27)	0,91 (0,41; 1,38)	1,96 (1,28; 2,37)	0,97 (0,47; 1,44)
IES-2- RHSC	0,57 (0,09; 1,04)	0,37 (-0,10; 0,82)	0,28 (-0,18; 0,73)	0,32 (-0,15; 0,78)	0,32 (-0,14; 0,77)	0,25 (-0,21; 0,70)	1,35 (0,81; 1,83)	1,36 (0,83; 1,84)	0,22 (-0,24; 0,67)	0,82 (0,33; 1,29)	1,45 (0,91; 1,93)	1,22 (0,70; 1,69)
IES-2- BFCC	0,40 (-0,08; 0,85)	0,47 (0; 0,92)	0,07 (-0,39; 0,53)	0,64 (0,15; 1,10)	0,69 (0,21; 1,14)	0,06 (-0,40; 0,51)	1,16 (0,64; 1,64)	1,40 (0,87; 1,88)	0,26 (-0,20; 0,71)	0,71 (0,22; 1,17)	1,64 (1,09; 2,14)	0,98 (0,48; 1,44)
BAS-2	0,36 (-0,11; 0,82)	0,62 (0,14; 1,07)	0,27 (-0,19; 0,72)	0,45 (-0,02; 0,91)	0,84 (0,35; 1,30)	0,40 (-0,07; 0,85)	0,65 (0,16; 1,11)	1,34 (0,81; 1,82)	0,74 (0,25; 1,19)	0,55 (0,07; 1,01)	1,20 (0,68; 1,67)	0,69 (0,21; 1,15)
BAOS	0,16 (-0,31; 0,62)	0,26 (-0,20; 0,71)	0,10 (-0,35; 0,56)	0,20 (-0,26; 0,66)	0,38 (-0,09; 0,83)	0,18 (-0,28; 0,63)	0,41 (-0,06; 0,87)	0,91 (0,42; 1,38)	0,51 (0,04; 0,97)	0,53 (0,05; 0,99)	1,21 (0,70; 1,69)	0,72 (0,24; 1,17)
FAS	0,56 (0,09; 1,02)	0,67 (0,19; 1,12)	0,10 (-0,35; 0,56)	0,63 (0,14; 1,09)	0,78 (0,29; 1,24)	0,16 (-0,30; 0,61)	0,74 (0,25; 1,20)	1,12 (0,61; 1,59)	0,39 (-0,07; 0,85)	0,81 (0,32; 1,28)	1,51 (0,97; 2,00)	0,75 (0,27; 1,21)
MPAM - R - Saúde	0,35 (-0,12; 0,81)	0,61 (0,13; 1,06)	0,26 (-0,20; 0,71)	0,42 (-0,06; 0,88)	0,65 (0,17; 1,10)	0,24 (-0,22; 0,69)	0,63 (0,14; 1,09)	0,70 (0,22; 1,16)	0,08 (-0,38; 0,40)	0,60 (0,12; 1,06)	0,52 (0,04; 0,97)	-0,05 (- 0,51; 0,40)
MPAM - R - Aparência	-0,09 (-0,55; 0,37)	0,33 (-0,13; 0,78)	0,43 (-0,04; 0,88)	-0,07 (-0,53; 0,40)	0,33 (-0,14; 0,78)	0,40 (-0,07; 0,85)	0,12 (-0,35; 0,58)	0,30 (-0,16; 0,75)	0,19 (-0,27; 0,64)	0,22 (-0,24; 0,68)	0,19 (- 0,27; 1,22)	-0,01 (- 0,47; 0,44)
TFEQ – 18 - CR	0,76 (0,27; 1,22)	0,76 (0,27; 1,22)	0,12 (-0,34; 0,57)	1,05 (0,54; 1,52)	1,05 (0,55; 1,52)	0,22 (-0,24; 0,67)	1,18 (0,66; 1,66_	1,18 (0,67; 1,65)	0,37 (-0,10; 0,82)	2,18 (1,56; 2,72)	2,18 (1,57; 2,71)	1,37 (0,84; 1,85)
TFEQ – 18 - UE	0,13 (-0,33; 0,59)	0,11 (-0,35; 0,56)	0,01 (-0,45; 0,47)	0,06 (-0,40; 0,53)	-0,01 (- 0,47; 0,44)	0,08 (-0,38; 0,53)	0,64 (0,16; 1,10)	0,64 (0,16; 1,10)	0,39 (0,23; - 0,08)	1,64 (1,08; 2,14)	1,64 (1,09; 2,13)	1,39 (0,86; 1,87)
TFEQ – 18 - EE	0,35 (-0,12; 0,81)	0,35 (-0,12; 0,80)	0,28 (-0,18; 0,73)	0,80 (0,31; 1,27)	0,80 (0,31; 1,26)	0,47 (0; 0,92)	0,86 (0,36; 1,33)	0,86 (0,37; 1,32)	0,71 (0,23; 1,17)	1,86 (1,28; 2,38)	1,86 (1,28; 2,37)	1,71 (1,15; 2,21)

Legenda: IDC: Grupo Intervenção Dissonância Cognitiva; IED: Grupo Intervenção Educativa; CP: Grupo Controle Passivo; *d*: Tamanho de efeito Cohen entre as condições; IC95%: intervalo de confiança 95%; IES-2: *Intuitive Eating Scale-2*; IES-2- EPRER: Subescala da IES-2 (*Eating for Physical Rather than Emotional Reasons*); IES-2- RHSC: Subescala da IES-2 (*Reliance on Hunger and Satiety Cues*); IES-2- BFCC: Subescala da IES-2 (*Body-Food Choice Congruence*); BAS-2: *Body Appreciation Scale-2*; BAOS: *Body Acceptance by Others Scale*; FAS: *Functionality Appreciation Scale*; MPAM – R - Saúde: Subescala Saúde da MPAM - R (*Motives for Physical Activities Measure – Revised*); MPAM - R - Aparência: Subescala Aparência da MPAM-R (*Motives for Physical Activities Measure – Revised*); TFEQ – 18 – CR: Subescala *Cognitive Restraint* da TFEQ-18 (*Three-Factor Eating Questionnaire-18*); TFEQ – 18 – UE: Subescala *Eating Uncontrolled* da TFEQ-18 (*Three-Factor Eating Questionnaire-18*); TFEQ – 18 – EE: Subescala *Emotional Eating* da TFEQ-18 (*Three-Factor Eating Questionnaire-18*). Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 10 - Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para o Comer Intuitivo (IES-2)



Legenda: IDC: Grupo Intervenção Dissonância Cognitiva; IED: Grupo Intervenção Educativa; CP: Grupo Controle Passivo.

** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

a \neq b \neq c: diferença significativa entre os grupos.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 11 - Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para a Subescala “comer por razões físicas e não emocionais (IES-2-EPRER)



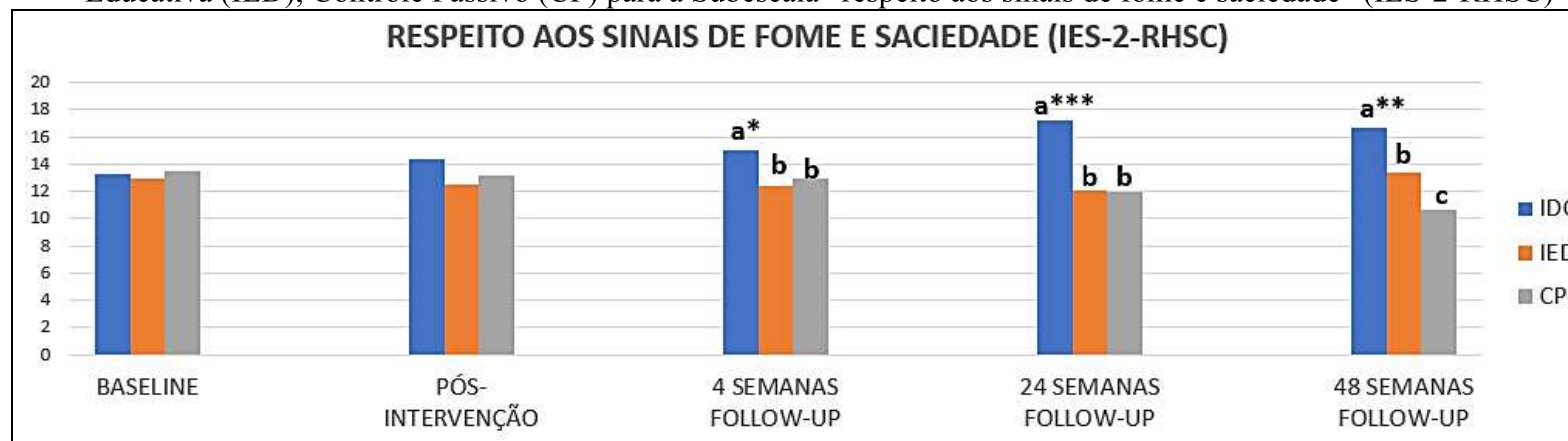
Legenda: IDC: Grupo Intervenção Dissonância Cognitiva; IED: Grupo Intervenção Educativa; CP: Grupo Controle Passivo.

*** $p < 0,001$.

a \neq b \neq c: diferença significativa entre os grupos.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 12 - Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para a Subescala “respeito aos sinais de fome e saciedade” (IES-2-RHSC)



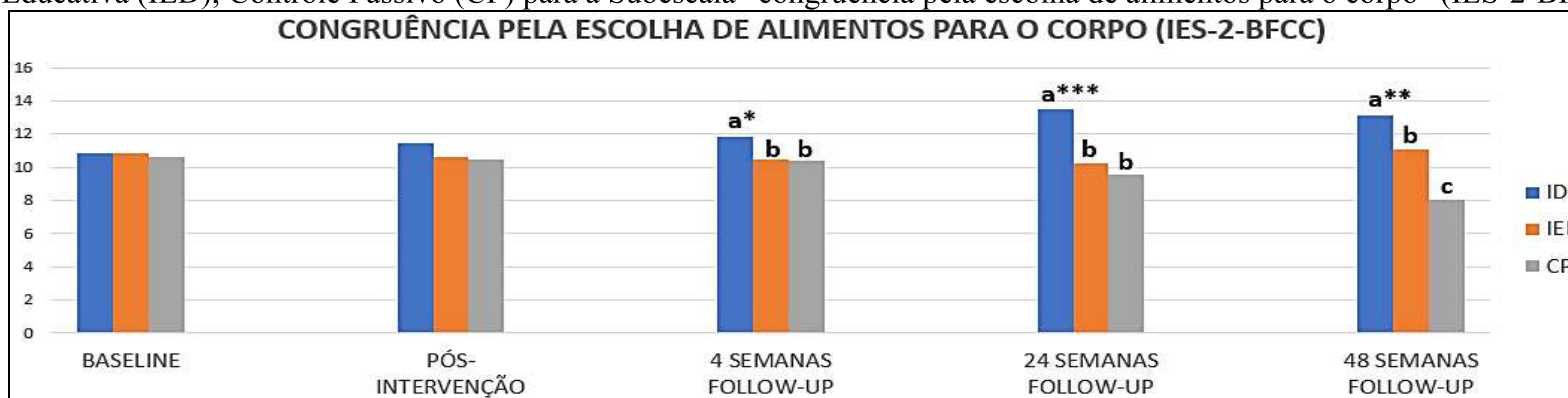
Legenda: IDC: Grupo Intervenção Dissonância Cognitiva; IED: Grupo Intervenção Educativa; CP: Grupo Controle Passivo.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

$a \neq b \neq c$: diferença significativa entre os grupos.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 13 - Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para a Subescala “congruência pela escolha de alimentos para o corpo” (IES-2-BFCC)



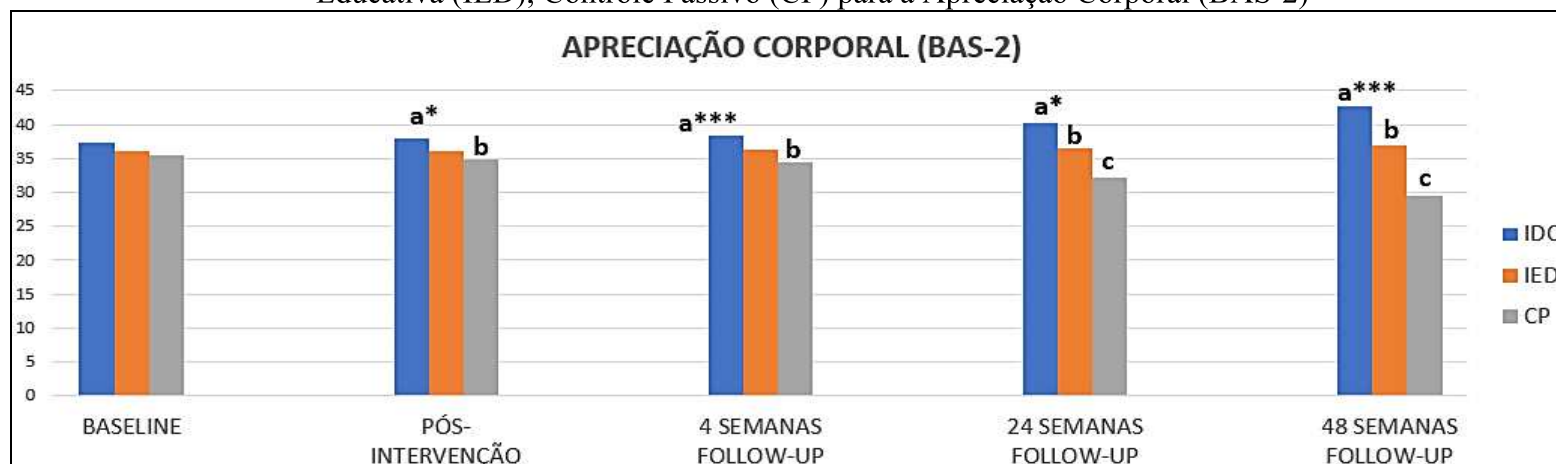
Legenda: IDC: Grupo Intervenção Dissonância Cognitiva; IED: Grupo Intervenção Educativa; CP: Grupo Controle Passivo.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

$a \neq b \neq c$: diferença significativa entre os grupos.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 14 - Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para a Apreciação Corporal (BAS-2)



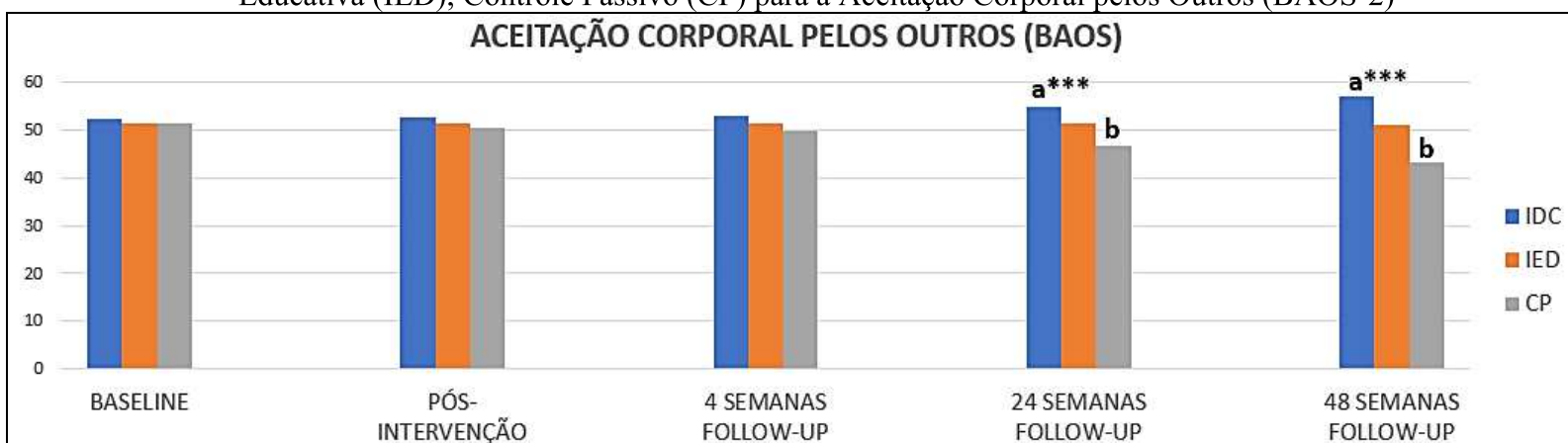
Legenda: IDC: Grupo Intervenção Dissonância Cognitiva; IED: Grupo Intervenção Educativa; CP: Grupo Controle Passivo.

* $p < 0,05$, *** $p < 0,001$.

a \neq b \neq c: diferença significativa entre os grupos.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 15 - Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para a Aceitação Corporal pelos Outros (BAOS-2)



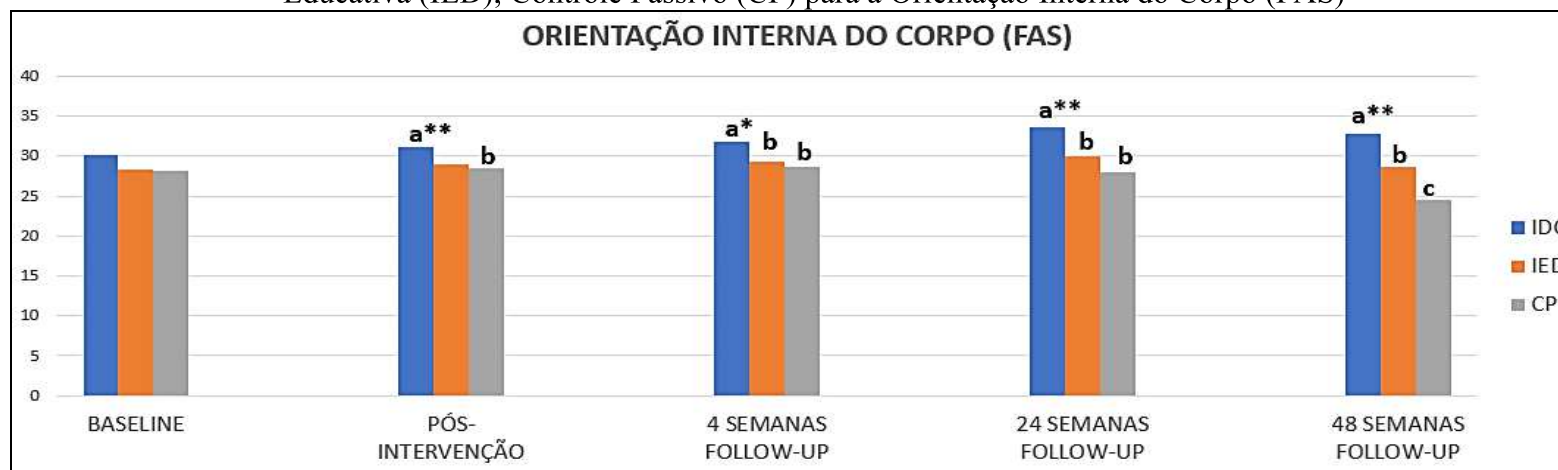
Legenda: IDC: Grupo Intervenção Dissonância Cognitiva; IED: Grupo Intervenção Educativa; CP: Grupo Controle Passivo.

*** $p < 0,001$.

a \neq b: diferença significativa entre os grupos.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 16 - Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para a Orientação Interna do Corpo (FAS)



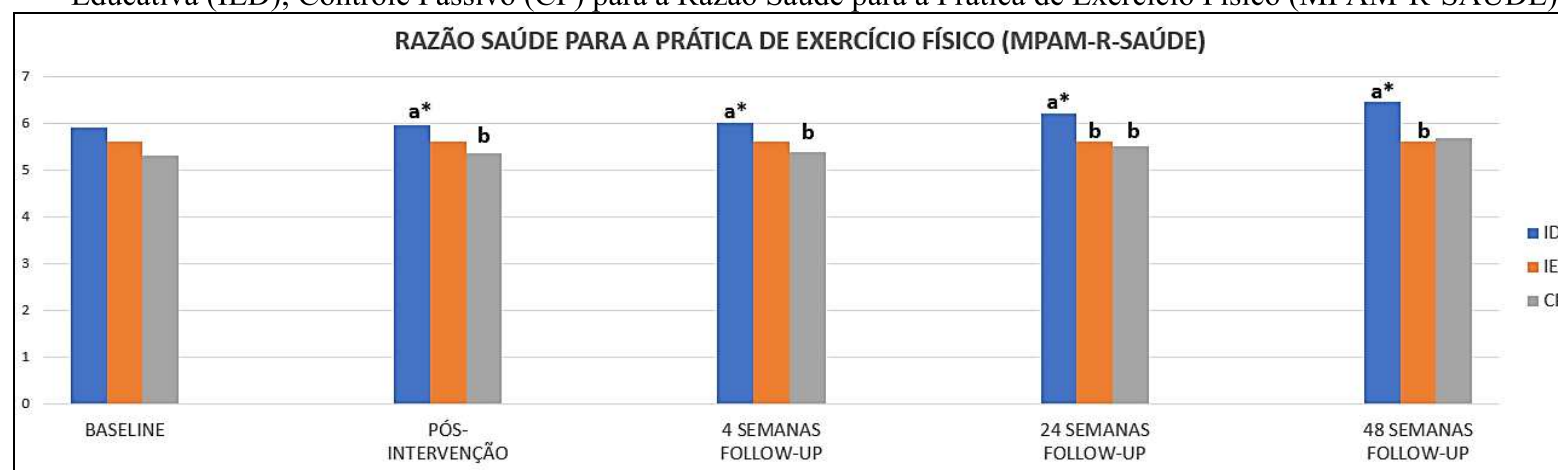
Legenda: IDC: Grupo Intervenção Dissonância Cognitiva; IED: Grupo Intervenção Educativa; CP: Grupo Controle Passivo.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

a \neq b \neq c: diferença significativa entre os grupos.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 17 - Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para a Razão Saúde para a Prática de Exercício Físico (MPAM-R-SAÚDE)

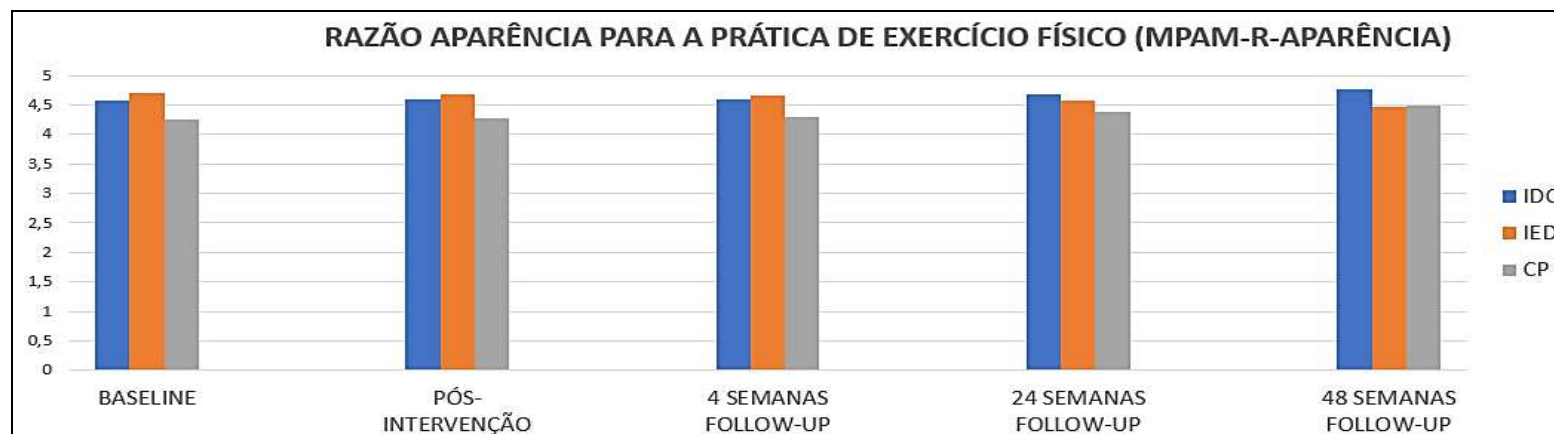


Legenda: IDC: Grupo Intervenção Dissonância Cognitiva; IED: Grupo Intervenção Educativa; CP: Grupo Controle Passivo.

* $p < 0,05$; a \neq b: diferença significativa entre os grupos.

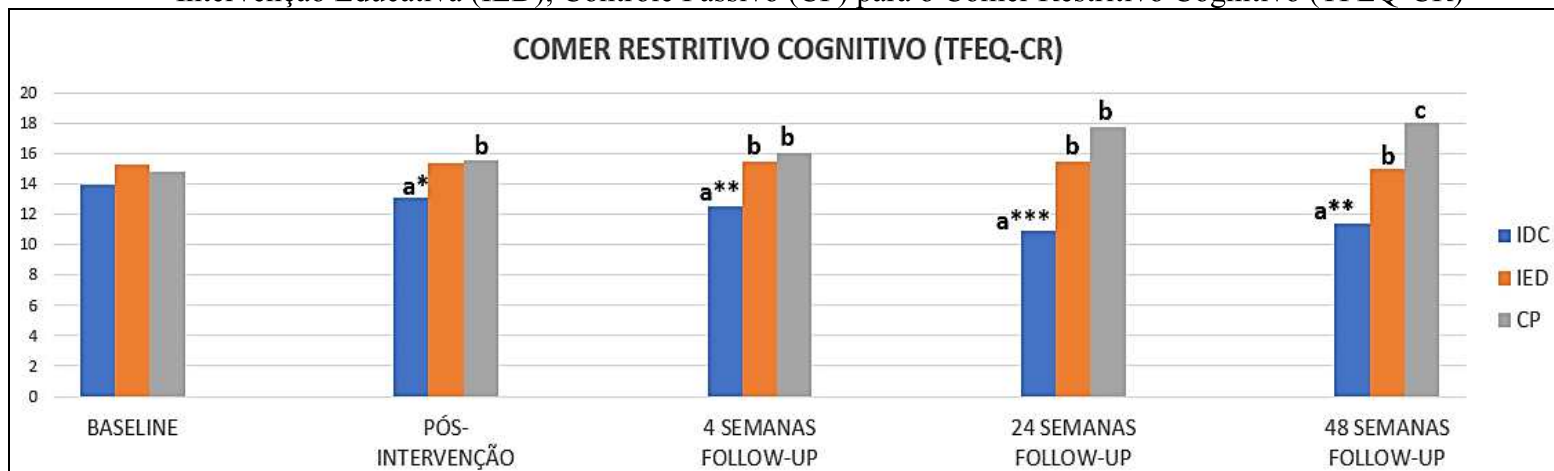
Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 18 - Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para a Razão Aparência para a Prática de Exercício Físico (MPAM-R-APARÊNCIA)



Legenda: IDC: Grupo Intervenção Dissonância Cognitiva; IED: Grupo Intervenção Educativa; CP: Grupo Controle Passivo.
Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 19 - Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para o Comer Restritivo Cognitivo (TFEQ-CR)



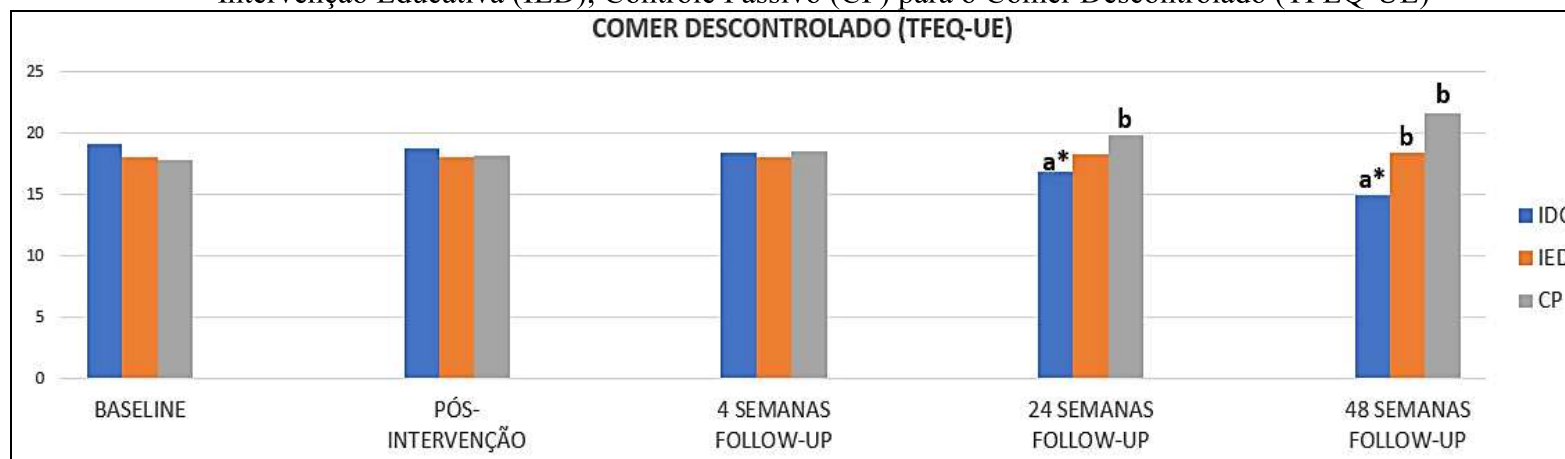
Legenda: IDC: Grupo Intervenção Dissonância Cognitiva; IED: Grupo Intervenção Educativa; CP: Grupo Controle Passivo.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

$a \neq b \neq c$: diferença significativa entre os grupos.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Figura 20 - Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para o Comer Descontrolado (TFEQ-UE)



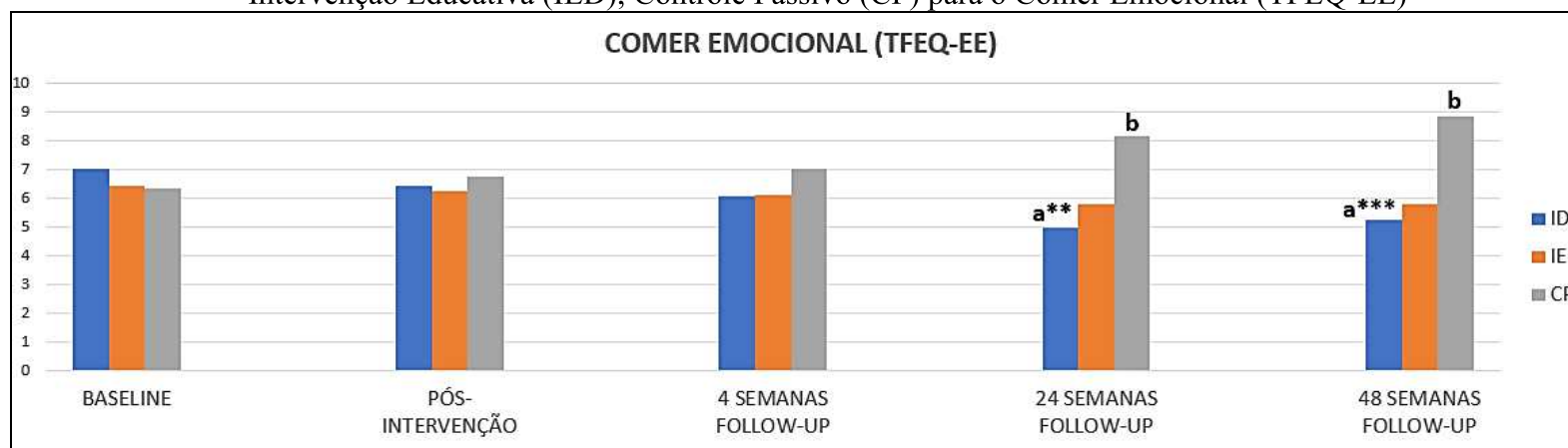
Legenda: IDC: Grupo Intervenção Dissonância Cognitiva; IED: Grupo Intervenção Educativa; CP: Grupo Controle Passivo.

* $p < 0,05$.

a \neq b: diferença significativa entre os grupos.

Fonte: Elaborada pela autora (2025)

Figura 21 - Histogramas em cada momento do estudo para os grupos de Intervenção Dissonância Cognitiva (IDC); Intervenção Educativa (IED); Controle Passivo (CP) para o Comer Emocional (TFEQ-EE)



Legenda: IDC: Grupo Intervenção Dissonância Cognitiva; IED: Grupo Intervenção Educativa; CP: Grupo Controle Passivo.

** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

a \neq b: diferença significativa entre os grupos.

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

6 DISCUSSÃO

O estudo da presente tese teve como objetivo avaliar a eficácia de uma intervenção em comer intuitivo, baseada na dissonância cognitiva no aumento do comer intuitivo, da apreciação corporal, da aceitação corporal pelos outros, da orientação interna do corpo, da motivação saúde/funcional para o exercício físico e redução do comer restritivo cognitivo, do comer descontrolado e do comer emocional em jovens adultas brasileiras. A intervenção apresentou alta taxa de retenção, especialmente para o grupo de intervenção de dissonância cognitiva (IDC) e o grupo de intervenção educativa (IED) com valores superiores a 70% em todas as fases da pesquisa. O grupo controle passivo (CP) apresentou redução da taxa de retenção, como valores acima de 60% em quatro e 48 semanas de intervenção. Entretanto, ao realizar análises de comparação da frequência de respostas entre os grupos, não houve diferença estatística, podendo atribuir igualdade na taxa de respostas dos grupos.

Estudos nacionais que também aplicaram a metodologia da dissonância cognitiva em intervenções em saúde, como o *The Body Project* (BP), em jovens adultas encontraram valores superiores (acima de 80%; Resende *et al.*, 2021), inferiores ou semelhantes ao presente estudo (51% a 63%; Hudson *et al.*, 2021). Em mulheres adolescentes, a taxa de retenção foi ainda menor (35% a 50%), conforme demonstrado por Amaral, Stice e Ferreira (2019). Em relação a estudos internacionais, a pesquisa apresentou valores superiores e semelhantes de retenção, observando taxa de 39% a 77% para o mesmo programa (BP) (Linville *et al.*, 2015; Stice; Marti; Cheng, 2014; Stice; Yokum; Waters, 2015).

Uma justificativa plausível para a diferença observada entre os valores percentuais de retenção dos estudos supracitados é a idade do público-alvo. Em geral, observam-se maiores taxas de retenção em mulheres jovens adultas, especialmente jovens universitárias. Isso pode ser explicado pela essência do programa. Para que a dissonância cognitiva se manifeste, é essencial uma compreensão mais aprofundada dos tópicos abordados, além de uma interação mais intensa entre as participantes, o que é possível em indivíduos com maior idade (Stice; Shaw; Marti, 2007; Le *et al.*, 2017).

No que consiste as intervenções do comer intuitivo da literatura científica (Babbott *et al.*, 2023), as taxas de perda foram altamente variáveis, de 3% a 56%. Os níveis mais baixos ocorreram entre intervenções que foram curtas e passivas (Loughran *et al.*, 2017; Young, 2010), enquanto estudos que utilizaram intervenções mais longas

relataram níveis mais elevados de perda (Burnette; Mazzeo, 2020; Cole *et al.*, 2019). Fato que contradiz as intervenções baseadas na dissonância cognitiva, indicando que quanto mais longa a intervenção e mais interativa for, maior a taxa de retenção (Stice *et al.*, 2019). Uma justificativa para essa contradição consiste justamente na existência de uma abordagem mais específica para melhorar a relação dos indivíduos com seus corpos e alimentação, influenciada pela oportunidade de experimentar novas habilidades ao longo das semanas, com retorno ao grupo obtendo conselhos acerca das dificuldades encontradas. Isso permite que a dissonância cognitiva seja produzida, pois oferece aos indivíduos tempo para que reflitam sobre o material da intervenção entre as sessões e garante maior adesão (Stice *et al.*, 2019; Stice *et al.*, 2020).

Confirmando parcialmente nossa primeira hipótese (H₁), quanto às melhorias dos escores das variáveis do grupo submetido a intervenção baseada na dissonância cognitiva, notou-se aumento no pós intervenção dos escores da apreciação corporal, da orientação interna do corpo, da motivação saúde para a prática de exercícios físicos, e redução do comer restritivo cognitivo. Essa pode ser justificada pelo caminho etiológico demonstrado pelo Modelo de Aceitação do Comer Intuitivo proposto anteriormente (Tylka; Homan, 2015), que aponta a necessidade primária de capacitar as pessoas a se relacionarem com seus corpos de forma mais interna e funcional, gerando maior apreciação corporal, iniciando a rejeição da mentalidade de dietas - que seria, um estimulante ao comer intuitivo (Tylka; Homan, 2015).

Tal evidência e teoria corrobora com os achados em quatro semanas de *follow-up*, no qual além dessas variáveis, foi percebido aumento do comer intuitivo e das suas subescalas “respeitos aos sinais de fome e saciedade”, “congruência pela escolha de alimentos para o corpo” – o que era esperado, uma vez que a intervenção usou o modelo de Aceitação do Comer Intuitivo.

Ainda de forma mais importante, no seguimento do estudo para as 24 semanas e 48 semanas de *follow-ups*, houveram aumentos para todas as variáveis do conjunto (comer intuitivo e suas subescalas, apreciação corporal, aceitação corporal pelos outros, orientação interna do corpo, motivação saúde para a prática de exercícios físicos) e redução dos escores para o comer restritivo cognitivo, comer descontrolado e comer emocional. A única variável que não demonstrou modificação em relação ao IDC foi a motivação pela aparência para a prática do exercício físico.

Tal achado se justifica, pelo menos em parte porque a motivação por aparência para a prática do exercício físico não foi alvo específico do programa de intervenção,

que se apoiou na promoção de atividades que estimulassem a prática de exercícios físicos por motivos funcionais e bem-estar geral, não havendo discussões e atividades exclusivas para a repressão estética relacionada ao exercício físico. Em geral, para que um construto psicológico seja possível de modificação através da dissonância cognitiva, fazem-se necessários estímulos precisos para que a mudança ocorra, indicando que quanto maior a magnitude da dissonância, maior a pressão sobre o indivíduo para reduzi-la, permitindo a modificação de comportamento (Festinger, 1957; Harmon-Jones; Mills, 2019). Portanto, futuros trabalhos podem reaver a necessidade de que esses estímulos sejam promovidos, além da motivação saúde e funcional para a prática de exercícios físicos.

Para além, a eficácia comprovada das variáveis supracitadas pode ser justificada pela robustez com que o protocolo de intervenção foi desenvolvido, ou seja, sua construção através da dissonância cognitiva, teoria já consolidada em programas preventivos de transtornos alimentares. Além da base teórica utilizada, como o desenvolvimento das sessões da intervenção sob a ótica dos 10 princípios do comer intuitivo (Tribole; Resch, 1995, 2020), do modelo teórico de aceitação desse constructo (Tylka; Homan, 2015) e uso do livro de atividades práticas produzido por pesquisadoras com expertise no comer intuitivo (Tribole; Resch, 2022).

Especificamente, nossa segunda hipótese (H₂) foi parcialmente confirmada, para o comer intuitivo, o grupo intervenção Dissonância Cognitiva (IDC) apresentou aumento estatisticamente significativo em relação aos dois grupos (IED; CP) em quatro, 24 e 48 semanas de *follow-ups*. O que demonstra a eficácia da intervenção baseada na dissonância cognitiva em relação à intervenção educativa e ao grupo controle.

Comparando-se as semanas de 24 e 48 do *follow-up*, encontrou-se diferença estatística entre a intervenção educativa e o grupo controle, indicando que para esses momentos as ações educativas parecem ter surtido efeito em relação ao grupo que não recebeu nenhum tipo de intervenção (GC). Entretanto, embora o grupo educativo tenha apresentado escores ligeiramente superiores ao grupo controle, sua estabilidade ao longo do tempo indica ausência de impacto substancial, sugerindo que a simples oferta de informações pode não ser suficiente para produzir mudanças comportamentais duradouras no comer intuitivo.

Por outro lado, a intervenção fundamentada na dissonância cognitiva revelou um efeito mais expressivo, com aumento consistente nos escores ao longo do seguimento. Esse padrão de resultados sustenta a hipótese de que técnicas que mobilizam ativamente

a reflexão crítica sobre crenças disfuncionais e a discrepância entre atitudes e comportamentos têm maior potencial de promover mudanças efetivas no relacionamento de jovens mulheres com a alimentação, em comparação a abordagens meramente educativas (Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Stice; Shaw, 2004; Watson *et al.*, 2016).

Essa lógica também se faz presente para as subescalas do comer intuitivo (“comer por razões físicas e não emocionais”, “respeito aos sinais de fome e saciedade” e “congruência pela escolha de alimentos para o corpo”), para a apreciação corporal, a orientação interna do corpo, o comer restritivo cognitivo no momento de 48 semanas de *follow-ups*.

De forma geral, o IDC demonstrou eficácia em relação ao CP para o comer intuitivo e suas subescalas a partir de quatro semanas de *follow-up* (comer intuitivo, “respeito aos sinais de fome e saciedade”, “congruência pela escolha de alimentos para o corpo”), em todas demais avaliações). Com tamanhos de efeitos moderados para quatro semanas de *follow-ups* e efeitos grandes para os períodos de seguimento.

Em contraposição, os três comportamentos disfuncionais de alimentação avaliados no estudo, a saber: comer restritivo cognitivo, descontrolado e emocional, apresentaram reduções no grupo IDC em relação ao grupo CP, especialmente no momento pós-intervenção e quatro semanas de *follow-up* (comer restritivo cognitivo) e 24/48 semanas de *follow-ups* (para todos comportamentos), demonstrando eficácia da intervenção em reduzir comportamentos de risco para os transtornos alimentares. Especificamente, o comer restritivo cognitivo antecedeu seus efeitos em relação aos outros dois, permitindo discutir a necessidade de rejeição da mentalidade de dietas e/ou policial alimentar e permissão genuína de fazer as pazes com a comida (como utilizados nos princípios do comer intuitivo) para posteriormente desenvolver comportamentos mais difíceis de serem modificados, como o descontrole alimentar e a motivação emocional para comer.

Estes achados podem ser justificados pela literatura científica e por modelos cognitivo-comportamentais de fatores de riscos para os transtornos alimentares, como o modelo Transdiagnóstico de Fairburn (Fairburn *et al.*, 2003) e o *Dual-Pathway Model* (Stice, 2001), sugerindo que a adoção de um padrão de comer restritivo antecede e aumenta a vulnerabilidade a episódios de descontrole alimentar e comer emocional, possivelmente por substituir controles fisiológicos por controles cognitivos rígidos (Polivy, Herman, 2020; Polivy; Herman, 1985; Fairburn *et al.*, 2003; Stice, 2001).

Logo, intervenções que incentivam o comer intuitivo apresentam plausibilidade teórica para modificar a trajetória típica em que o comer restritivo antecede e favorece o desenvolvimento de padrões de comer descontrolado e emocional.

Tal fato corrobora com a eficácia apresentada pela subescala “comer por razões físicas e não emocionais” a partir de 24 semanas de *follow-up*, que possui a mesma premissa em relação a regulação emocional existente na motivação em comer por atenção a respostas funcionais e não emocionais. Os tamanhos de efeito evidenciam ainda mais essa eficácia, com magnitude moderada a elevada entre os grupos (IDC e CP) nos momentos do estudo.

A imagem corporal positiva representada pelos construtos: apreciação corporal, orientação interna do corpo e aceitação corporal pelos outros também apontou a eficácia do grupo IDC em relação ao grupo CP. Especificamente, no pós-intervenção já foi possível visualizar diferença estatística entre os dois grupos em relação à apreciação corporal e à orientação interna no corpo. Demonstrando e confirmando a hipótese levantada sobre a necessidade de apreciar o corpo e compreender seu funcionamento intrínseco precedentemente a comer de forma intuitiva (Tylka, Homan, 2015). A eficácia se manteve ao longo do seguimento do estudo, com tamanhos de efeito em ascensão, de moderado para elevado até o final do estudo. Para a aceitação corporal pelos outros, a eficácia do grupo IDC sobre o grupo CP se verificou em 24 e 48 semanas de *follow-ups*, como magnitude elevada, em ambos.

Conforme já mencionado e discutido anteriormente, a motivação por aparência para a prática de exercício físico não apresentou reduções para nenhum grupo, logo, não foi comprovada a eficácia da intervenção para essa variável. Entretanto, a eficácia para a motivação funcional/saúde para a prática do exercício físico foi evidenciada, demonstrando diferença significativa entre o grupo IDC em relação ao grupo CP, com aumento logo após a intervenção e nos momentos subsequentes do estudo, possuindo tamanhos de efeito moderados.

Esses achados são importantes para serem refletidos sobre a ótica dos princípios da imagem corporal positiva e os pressupostos da psicologia positiva, nos quais discorrem sobre a necessidade de que intervenções não devem restringir-se apenas à diminuição de comportamentos desadaptativos. É essencial favorecer a construção de atitudes e práticas promotoras de saúde e bem-estar (Avalos *et al.*, 2005; Tylka; Wood-Barcalow, 2015). Portanto, a eficácia demonstrada pela motivação funcional/saúde para

a prática do exercício físico na intervenção nos permite atribuir construção de recursos, experiências e atitudes saudáveis em relação a essa variável.

Portanto, esta pesquisa, que propôs o desenvolvimento e aplicação de uma intervenção inédita na promoção do comer intuitivo, apresenta resultados promissores e que merecem destaque na implementação e desenvolvimento de programas que visam o aumento de comportamentos adaptativos de alimentação e redução de comportamentos disfuncionais. Apresenta indícios fortes de que intervenções baseadas na teoria da dissonância cognitiva podem promover a imagem corporal positiva e reduzir comportamentos e crenças disfuncionais em relação à alimentação. Esse efeito está relacionado, sobretudo, à quantidade de sessões realizadas e ao processo de interação que se estabelece ao longo dos encontros, o que amplia as oportunidades de reflexão das participantes sobre os conteúdos e exercícios propostos. Nesse espaço, as trocas de experiências pessoais se tornam parte essencial de cada grupo (Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019). Além disso, destaca-se o vínculo construído entre as participantes, marcado pela empatia e pelo apoio mútuo. A busca por um modo mais respeitoso e gentil de se relacionar com a alimentação, bem como a postura crítica em relação às dietas restritivas, parecem ser fatores centrais que, de forma empírica, explicam os resultados tão positivos observados.

Adicionalmente, destacam-se alguns pontos fortes deste estudo. Trata-se de um ensaio clínico randomizado e controlado, considerado o delineamento mais robusto para alcançar os objetivos propostos (Schulz; Altman; Moher, 2010). Outro aspecto relevante foi a utilização da análise por intenção de tratar, estratégia que permite lidar de maneira adequada com dados faltantes e perdas amostrais, comuns em estudos dessa natureza (Detry; Lewis, 2014). Esse procedimento contribui para a avaliação mais fidedigna dos efeitos reais da intervenção, minimizando possíveis vieses de confusão (Detry; Lewis, 2014). Ressalta-se, ainda, que este trabalho se configura como inédito, ampliando o conhecimento disponível na área e fornecendo evidências originais para futuras investigações.

Em contrapartida, aspectos limitantes devem ser citados, como o uso de instrumentos autorrelatados como forma de avaliação das variáveis. Importante destacar que essa é uma estratégia largamente utilizada nestes tipos de estudo, pela facilidade de seu uso, tempo e pesquisadores disponíveis (Amaral *et al.*, 2019; Resende *et al.*, 2021). Destaca-se que para reduzir essa limitação, testes de confiabilidade foram realizados em todos os momentos da pesquisa, para todas as variáveis analisadas. Além disso, para

todos os instrumentos utilizados foi realizado estudo cauteloso para incluir somente aqueles que apresentassem indícios psicométricos de validade e confiabilidade para jovens mulheres brasileiras. Além disso, como a pesquisa foi conduzida em um contexto específico (universitário) de uma região do país, os resultados não podem ser generalizados para jovens mulheres de outras regiões brasileiras. Finalmente, embora as correções de Bonferroni tenham sido aplicadas, não podemos descartar a influência que o erro tipo I pode ter nesses resultados, dado o número e a natureza das análises realizadas.

Futuros estudos devem comparar seus resultados com aqueles aqui obtidos, principalmente no que concerne ao comer intuitivo. O programa de intervenção obteve elevada aceitação demonstrando ser de interesse para as jovens participantes, com resultados estimuladores quanto ao aumento de fatores protetores e redução de fatores de risco para os transtornos alimentares. Tais resultados são de suma importância no contexto de saúde pública, pois possuem a capacidade de redução de gastos públicos, bem como de agravos ocasionados por essas psicopatologias.

7 CONCLUSÃO

A intervenção de comer intuitivo baseada em dissonância cognitiva mostrou-se eficaz em jovens adultas brasileiras, promovendo aumentos sustentados em comer intuitivo, apreciação corporal, aceitação corporal pelos outros, orientação interna do corpo e motivação funcional para o exercício, além de reduzir comer restritivo cognitivo, comer descontrolado e comer emocional. Em comparação ao controle, observou-se efeito imediato (pós-intervenção) em apreciação corporal, orientação interna ao corpo, motivo saúde para exercício físico e comer restritivo; no *follow-up* de 4 semanas, os benefícios se estenderam para comer intuitivo, respeito aos sinais de fome e saciedade e congruência na escolha de alimentos; às 24 semanas de follow-up, somaram-se comer por razões físicas (não emocionais), aceitação corporal pelos outros, comer descontrolado e comer emocional; e, às 48 semanas de follow-up, os efeitos foram mantidos em todas as variáveis avaliadas.

Comparado ao grupo educativo, o grupo intervenção apresentou, em 4 semanas de follow-up, aumento do comer intuitivo, do respeito aos sinais de fome e saciedade, da congruência na escolha de alimentos para o corpo e da orientação interna ao corpo, além de redução do comer restritivo cognitivo. Em 24 semanas de follow-up, somaram-se maiores níveis de apreciação corporal e maior razão “saúde” para a prática de exercício físico. Em 48 semanas follow-up, além das melhorias anteriores, observou-se aumento do comer por razões físicas (e não emocionais) e redução do comer descontrolado.

Em conjunto, os resultados indicam que intervenções de comer intuitivo baseadas em dissonância cognitiva podem produzir benefícios sustentados em indicadores de relação com o corpo e comportamentos alimentares em jovens adultas brasileiras.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou desenvolver e avaliar uma intervenção em Comer Intuitivo (CI) baseada em estratégias da Teoria da Dissonância Cognitiva. Os resultados mostraram avanços importantes: aumento do comer intuitivo, da apreciação corporal, da orientação interna do corpo, da aceitação corporal pelos outros e da motivação saúde para o exercício físico, bem como reduções consistentes em comer restritivo, descontrolado e emocional. Esses achados reforçam o potencial do CI como caminho de cuidado com a alimentação e com o corpo, especialmente entre jovens adultas brasileiras.

Mas, para além dos números, esta tese também é parte da minha história. Em 2015, ainda na graduação, descobri a pesquisa por meio das atividades de extensão e me envolvi em um núcleo de estudos em idosos. Ali fiquei — desenvolvi meu TCC e, graças ao incentivo de professores, vislumbrei a carreira acadêmica. Quando surgiu um programa de mestrado, um desafio me atravessou: a escolha do orientador. Não sei dizer todos os motivos (sei sim: Deus), mas deixei momentaneamente os estudos com idosos e escolhi o Pedro, que trabalhava com imagem corporal — um tema que fazia muito sentido para mim, embora eu quase nada soubesse a respeito. Estudei por meses para o processo seletivo, fui aprovada, e dali em diante foi só admiração pela área que me acolhia e pelas pessoas que encontrei no caminho.

Depois do mestrado, fiquei um tempo afastada da academia, mas ela seguia sussurrando todas as noites: era ali o meu lugar. Eu queria aprofundar o conhecimento em comportamento alimentar; o Pedro me acolheu novamente, agora ao lado de outro anjo, a Marle — sempre generosa em compartilhar o conhecimento que tanto admiro nela. Quatro anos se passaram e aqui estou, feliz e orgulhosa do que construímos. Nunca fui a aluna mais genial da sala, fui a do esforço constante. Este processo foi bonito e cheio de descobertas, ensinando-me a confiar nos sinais do corpo, na ética com os dados e na coragem de revisar caminhos quando as evidências assim pedem.

Esta tese não encerra o tema, abre horizontes. Estudos futuros podem explorar intervenções em CI ancoradas em dissonância cognitiva em amostras diversas, examinar a motivação pela aparência (que aqui não se alterou) à luz de moderadores contextuais e ampliar o uso de delineamentos longitudinais para entender a durabilidade dos efeitos. Esta caminhada mostra que a ciência é feita de perguntas, métodos e resultados, mas também de pessoas, escolhas e histórias. E a minha se mistura com este trabalho. Que

esta tese inspire outras investigações, mas também outras trajetórias, lembrando que a persistência, a curiosidade e a coragem podem abrir portas onde antes parecia não haver caminho. Se no início a pergunta parecia um labirinto, hoje reconheço os corredores: entre metodologia e humanidade, ciência e cuidado, a trilha do CI continua e sigo nela, com gratidão e responsabilidade.

REFERÊNCIAS

- AKIRMAK, Ü. *et al.* Cross-cultural adaptation of the intuitive eating scale-2: psychometric evaluation in a sample in Turkey. **Current Psychology**, v. 40, p. 1083-1093, 2021.
- ALBUQUERQUE, M. R. *et al.* Cross-cultural adaptation and validation of the MPAM-R to Brazilian Portuguese and proposal of a new method to calculate factor scores. **Frontiers in Psychology**, v. 8, p. 261, 2017.
- ALCARAZ-IBÁÑEZ, M. A. *et al.* Examining the psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 in Brazilian adolescents. **Psychology, Society, & Education**, v. 9, n. 3, p. 505–515, 2017.
- ALMEIDA, M. *et al.* A randomized controlled trial of a dissonance-based eating disorder prevention intervention for body-dissatisfied Brazilian men: results from a 1-year follow-up. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 46, p. e20233384, 2024.yl
- ALVARENGA, M. S. *et al.* **Nutrição Comportamental**. 2. ed. Barueri: Manole, 2019. 624 p.
- AMARAL, A. C. S; STICE, E.; FERREIRA, M. E. C. A controlled trial of a dissonance-based eating disorders prevention program with Brazilian girls. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 32, n. 1, 2019.
- ANDREW, R.; TIGGEMANN, M.; CLARK, L. Predictors and health-related outcomes of positive body image in adolescent girls: A prospective study. **Developmental Psychology**, v. 52, n. 3, p. 463, 2016.
- ANIXIADIS, F.; *et al.* Effects of thin-ideal instagram images: The roles of appearance comparisons, internalization of the thin ideal and critical media processing. **Body Image**, v. 31, p. 181-190, 2019.
- APA - American Psychiatric Association. **DSM-5**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014. 992 p.
- ARCELUS, J.; *et al.* Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. **Archives of General Psychiatry**, v. 68, n. 7, p. 724-731, 2011.
- ARIAS, H. F. *et al.* Clinical differences between morbid obese patients with and without binge eating. **Actas Españolas de Psiquiatría**, v. 34, n. 6, p. 362-370, 2006.
- AUGUSTUS-HORVATH, C. L.; TYLKA, T. L. The acceptance model of intuitive eating: a comparison of women in emerging adulthood, early adulthood, and middle adulthood. **Journal of Counseling psychology**, v. 58, n. 1, p. 110-125, 2011.
- AVALOS, L. C.; TYLKA, T. L. Exploring a model of intuitive eating with college women. **Journal of Counseling Psychology**, v. 53, n. 4, p. 486, 2006.

AVALOS, L.; TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. **Body Image**, v. 2, n. 3, p. 285-297, 2005.

BABBOTT, K. M. *et al.* Outcomes of intuitive eating interventions: A systematic review and meta-analysis. **Eating Disorders**, v. 31, n. 1, p. 33-63, 2023.

BACON, L.; *et al.* Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 105, n. 6, p. 929–936, 2005.

BARKER, L. *et al.* Dietary restraint and emotional eating among elite/international combat sport athletes. **International Journal of Sport and Exercise Psychology**, p. 1-18, 2024.

BARLOW, D. H. **Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual**. 3. ed. New York: Guilford Press, 2004. 659 p.

BAUTISTA, J. R.; PAVLAKIS, A.; RAJAGOPAL, A. Bayesian analysis of randomized controlled trials. **International Journal of Eating Disorders**, v. 51, n. 7, p. 637-646, 2018.

BECK, A. Thinking and depression: II Theory and therapy. **Archives of General Psychiatry**, v. 10, n. 6, p. 561-571, 1964.

BÉGIN, C.; *et al.* Eating-related and psychological outcomes of health at every size intervention in health and social services centers across the Province of Quebec. **American Journal of Health Promotion**, v. 33, n. 2, p. 248-258, 2019.

BENNETT, B. L.; LATNER, J. D. Mindful eating, intuitive eating, and the loss of control over eating. **Eating Behaviors**, v. 47, p. 101680, 2022.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 1, p. 85-93, 2005.

BILLINGSLEY-MARSHALL, R. L.; *et al.* Executive function in eating disorders: the role of state anxiety. **International Journal of Eating Disorders**, v. 46, n. 4, p. 316-321, 2013.

BJØRKLUND, O.; *et al.* Emotional over-and undereating in children: a longitudinal analysis of child and contextual predictors. **Child Development**, v. 90, n. 6, p. e803-e818, 2019.

BLAIR, S. N.; *et al.* Physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy men and women. **JAMA**, v. 262, n. 17, p. 2395-2401, 1989.

BORDO, S. **Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body**. Berkeley: University of California Press, 1993. 382 p.

BORGES, J. C.; *et al.* Motivation levels and goals for the practice of physical exercise in five different modalities: a correspondence analysis. **Frontiers in Psychology**, v. 12, n.12, p. 793238, 2021.

BOUCHER, S.; *et al.* Teaching intuitive eating and acceptance and commitment therapy skills via a web-based intervention: a pilot single-arm intervention study. **JMIR Research Protocols**, v. 5, n. 4, p. e5861, 2016.

BOURDIEU, P. **La distinction**. Paris: Gallimard, 1979. 549 p.

BRADEN, A.; *et al.* Eating when depressed, anxious, bored, or happy: are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates?. **Appetite**, v. 125, n. 1, p. 410-417, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 28 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de atividade física para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 52 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf. Acesso em: 28 out. 2024.

BROMLEY, C. E. **Body weight, life satisfaction, and psychological distress in adolescent males and females of different racial groups**. 1999. 131 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Fordham University, Nova York, 1999.

BROWN, T. A. **Confirmatory factor analysis for applied research**. New York: The Guilford Press, 2006. 475 p.

BROWNSTONE, L. M.; *et al.* Subjective and objective binge eating in relation to eating disorder symptomatology, negative affect, and personality dimensions. **The International Journal of Eating Disorders**, v. 46, n. 1, p. 66-76, 2013.

BRUCE, L. J.; RICCIARDELLI, L. A. A systematic review of the psychosocial correlates of intuitive eating among adult women. **Appetite**, v. 96, p. 454-472, 2016.

BURNETTE, C. B.; *et al.* Is intuitive eating a privileged approach? Cross-sectional and longitudinal associations between food insecurity and intuitive eating. **Public Health Nutrition**, v. 26, n. 7, p. 1358-1367, 2023.

BURNETTE, C. B.; MAZZEO, S. E. An uncontrolled pilot feasibility trial of an intuitive eating intervention for college women with disordered eating delivered through group and guided self-help modalities. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 9, p. 1405-1417, 2020.

BUSH, H. E.; *et al.* Eat for life: a work site feasibility study of a novel mindfulness-based intuitive eating intervention. **American Journal of Health Promotion**, v. 28, n. 6, p. 380-388, 2014.

CAFRI, G.; *et al.* The influence of sociocultural factors on body image: A meta-analysis. **Clinical Psychology: science and practice**, v. 12, n. 4, p. 421-433, 2005.

CALDERÓN-ASENJO, R. E.; *et al.* Association between emotional eating, sociodemographic characteristics, physical activity, sleep duration, and mental and physical health in young adults. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 13, n. 15, p. 2845-2859, 2022.

CAMBRAIA, R. P. B. Aspectos psicobiológicos do comportamento alimentar. **Revista de Nutrição**, v. 17, v. 2, p. 217-225, 2004.

CAMPANA, A. N. N. B.; TAVARES, M. C. G. C. F. **Avaliação da Imagem Corporal: instrumentos e diretrizes para pesquisa**. 1. ed. São Paulo: Phorte, 2009. 232 p.

CARBONNEAU, E.; *et al.* Validation of a French-Canadian adaptation of the Intuitive Eating Scale-2 for the adult population. **Appetite**, v. 105, p. 37-45, 2016.

CARDOSO, A. A.; *et al.* Body Image Dissatisfaction, Eating Disorders, and Associated Factors in Brazilian Professional Ballroom Dancers. **Journal of Dance Medicine & Science**, v. 25, n. 1, p. 18-23, 2021.

CARRAÇA, E. V.; LEONG, S. L.; HORWATH, C. C. Weight-focused physical activity is associated with poorer eating motivation quality and lower intuitive eating in women. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 119, n. 5, p. 750-759, 2019.

CASH, T. F.; FLEMING, E. C. The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. **International Journal of Eating Disorders**, v. 31, n. 4, p. 455-460, 2002.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives. In: _____. **Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice**. New York, London: The Guilford Press, 2002. p. 3-12.

CASH, T. F.; SANTOS, M. T.; WILLIAMS, E. F. Coping with body-image threats and challenges: Validation of the Body Image Coping Strategies Inventory. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 58, n. 2, p. 190-199, 2005.

CASH, T. F.; SMOLAK, L. **Body image: A handbook of science, practice, and prevention**. 2. ed. New York: The Guilford Press, 2011. 490p.

CHENG, Z. H.; *et al.* Ethnic differences in eating disorder prevalence, risk factors, and predictive effects of risk factors among young women. **Eating Behaviors**, v. 32, p. 23-30, 2019.

CHRISTOPH, M.; *et al.* Longitudinal associations between intuitive eating and weight-related behaviors in a population-based sample of young adults. **Appetite**, v. 160, p. 105093, 2021.

CLAUMANN, G. S. **Tradução e validação das versões brasileiras de três instrumentos de avaliação da imagem corporal em mulheres universitárias**. 2019. 237 f. Tese (Doutorado em Ciências do Movimento Humano) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

COHEN, J. A power primer. **Psychological Bulletin**, v. 112, n. 1, p. 155-159, 1992.

COLE, R. E.; *et al.* The my body knows when program increased intuitive eating characteristics in a military population. **Military Medicine**, v. 184, n. 7-8, p. 200-206, 2019.

COOPER, J. L.; WADE, T. D. A Relação Entre Viés de Memória e Interpretação, Dificuldades de Regulação Emocional e Distúrbios Alimentares em Mulheres Jovens. **Terapia Cognitiva e Pesquisa**, v. 39, n. 6, p. 853-862, 2015.

COOPER, P. J.; *et al.* The development and validation of the Body Shape Questionnaire. **International Journal of Eating Disorders**, v. 6, n. 4, p. 485-494, 1987.

CORBALAN-TUTAU, M. D.; MADRID, J. A.; GARAULET, M. Timing and duration of sleep and meals in obese and normal weight women. Association with increase blood pressure. **Appetite**, v. 59, n. 1, p. 9-16, 2012.

COUTINHO, E. S. F.; CUNHA, G. M. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 27, n. 2, p. 146-151, 2005.

CRAVEN, M. P.; FEKETE, E. M. Weight-related shame and guilt, intuitive eating, and binge eating in female college students. **Eating Behaviors**, v. 33, p. 44-48, 2019.

CRUZ-SÁEZ, S.; *et al.* The effect of body dissatisfaction on disordered eating: The mediating role of self-esteem and negative affect in male and female adolescents. **Journal of Health Psychology**, v. 25, n. 8, p. 1098-1108, 2020.

DAKANALIS, A.; *et al.* The association of emotional eating with overweight/obesity, depression, anxiety/stress, and dietary patterns: a review of the current clinical evidence. **Nutrients**, v. 15, n. 5, p. 1173, 2023.

DE CARVALHO, P. H. B.; DOS SANTOS, M. A.; FERREIRA, M. E. C. An etiological model of disordered eating behaviors among Brazilian women. **Appetite**, v. 116, p. 164-172, 2017.

DE CARVALHO, P. H. B.; FERREIRA, M. E. C. Disordered eating and body change behaviours: support for the Tripartite Influence Model among Brazilian male university students. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4485-4495, 2020.

DENNY, K. N.; *et al.* Intuitive eating in young adults. Who is doing it, and how is it related to disordered eating behaviors?. **Appetite**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2013.

DETRY, M. A.; LEWIS, R. J. The intention-to-treat principle: how to assess the true effect of choosing a medical treatment. **JAMA**, v. 312, n. 1, p. 85-86, 2014.

DOWNS, S. H.; BLACK, N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 52, n. 6, p. 377-384, 1998.

DUARTE, C.; GOUVEIA, J. P.; MENDES, A. Psychometric properties of the Intuitive Eating Scale-2 and association with binge eating symptoms in a Portuguese community sample. **International Journal of Psychology and Psychological Therapy**, v. 16, n. 3, p. 329-341, 2016.

DUCHESNE, A. P.; *et al.* Body dissatisfaction and psychological distress in adolescents: Is self-esteem a mediator?. **Journal of Health Psychology**, v. 22, n. 12, p. 1563-1569, 2017.

DUNKER, K. L. L.; DE CARVALHO, P. H. B.; AMARAL, A. C. S. Eating disorders prevention programs in Latin American countries: A systematic review. **International Journal of Eating Disorders**, v. 56, n. 4, p. 691-707, 2023.

EPIPHANIO, E. H. Psicologia do esporte: apropriando a desapropriação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 19, n. 3, p. 70-73, 1999.

EVANS, C.; DOLAN, B. Body Shape Questionnaire: derivation of shortened “alternate forms”. **International Journal of Eating Disorders**, v. 13, n. 3, p. 315-321, 1993.

FAIRBURN, C. G. **Cognitive behavior therapy and eating disorders**. Nova York: Guilford Press, 2008. 324 p.

FAIRBURN, C. G.; COOPER, Z.; SHAFRAN, R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. **Behaviour Research and Therapy**, v. 41, n. 5, p. 509-528, 2003.

FARDOULY, J.; WILLBURGER, B. K.; VARTANIAN, L. R. Instagram use and young women’s body image concerns and self-objectification: Testing mediational pathways. **New Media & Society**, v. 20, n. 4, p. 1380-1395, 2018.

FARIA, C. S.; *et al.* Adaptação transcultural e análise psicométrica da Functionality Appreciation Scale (FAS) para jovens universitários brasileiros. **Motricidade**, v. 16, n. S1, p. 124-135, 2020.

FEKIH-ROMDHANE, F.; *et al.* Psychometric properties of an Arabic translation of the body appreciation scale (BAS-2) and its short forms (BAS-2SF) in a community sample of Lebanese adults. **Journal of Eating Disorders**, v. 11, n. 1, p. 160, 2023.

FESTINGER, L. **An introduction to the Theory of Dissonance**. In: FESTINGER, L. A theory of cognitive dissonance. Stanford: Stanford University Press, 1957. p. 1-32.

FLANDRIN, J. L.; MONTANARI, M. **História da alimentação**. São Paulo: Editora Estação Liberdade, 1996. 871p.

FLANDRIN, J.; MONTANARI, M. A humanização das condutas alimentares. In: **História da alimentação**. São Paulo: Editora Estação Liberdade, 1998. cap. 1, p. 26-32.

FORTES, L. S.; *et al.* Modelo etiológico dos comportamentos de risco para os transtornos alimentares em adolescentes brasileiros do sexo feminino. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. e000024115, 2016.

FREDERICK, D. A.; *et al.* Desiring the muscular ideal: Men's body satisfaction in the United States, Ukraine, and Ghana. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 8, n. 2, p. 103-117, 2007.

FREDRICKSON, B. L.; ROBERTS, T. A. Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. **Psychology of Women Quarterly**, v. 21, n. 2, p. 173-206, 1997.

FREIRE, G. L. M.; *et al.* Body dissatisfaction, addiction to exercise and risk behaviour for eating disorders among exercise practitioners. **Journal of Eating Disorders**, v. 8, n. 23, p. 1-9, 2020.

GAHLER, H.; *et al.* Instagram influences: An examination of the tripartite influence model of body image among a racially diverse sample of young-adult women. **Computers in Human Behavior**, v. 145, p. 107785, 2023.

GALMICHE, M.; *et al.* Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 109, n. 5, p. 1402-1413, 2019.

GARCIA, R. W. **A comida, a dieta, o gosto: mudança na cultura alimentar urbana**. 1999. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 11, n. 3, p. 263-284, 1982.

GIACONE, L.; *et al.* Intuitive eating and its influence on self-reported weight and eating behaviors. **Eating Behaviors**, v. 52, p. 101844, 2024.

GIRARD, M.; CHABROL, H.; RODGERS, R. F. Support for a modified tripartite dual pathway model of body image concerns and risky body change behaviors in French young men. **Sex Roles**, v. 78, n. 11, p. 799-809, 2018.

GÖDDE, J. U.; *et al.* Intuitive eating and its association with psychosocial health in adults: a cross-sectional study in a representative Canadian sample. **Appetite**, v. 168, p. 105782, 2022.

GODET, A.; *et al.* Interactions between emotions and eating behaviors: Main issues, neuroimaging contributions, and innovative preventive or corrective strategies. **Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders**, v. 23, n. 4, p. 807-831, 2022.

GONÇALVES, S. F.; GOMES, A. R. Exercising for weight and shape reasons vs. health control reasons: The impact on eating disturbance and psychological functioning. **Eating Behaviors**, v. 13, n. 2, p. 127-130, 2012.

GOOSSENS, L.; *et al.* Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. **European Eating Disorders Review**, v. 17, n. 1, p. 68-78, 2009.

GORMAN, W. **Body Image and the Image of the Brain**. 1. ed. St. Louis: Warren H. Green. 1969. 297 p.

- GREENWAY, F. L. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. **International Journal of Obesity**, v. 39, n. 8, p. 1188-1196, 2015.
- GRIDER, H.S.; DOUGLAS, S. M.; RAYNOR, H. A. The influence of mindful eating and/or intuitive eating approaches on dietary intake: a systematic review. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 121, n. 4, p. 709-727, 2021.
- GROGAN, S. **Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children**. 3 ed. New York: Routledge, 2016. 213 p.
- GROGAN, S. **Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children**. 1 ed. Reino Unido: Routledge, 2021. 202 p.
- GROWER, P.; WARD, L. M.; TREKELS, J. Expanding models testing media contributions to self-sexualization. **Sage Open**, v. 9, n. 2, p. 2158244019848905, 2019.
- GUEST, E.; *et al.* The effectiveness of interventions aiming to promote positive body image in adults: A systematic review. **Body Image**, v. 30, p. 10-25, 2019.
- GUSTAFSSON, J. E.; ÅBERG-BENGTSSON, L. Unidimensionality and interpretability of psychological instruments. *In*: EMBRETSON, S. E. (org.). **Measuring psychological constructs: Advances in model-based approaches**. Washington: American Psychological Association, 2010. p. 97–121.
- HAIR JR., J. F.; *et al.* **Multivariate Data Analysis with Readings**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1998. 730 p.
- HARDIT, S. K.; HANNUM, J. W. Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction. **Body Image**, v. 9, n. 4, p. 469-475, 2012.
- HARMON-JONES, E.; MILLS, J. An introduction to cognitive dissonance theory and an overview of current perspectives on the theory. *In*: HARMON-JONES, E. (ed.). **Cognitive dissonance: Reexamining a pivotal theory in psychology**. 2. ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2019. p. 3–24.
- HAUSENBLAS, H. A.; FALLON, E. A. Exercise and body image: A meta-analysis. **Psychology and Health**, v. 21, n. 1, p. 33-47, 2006.
- HAYNOS, A. F.; WANG, S. B.; FRUZZETTI, A. E. Restrictive eating is associated with emotion regulation difficulties in a non-clinical sample. **Eating Disorders**, v. 26, n. 1, p. 5-12, 2018.
- HAZZARD, V. M.; *et al.* Intuitive eating longitudinally predicts better psychological health and lower use of disordered eating behaviors: findings from EAT 2010–2018. **Eating and Weight Disorders**, v. 26, n.1, p. 287-294, 2021.
- HE, J.; *et al.* Meta-analysis of gender differences in body appreciation. **Body Image**, v. 33, p. 90-100, 2020.
- HEAD, H.; HOLMES, G. Sensory disturbances from cerebral lesions. **Brain**, v. 34, n. 23, p. 102-254, 1911.

- HEALY, N.; *et al.* Impact of an intuitive eating education program on high school students' eating attitudes. **Health Education**, v. 115, n. 2, p. 214-228, 2015.
- HEINBERG, L. J.; THOMPSON, J. K.; STORMER, S. Development and validation of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire. **International Journal of Eating Disorders**, v. 17, n. 1, p. 81-89, 1995.
- HENSLEY-HACKETT, K.; *et al.* Intuitive eating intervention and diet quality in adults: a systematic literature review. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 54, n. 12, p. 1099-1115, 2022.
- HILDEBRANDT, T.; *et al.* Development and validation of a male specific body checking questionnaire. **International Journal of Eating Disorders**, v. 43, n. 1, p. 77-87, 2010.
- HOMAN, K. J.; TYLKA, T. L. Development and exploration of the gratitude model of body appreciation in women. **Body Image**, v. 25, p. 14-22, 2018.
- HOSSEINI, S.; KARIMI, M.; RABIEI, M. Psychometric properties and validation of body appreciation scale (BAS). **Zahedan Journal of Research in Medical Sciences**, v. 20, n. 8, p. e9500, 2018.
- HUBERTY, J. L.; *et al.* Explaining long-term exercise adherence in women who complete a structured exercise program. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, v. 79, n. 3, p. 374-384, 2008.
- HUDSON, T. A. *et al.* Dissonance-based eating disorder prevention among Brazilian young women: A randomized efficacy trial of the Body Project. **Body Image**, v. 38, p. 1-9, 2021.
- IANNANTUONO, A. C.; TYLKA, T. L. Interpersonal and intrapersonal links to body appreciation in college women: An exploratory model. **Body Image**, v. 9, n. 2, p. 227-235, 2012.
- JACQUET, P.; *et al.* How dieting might make some fatter: modeling weight cycling toward obesity from a perspective of body composition autoregulation. **International Journal of Obesity**, v. 44, n. 6, p. 1243-1253, 2020.
- JADAD, A. R.; *et al.* Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. **Controlled clinical trials**, v. 17, n. 1, p. 1-12, 1996.
- JANKAUSKIENE, R.; BACEVICIENE, M. An exploration of the tripartite influence model of body image in Lithuanian sample of young adults: does body weight make a difference?. **Eating and Weight Disorders**, v. 26, p. 1781-1791, 2021.
- JUNQUEIRA, A. C. P.; *et al.* Translation and validation of a Brazilian Portuguese version of the Body Appreciation Scale-2 in Brazilian adults. **Body Image**, v. 31, p. 160-170, 2019.
- KABAT-ZINN, J. **Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life**. New York: Hyperion, 1994. 304 p.

- KAKESHITA, I. S.; *et al.* Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 263-270, 2009.
- KARAZSIA, B. T.; *et al.* Thinking meta-theoretically about the role of internalization in the development of body dissatisfaction and body change behaviors. **Body Image**, v. 10, n. 4, p. 433-441, 2013.
- KEERY, H.; VAN DEN BERG, P.; THOMPSON, J. K. An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. **Body Image**, v. 1, n. 3, p. 237-251, 2004.
- KEMPS, E.; *et al.* Relationship between dieting to lose weight and the functioning of the central executive. **Appetite**, v. 45, n. 3, p. 287-94, 2005.
- KENDZOR, D. E.; *et al.* Pathways between socioeconomic status and modifiable risk factors among African American smokers. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 32, n. 6, p. 545-557, 2009.
- KHALSA, S. S.; *et al.* Interoception and mental health: a roadmap. **Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging**, v. 3, n. 6, p. 501-513, 2018.
- KILBOURNE, J. **Deadly persuasion**: Why women and girls must fight the addictive power of advertising. Lexington: Volunteer Recording Unit, 2000. 368 p.
- KONTTINEN, H.; *et al.* Depression, emotional eating and long-term weight changes: a population-based prospective study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 16, n. 1, p. 1-11, 2019.
- LE, L. K. D.; *et al.* Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 53, n. 2016, p. 46-58, 2017.
- LEPAGE, M. L.; *et al.* Psychological correlates of fasting and vigorous exercise as compensatory strategies in undergraduate women. **Eating Behaviors**, v. 9, n. 4, p. 423-429, 2008.
- LÉVI-STRAUSS, C. O. (org.). **Triângulo culinário**. 1a. ed. São Paulo: Documentos, 1968. 102 p.
- LINARDON, J. *et al.* Body appreciation and its psychological correlates: A systematic review and meta-analysis. **Body Image**, v. 42, p. 287-296, 2022.
- LINARDON, J.; TYLKA, T. L.; FULLER-TYSZKIEWICZ, M. Intuitive eating and its psychological correlates: A meta-analysis. **International Journal of Eating Disorders**, v. 54, n. 7, p. 1073-1098, 2021.
- LINEHAN, M. **Tratamento cognitivo-comportamental do transtorno de personalidade borderline**. New York: Guilford Press, 1993. 558 p.
- LINVILLE, D.; *et al.* Effectiveness of an eating disorder preventative intervention in primary care medical settings. **Behaviour Research and Therapy**, v. 75, n. 10, p. 32-39, 2015.

- LOBERA, I. J.; RÍOS, P. B. Body image and quality of life in a Spanish population. **International Journal of General Medicine**, v. 25, n. 4, p. 63-72, 2011.
- LOPEZ-CEPERO, A.; *et al.* Association between emotional eating, energy-dense foods and overeating in Latinos. **Eating Behaviors**, v. 33, p. 40-43, 2019.
- LOPEZ-CEPERO, A.; *et al.* Association of dysfunctional eating patterns and metabolic risk factors for cardiovascular disease among Latinos. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 118, n. 5, p. 849-856, 2018.
- LÓPEZ-GIL, J. F.; *et al.* Global proportion of disordered eating in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. **JAMA Pediatrics**, v. 177, n. 4, p. 363-372, 2023.
- LOUGHRAN, T. J. **Effectiveness of intuitive eating intervention through a text messaging program among college students**. 2017. 42p. Theses - Illinois State University, Illinois, Estado Unidos, 2017.
- LOVERING, M. E.; *et al.* Exploring the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction in postpartum women. **Body Image**, v. 24, p. 44-54, 2018.
- LOWE, M. R. Commentary on: "What is restrained eating and how do we identify it?": unveiling the elephant in the room. **Appetite**, v. 168, p. 105221, 2022.
- MARKEY, C. H.; *et al.* A survey of eating styles in eight countries: Examining restrained, emotional, intuitive eating and their correlates. **British Journal of Health Psychology**, v. 28, n. 1, p. 136-155, 2023.
- MARSH, H. W. Cognitive discrepancy models: Actual, ideal, potential, and future self-perspectives of body image. **Social Cognition**, v. 17, n. 1, p. 46-75, 1999.
- MARTINS, B. G. *et al.* Psychometric characteristics of the Three-Factor Eating Questionnaire-18 and eating behavior in undergraduate students. **Eating and Weight Disorders**, v. 26, n. 2, p. 525-536, 2021.
- MCKINLEY, N. M.; HYDE, J. S. The objectified body consciousness scale: Development and validation. **Psychology of Women Quarterly**, v. 20, n. 2, p. 181-215, 1996.
- MENZEL, J. E.; KRAWCZYK, R.; THOMPSON, J. K. Attitudinal assessment of body image for adolescents and adults. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. (eds.). **Body image: A handbook of science, practice, and prevention**. 2. ed. New York: The Guilford Press, 2011. p. 154-169.
- MERINO, M.; *et al.* Body perceptions and psychological well-being: a review of the impact of social media and physical measurements on self-esteem and mental health with a focus on body image satisfaction and its relationship with cultural and gender factors. **Healthcare**, v. 12, n. 14, p. 1396, 2024.
- MESSER, M.; *et al.* Does body appreciation predict decreases in eating pathology via intuitive eating? A longitudinal mediation analysis. **Body Image**, v. 43, p. 107-111, 2022.

MODESTI, P. A.; *et al.* Panethnic differences in blood pressure in Europe: a systematic review and meta-analysis. **PloS One**, v. 11, n. 1, p. e0147601, 2016.

MODRZEJEWSKA, J.; *et al.* Translation and psychometric properties of a Polish version of the Body Acceptance by Others Scale-2 (BAOS-2). **Body Image**, v. 51, p. 101771, 2024.

MOHER, D.; *et al.* Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. **Systematic Reviews**, v. 4, n.1, p. 1-9, 2015.

MONTELEONE, A. M.; *et al.* Treatment of eating disorders: a systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 142, p. 104857, 2022.

MORAES, C.; ALVARENGA, M. S.; FIGUEIREDO, M. **Comer restritivo e “vício alimentar”**: conceitos, reflexões e influência no comportamento alimentar. *In*: DERAM, Sophie; ALVARENGA, Marle; PHILIPPI, Sonia Tucunduva (org.). **Nutrição comportamental**. 3. ed. Barueri: Manole, 2024.

MOREIRA, G. S. X. *et al.* Brazilian version of the body appreciation scale (BAS) for young adolescents. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 13, p. 21, p. E21, 2018.

MORGADO, F. F. R.; *et al.* Análise dos instrumentos de avaliação da imagem corporal. **Fitness & Performance Journal**, v. 8, n. 3, p. 204-211, 2009.

MORGAN, S. L. **Handbook of causal analysis for social research**. Dordrecht: Springer Netherlands, 2013. 328p.

MORRIS, J. N.; CRAWFORD, M. D. Coronary heart disease and physical activity of work. **BMJ**, v. 2, n. 5111, p. 1485-1496, 1958.

MORTAŞ, H.; VARLI, S. N.; BILICI, S. Determinants of disordered eating behaviors: Body mass index, emotional eating, dietary restriction, and motives for eating palatable foods. **Revista de Nutrição**, v. 36, p. e220086, 2023.

MOUNTFORD, V.; HAASE, A.; WALLER, G. Body checking in the eating disorders: Associations between cognitions and behaviors. **International Journal of Eating Disorders**, v. 39, n. 8, p. 708-715, 2006.

MURRAY, S. B.; *et al.* The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. **Clinical psychology review**, v. 57, p. 1-11, 2017.

NAHAS, M. V.; GARCIA, L. M. T. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 24, n. 1, p. 135-148, 2010.

NAMATAME, H.; UNO, K.; SAWAMIYA, Y. Development of Japanese version of the body appreciation scale-2. **Japanese Journal of Psychology**, v. 88, n. 4, p. 358-365, 2017.

NEFF, K. **Self-Compassion: The Proven Power of Being Kind to Yourself**. New York: William Morrow, 2011. 305 p.

NEVES, J. A. B. **Modelo de equações estruturais**: uma introdução aplicada. 1a. ed. Brasília: Enap, 2018. 81 p.

NEWSON, J.; SUKHOI, O.; THIAGARAJAN, T. **MHQ**: constructing an aggregate metric of mental wellbeing. 2023. Disponível em: <https://sapienlabs.org/wp-content/uploads/2023/02/Mental-State-of-the-World-2022.pdf> . Acesso em: 9 out. 2024.

NOLES, S. W.; CASH, T. F.; WINSTEAD, Barbara A. Body image, physical attractiveness, and depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 53, n. 1, p. 88, 1985.

NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H. The assessment of reliability. **Psychometric Theory**, v. 3, n. 1, p. 248-292, 1994.

O'HARA, S. E.; COX, A. E.; AMOROSE, A. J. Emphasizing appearance versus health outcomes in exercise: The influence of the instructor and participants' reasons for exercise. **Body Image**, v. 11, n. 2, p. 109-118, 2014.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Global Recommendations on Physical Activity for Health**. Geneva: OMS, 2010. 58p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>. Acesso em: 1 out. 2024.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: http://www.unu.edu/unupress/food/FNBv27n4_suppl_2_final.pdf. Acesso em: 28 ago. 2025.

PANÃO, I.; CARRAÇA, E. V. Effects of exercise motivations on body image and eating habits/behaviours: A systematic review. **Nutrition & Dietetics**, v. 77, n. 1, p. 41-59, 2020.

PATEL, R.; *et al.* A Feasibility study of taste & see: A church based programme to develop a healthy relationship with food. **Religions**, v. 8, n. 2, p. 29, 2017.

PENTIKÄINEN, S.; *et al.* Easy-going, rational, susceptible and struggling eaters: A segmentation study based on eating behaviour tendencies. **Appetite**, v. 120, p. 212-221, 2018.

PEREZ, M. B.; *et al.* Measurement invariance of the Intuitive Eating Scale–2 across country, ethnicity, sex, and sexual orientation: A cross-cultural study between Brazil and the US. **Eating Behaviors**, v. 54, p. 101904, 2024.

PIRAN, N.; TEALL, T. The developmental theory of embodiment. In: MCVEY, M. P. *et al.* **Preventing eating-related and weight-related disorders**: Collaborative research, advocacy, and policy change. Ontário, Canadá: Wilfred Laurier Pressp., 2012. 169-198.

PIWINGER, M.; EBERT, H. Impression Management: Wie aus Niemand Jemand wird. In: BENTELE, G. *et al.* (eds.). **Kommunikationsmanagement**: Strategien, Wissen, Lösungen. Neuwied: Luchterhand, 2001. 24 p.nu

- POLIVY, J.; HERMAN, C. P. Dieting and bingeing: A causal analysis. **American Psychologist**, v. 40, n. 2, p. 193-201, 1985.
- POLIVY, J.; HERMAN, C. P.; MILLS, J. S. What is restrained eating and how do we identify it? **Appetite**, v. 155, p. 104820, 2020.
- POLIVY, J.; HERMAN, C. P. Overeating in restrained and unrestrained eaters. **Frontiers in Nutrition**, v. 7, p. 513340, 2020.
- POOK, M.; TUSCHEN-CAFFIER, B.; BRÄHLER, E. Evaluation and comparison of different versions of the Body Shape Questionnaire. **Psychiatry Research**, v. 158, n. 1, p. 67-73, 2008.
- POWELL, M. R.; HENDRICKS, B. Body schema, gender, and other correlates in nonclinical populations. **Genetic, Social, and General Psychology Monographs**, v. 125, n. 4, p. 333-333, 1999.
- REISE, S. P.; BONIFAY, W. E.; HAVILAND, M.G. Scoring and modeling psychological measures in the presence of multidimensionality. **Journal of Personality Assessment**, v. 95, n. 2, p. 129-140, 2013.
- RESENDE, T. R. O. Restrição alimentar: uma visão ultrapassada do cuidado em saúde. In: SOUSA, E. M. *et al.* (org.). **Ciências e saúde: Cenário atual**. Formiga - MG: Editora Union, 2022, cap. 3, p. 41-58.
- RESENDE, T. R. O.; *et al.* Dissonance-based eating disorder prevention improves intuitive eating: a randomized controlled trial for Brazilian women with body dissatisfaction. **Eating and Weight Disorders**, v. 27, n. 3, p. 1099-1112, 2022.
- REZENDE, F.; OLIVEIRA, B. M. P. M; POÍNHOS, R. Assessment of intuitive eating and mindful eating among higher education students: a systematic review. **Healthcare**, v. 12, n. 5, p. 572, 2024.
- RICHARDS, P. S.; *et al.* Can patients with eating disorders learn to eat intuitively? A 2-year pilot study. **Eating Disorders**, v. 25, n. 2, p. 99-113, 2017.
- RICHARDSON, J. T. E. Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. **Educational Research Review**, v. 6, n. 2, p. 135-147, 2011.
- RIEGER, E.; *et al.* A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. **International Journal of Eating Disorders**, v. 37, n. 3, p. 234-40, 2005.
- RODGERS, R. F.; *et al.* Body image as a global mental health concern. **Cambridge Prisms: Global Mental Health**, v. 10, p. e9, 2023.
- ROGERS, C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. **Journal of Consulting Psychology**, v. 21, n. 2, p. 95-103, 1957.
- ROMANELLI, G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 39, n. 3, p. 333-339, 2006.

RUBIO, K. **Psicologia do Esporte**: teoria e prática. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003. 268 p.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. Self-Determination Theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. **Rajagiri Management Journal**, v. 15, n. 1, p. 88-90, 2021.

SALA, M.; *et al.* Predictors of relapse in eating disorders: A meta-analysis. **Journal of Psychiatric Research**, v. 158, p. 281-299, 2023.

SAMULSKI, D. M. **Psicologia do Esporte**. 2a. ed. São Paulo: Editora Manole, 2002. 404 p

SÁNCHEZ-OLIVA, D.; *et al.* A bifactor exploratory structural equation modeling representation of the structure of the basic psychological needs at work scale. **Journal of Vocational Behavior**, v. 98, p. 173-187, 2017.

SANDOZ, E. K.; *et al.* Assessment of body image flexibility: The body image-acceptance and action questionnaire. **Journal of Contextual Behavioral Science**, v. 2, n. 1-2, p. 39-48, 2013.

SANTOS, I.; *et al.* Prevalence of personal weight control attempts in adults: a systematic review and meta-analysis. **Obesity Reviews**, v. 18, n. 1, p. 32-50, 2017.

SAUNDERS, J. F.; NICHOLS-LOPEZ, K. A.; FRAZIER, L. D. Psychometric properties of the intuitive eating scale-2 (IES-2) in a culturally diverse Hispanic American sample. **Eating Behaviors**, v. 28, p. 1-7, 2018.

SCHAEFER, J. T.; MAGNUSON, A. B. A review of interventions that promote eating by internal cues. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 114, n. 5, p. 734-760, 2014.

SCHAEFER, L. M.; *et al.* Development and validation of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire-4-revised (SATAQ-4R). **International Journal of Eating Disorders**, v. 50, n. 2, p. 104-117, 2017.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. Trad. Rosane Wertman. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994. 208p.

SCHULZ, K. F.; ALTMAN, D. G.; MOHER, D.; CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **British Medical Journal**, v. 340, p. 332, 2010.

SCHULZ, K. F.; *et al.* CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. **Annals of Internal Medicine**, v. 152, n. 11, p. 726-732, 2010.

SHAFRAN, R.; *et al.* Body checking and its avoidance in eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, v. 35, n. 1, p. 93-101, 2004.

- SHAMSEER, L.; *et al.* Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. **BMJ**, v. 349, p. g7647, 2015.
- SHROFF, H.; THOMPSON, J. K. The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. **Body Image**, v. 3, n. 1, p. 17-23, 2006.
- SILVA, D. A. S.; *et al.* Prevalence and associated factors with body image dissatisfaction among adults in southern Brazil: a population-based study. **Body Image**, v. 8, n. 4, p. 427-431, 2011.
- SILVA, M. L. **Imagem corporal positiva e domínio psicológico: evidências psicométricas para praticantes e não praticantes de exercício físico**. 2023. 178f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco), Juazeiro, Bahia, 2023.
- SILVA, W. R.; *et al.* A psychometric investigation of Brazilian Portuguese versions of the caregiver eating messages scale and intuitive eating Scale-2. **Eating and Weight Disorders**, v. 25, n.1, p. 221-230, 2020.
- SILVA, W. R.; *et al.* Confirmatory factor analysis of different versions of the Body Shape Questionnaire applied to Brazilian university students. **Body Image**, v. 11, n. 4, p. 384-390, 2014.
- SINGER, J. D.; WILLETT, J. B. **Applied longitudinal data analysis: modeling change and event occurrence**. New York: Oxford University Press, 2003. 528 p.
- SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano** (1953). Brasília: Ed. UnB/FUNBEC, 1970. 486 p.
- SLADE, P. D. What is body image? **Behaviour Research and Therapy**, v. 32, n. 5, p. 497-502, 1994.
- SMITH, J. M.; *et al.* Evaluation of the relationships between dietary restraint, emotional eating, and intuitive eating moderated by sex. **Appetite**, v. 155, p. 104817, 2020.
- SMITHAM, D. **Evaluating an Intuitive Eating program for binge eating disorder: A benchmarking study**. 2009. 43 p. Dissertation (Doctoral in Psychology Program) - University of Notre Dame. South Bend, Indiana, 2009.
- SOIHET, J.; SILVA, A. D. Efeitos psicológicos e metabólicos da restrição alimentar no transtorno de compulsão alimentar. **Nutrição Brasil**, v. 18, n. 1, p. 55-62, 2019.
- STICE, E. A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 110, n. 1, p. 124-135, 2001.
- STICE, E. Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. **Clinical Psychology Review**, v. 14, n. 7, p. 633-661, 1994.

STICE, E.; *et al.* Clinician-led, peer-led, and internet-delivered dissonance-based eating disorder prevention programs: Acute effectiveness of these delivery modalities. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 85, n. 9, p. 883-895, 2017.

STICE, E.; *et al.* Meta-analytic review of dissonance-based eating disorder prevention programs: Intervention, participant, and facilitator features that predict larger effects. **Clinical Psychology Review**, v. 70, n. 2, p. 91-107, 2019.

STICE, E.; MARTI, C. N.; CHENG, Z. H. Effectiveness of a dissonance-based eating disorder prevention program for ethnic groups in two randomized controlled trials. **Behaviour Research and Therapy**, v. 55, n. 1, p. 54-64, 2014.

STICE, E.; SHAW, H. E. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 53, n. 5, p. 985-993, 2002.

STICE, E.; SHAW, H. Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. **Psychological Bulletin**, v. 130, n. 2, p. 206-227, 2004.

STICE, E.; SHAW, H.; MARTI, C. N. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. **Annual Review in Clinical Psychology**, v. 3, n. 1, p. 207-231, 2007.

STICE, E.; WHITENTON, K. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. **Developmental Psychology**, v. 38, n. 5, p. 669-678, 2002.

STICE, E.; YOKUM, S.; WATERS, A. Dissonance-based eating disorder prevention program reduces reward region response to thin models; How actions shape valuation. **PLoS ONE**, v. 10, n. 12, p. 1-17, 2015.

STRAIN, T.; *et al.* National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5·7 million participants. **The Lancet Global Health**, v. 12, n. 8, p. e1232-e1243, 2024.

SWAMI, V. Cultural influences on body size ideals. **European Psychologist**. **European Psychologist**, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2015.

SWAMI, V.; CHAMORRO-PREMUZIC, T. Factor structure of the Body Appreciation Scale among Malaysian women. **Body Image**, v. 5, n. 4, p. 409-413, 2008.

SWAMI, V.; *et al.* Body appreciation around the world: Measurement invariance of the Body Appreciation Scale-2 (BAS-2) across 65 nations, 40 languages, gender identities, and age. **Body Image**, v. 46, p. 449-466, 2023.

SWAMI, V.; *et al.* The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: Results of the International Body Project I. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 36, n. 3, p. 309-325, 2010

SWAMI, V.; *et al.* The body acceptance by others scale-2 (BAOS-2): Psychometric properties of a Bahasa Malaysia (Malay) translation and an assessment of invariance

across Malaysia, the United Kingdom, and the United States. **Body Image**, v. 38, p. 346-357, 2021.

THOMPSON, J. K. *et al.* **Exacting beauty**: Theory assessment, and treatment of body image disturbance. 1 ed. Washington, DC: American Psychological Association, 1999. 324 p.

THOMPSON, J. K.; STICE, E. Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. **Current Directions in Psychological Science**, v. 10, n. 5, p. 181-183, 2001.

TIBANA, R. A.; DE SOUSA, N. M. F. Are extreme conditioning programmes effective and safe? A narrative review of high-intensity functional training methods research paradigms and findings. **BMJ Open Sport & Exercise Medicine**, v. 4, n. 1, p. e000435, 2018.

TIGGEMANN, M. Considerations of positive body image across various social identities and special populations. **Body Image**, v. 14, p. 168-176, 2015.

TOBLER, N. S.; *et al.* School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. **Journal of Primary Prevention**, v. 20, p. 275-336, 2000.

TOMEI, F.; *et al.* Chronic venous disorders and occupation. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 36, n. 6, p. 653-665, 1999.

TRIBOLE, E.; RESCH, E. **Comer intuitivo**: exercícios práticos. Barueri, SP: Manole, 2022. 208 p.

TRIBOLE, E.; RESCH, E. **Intuitive eating**: a revolutionary program that works. New York: Saint Martin's Paperbacks, 1995. 237p.

TRIBOLE, E.; RESH, E. **Intuitive eating**: a revolutionary anti-diet approach. 4. ed. New York: St. Martin's Essentials, 2020. 400 p.

TRIBOLE, E.; RESH, E. **Intuitive eating**: A Revolutionary Program That Works. 2 ed. New York: St. Martin's Gdffin, 2003. 284 p.

TYLKA, T. L. Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. **Journal of Counseling Psychology**, v. 53, n. 2, p. 226-240, 2006.

TYLKA, T. L. Evidence for the Body Appreciation Scale's measurement equivalence/invariance between US college women and men. **Body image**, v. 10, n. 3, p. 415-418, 2013.

TYLKA, T. L.; *et al.* The Intuitive Eating Scale-3: Development and psychometric evaluation. **Appetite**, v. 199, p. 107407, 2024.

TYLKA, T. L.; HOMAN, K. J. Exercise motives and positive body image in physically active college women and men: Exploring an expanded acceptance model of intuitive eating. **Body Image**, v. 15, p. 90-97, 2015.

TYLKA, T. L.; KROON VAN DIEST, A. M. The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. **Journal of Counseling Psychology**, v. 60, n. 1, p. 137-153, 2013.

TYLKA, T. L.; PIRAN N. **Handbook of positive body image and embodiment: Constructs, protective factors, and interventions**. 1 ed. Oxford University Press, New York, NY, 2019. 536p.

TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. L. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. **Body Image**, v. 14, n. 6, p. 118–129, 2015.

UDO, T.; BITLEY, S.; GRILO, C. M. Suicide attempts in US adults with lifetime DSM-5 eating disorders. **BMC Medicine**, v. 17, n. 1, p. 1-13, 2019

VAN DEN BERG, P.; *et al.* The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 53, n. 5, p. 1007-1020, 2002.

VAN DYCK, Z.; *et al.* German version of the intuitive eating scale: Psychometric evaluation and application to an eating disordered population. **Appetite**, v. 105, p. 798-807, 2016.

VAN DYKE, N.; DRINKWATER, E. J. Review article relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. **Public Health Nutrition**, v. 17, n. 8, p. 1757-1766, 2014.

VANDENBOS, G. R. **Dicionário de psicologia da APA**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 1.042 p.

VASCONCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 2, p. 127-138, 2002.

WANG, J.; SHAW, A.; JACKSON, T. Validation of the Body Acceptance by Others Scale-2 (BAOS-2) and assessment of its associations with prospective changes in body image among young adults in China. **Body Image**, v. 43, p. 112-124, 2022.W

WARREN, C. S.; *et al.* English and Spanish versions of the Body Shape Questionnaire: Measurement equivalence across ethnicity and clinical status. **International Journal of Eating Disorders**, v. 41, n. 3, p. 265-272, 2008.

WATSON, D.; CLARK, L. A.; TELLEGEN, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 54, n. 6, p. 1063-1070, 1988.

WATSON, H. J.; *et al.* Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials. **International Journal of Eating Disorders**, v. 49, n. 9, p. 833-862, 2016.

WEINBERG, R. S.; GOULD, D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. Porto Alegre: Artmed, 2016. 624 p.

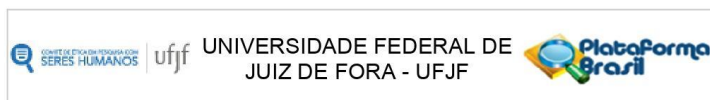
WHISMAN, M. A.; *et al.* Marital functioning and binge eating disorder in married women. **International Journal of Eating Disorders**, v. 45, n. 3, p. 385-389, 2012.

WOLZ, I.; BIEHL, S.; SVALDI, J. Emotional reactivity, suppression of emotions and response inhibition in emotional eaters: A multi-method pilot study. **Appetite**, v. 161, p. 105142, 2021.

YOUNG, S. **Promoting healthy eating among college women: effectiveness of an Intuitive Eating intervention.** 2010. 146 p. Dissertation (Doctoral in Philosophy Program) - Iowa State University. Ames, Iowa, 2010.

ZIMET, G. D.; *et al.* The multidimensional scale of perceived social support. **Journal of Personality Assessment**, v. 52, n. 1, p. 30-41, 1988.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação, desenvolvimento e teste de eficácia de um programa de intervenção para o comer intuitivo: um ensaio clínico controlado randomizado

Pesquisador: Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66556323.9.0000.5147

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.869.779

Apresentação do Projeto:

As informações foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"O presente estudo é caracterizado como quantitativo, por meio de dois desenhos distintos de estudo, realizados de modo sequencial: transversal e piloto de um ensaio clínico controlado e randomizado, desenho de intervenção com mascaramento aberto, três braços e seguimento de doze meses (SCHULZ et al., 2010)".

Objetivo da Pesquisa:

As informações foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Objetivo Primário: Avaliar os escores do comer intuitivo e a eficácia de um protocolo piloto no aumento do comer intuitivo de jovens adultas brasileiras.

Objetivo Secundário: a) Avaliar a apreciação corporal, aceitação corporal pelos outros, orientação interna do corpo, motivação funcional para o exercício físico, o papel dos alimentos da vida diária, a preocupação com a comida e a alimentação positiva de jovens adultas brasileiras. b) Desenvolver um protocolo de intervenção piloto e testar sua eficácia no aumento do comer intuitivo de jovens adultas brasileiras. c) Avaliar o comer intuitivo, a apreciação corporal, a aceitação corporal pelos outros, a orientação interna do corpo, a motivação funcional para o exercício físico, a internalização dos ideais

corporais e o comportamento alimentar (restrição cognitiva; alimentação descontrolada; comer

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SÃO PEDRO

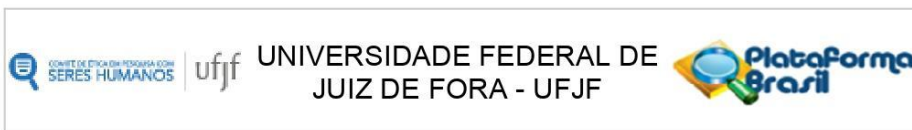
CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.869.779

emocional) em jovens adultas brasileiras, em quatro momentos distintos - pré-intervenção (baseline), pós-intervenção, um mês, seis meses e doze meses de follow-up.d) Avaliar a eficácia de uma proposta de intervenção nas variáveis sob análise, comparando os escores obtidos pelas jovens universitárias em jovens adultas brasileiras, em

quatro momentos distintos - pré-intervenção (baseline), pós-intervenção, um mês, seis meses e doze meses de follow-up.e) Comparar os efeitos de uma proposta de intervenção preventiva entre um grupo submetido à intervenção (GI), a um GCA e a um GCP nas variáveis sob análise em jovens adultas brasileiras, em quatro momentos distintos - pré-intervenção (baseline), pós-intervenção, um mês, seis meses e doze meses de follow-up. f) Avaliar as propriedades psicométricas (validade e confiabilidade) dos seguintes instrumentos: Food-Life Questionnaire (SHARP et al. 2013); Food Preoccupation Questionnaire (TAPPE; POTHOS, 2010) e Positive Eating Scale (SPROESSER et al., 2017)".

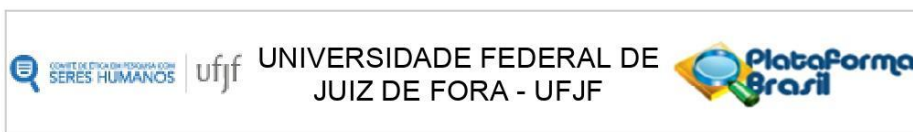
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Riscos: Esta pesquisa se caracteriza como de riscos mínimos por incluir atividades como responder questionários, possuindo riscos mínimos de pesquisa envolvendo seres humanos como responder questionários e participar de discussões em grupo, que incluem a possibilidade de constrangimento ao responder os questionários, cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas e quebra de sigilo e anonimato. Em relação ao cansaço ao responder às perguntas foram selecionados instrumentos curtos, de resposta simples e objetiva. Ainda, algumas participantes podem se sentir incomodadas em responder questionários a cerca desses construtos, de modo com que se a participante desejar, poderá deixar itens em branco ou simplesmente finalizar o protocolo sem completá-lo, pois, as questões do formulário não exigem respostas a todas as perguntas.

Para aquelas que participarão das discussões e se sentirem incomodadas no momento, os pesquisadores estarão atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto. Portanto, em caso de desconforto ou algum evento inesperado os pesquisadores (especialistas em imagem corporal e comportamento alimentar), treinados com a metodologia do programa estarão de prontidão para lidar com essas situações. Além disso, em caso de eventos inesperados como o manifesto de desistência, será garantido sua escolha assim como desejar, de modo a não mudança da forma como será tratado pelos pesquisadores. Somado a isso, os pesquisadores serão responsáveis por todos os procedimentos, visando o pleno andamento da pesquisa e integridade dos participantes, os pesquisadores serão responsáveis por todos os procedimentos necessários. Ressalta-se que

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	
Bairro: SAO PEDRO	CEP: 36.036-900
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.869.779

para minimizar esses riscos as intervenções ocorrerão em ambiente privado e confortável para as participantes. Todas as participantes serão informadas sobre os objetivos e procedimentos do estudo e aqueles que concordarem em participar após a leitura, assinarão o TCLE.

Benefícios: Esta pesquisa traz benefícios diretos às participantes que participarão da pesquisa, tanto pelo GI, quanto ao GCA e GCP, como aumento do comer intuitivo, apreciação corporal, aceitação corporal pelos outros, orientação interna do corpo, motivação funcional para o exercício físico e redução da internalização dos ideais corporais. Destaca-se que esse benefício inclui as participantes do grupo controle, uma vez que, elas receberão materiais educativos sobre cada tema retratado ao longo da intervenção pelo GI.

Como benefícios indiretos, espera-se que os resultados obtidos por meio dessa pesquisa possam contribuir para o avanço nos estudos em imagem corporal, transtornos alimentares e comer intuitivo, considerando o público feminino (benefícios indiretos). Devido à grande pressão sociocultural exercida nesse público-alvo pelo corpo ideal magro, influenciando na insatisfação corporal e no risco de transtornos alimentares. Deve existir uma prioridade na saúde pública através do desenvolvimento e disseminação de programas efetivos que visam minimizar ou prevenir esses problemas e aumentem fatores protetores, como o comer intuitivo".

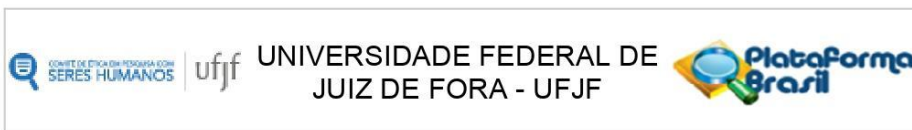
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.869.779

466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 30/11/2025.

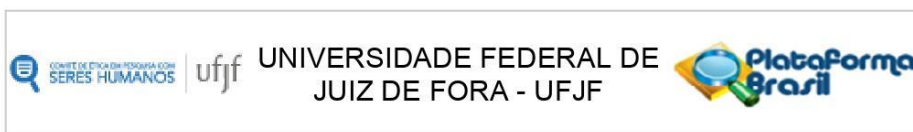
Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2073616.pdf	12/01/2023 14:50:55		Aceito
Outros	Curriculo_Mirielle.pdf	12/01/2023 14:50:27	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	Curriculo_Edilene.pdf	12/01/2023 14:50:11	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	Curriculo_Thaina.pdf	12/01/2023 14:49:49	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	Curriculo_Marle.pdf	12/01/2023 14:49:16	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	Curriculo_Pedro.pdf	12/01/2023 14:48:33	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.869.779

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO_A.pdf	12/01/2023 14:45:48	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	11/01/2023 13:25:08	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_L.pdf	06/01/2023 16:01:30	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_K.pdf	06/01/2023 15:51:07	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_J.pdf	06/01/2023 15:50:53	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_I.pdf	06/01/2023 15:50:41	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_H.pdf	06/01/2023 15:50:26	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_G.pdf	06/01/2023 15:50:14	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_F.pdf	06/01/2023 15:50:03	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_E.pdf	06/01/2023 15:49:52	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_D.pdf	06/01/2023 15:49:16	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_C.pdf	06/01/2023 15:49:05	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_B.pdf	06/01/2023 15:48:54	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura.pdf	06/01/2023 15:48:31	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	06/01/2023 15:41:14	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito

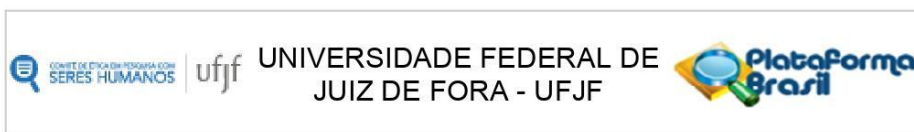
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.869.779

JUIZ DE FORA, 31 de Janeiro de 2023

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntária da pesquisa “**Avaliação, desenvolvimento e teste de eficácia de um programa de intervenção para o comer intuitivo: um ensaio clínico controlado randomizado**”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é o fato de que o comer intuitivo (um tipo de comportamento alimentar no qual a pessoa está atenta aos sinais de fome e saciedade) se mostra como potencial na prevenção e/ou diminuição de distúrbios de imagem corporal e alguns transtornos mentais, como o transtorno alimentar, fato que está forte e diretamente relacionado com a saúde e qualidade de vida da população. Nesta pesquisa pretendemos avaliar o comer intuitivo em uma grande amostra de jovens brasileiras do sexo feminino.

Caso você concorde em participar, vamos **pedir para que responda a alguns questionários**. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: **riscos mínimos como responder questionários, que incluem a possibilidade de constrangimento ao respondê-los, cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas e quebra de sigilo e anonimato**. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, **foram selecionados instrumentos curtos, de resposta simples e objetiva, além disso, as questões do formulário não exigem respostas a todas as perguntas. Se o participante desejar, poderá deixar itens em branco ou simplesmente finalizar o protocolo sem completá-lo**. É garantido a você, a qualquer momento, manifestar a **desistência se assim o desejar**. Isso não mudará a forma como será tratado pelos pesquisadores. Além disso, os pesquisadores serão responsáveis por todos os procedimentos, visando o pleno andamento da pesquisa e integridade dos participantes. Seus dados de contato como nome, e-mail e telefone serão coletados para fim de comunicação com os pesquisadores. **Entretanto, esses dados ficarão em banco de dados exclusivo dos pesquisadores sendo utilizados apenas para fins de pesquisa e possível comunicação entre pesquisadores e participantes**. A pesquisa pode ajudar **no avanço dos estudos sobre o comer intuitivo no país, compreender os riscos de adquirir comportamentos orientados a problemas de saúde como distúrbios de imagem corporal e transtornos alimentares**.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido. O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável (Professor Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho) e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Governador Valadares, _____ de _____ de 20__

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)
Prof. Dr. Pedro Henrique ~~Berbert~~ de Carvalho

Professor Dr. Pedro Henrique ~~Berbert~~ de Carvalho (Pesquisador Responsável)
Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Avançado Governador Valadares
Avenida Doutor Raimundo Rezende, 330 - Centro, Gov. Valadares - MG, 35012-140
Fone: (33) 99114-3073 E-mail: pedro.berbert@ufjf.edu.br

ANEXO C – Questionário Sociodemográfico

1. Nome: _____.
2. E-mail: _____.
3. Celular: () _____
4. Idade: _____ anos
5. Possui o diagnóstico de transtorno (s) alimentar (es)? _____.
Se sim, qual (is)? _____.
6. Possui alguma (s) condição (es) de saúde que interfira no consumo regular de alimentos? _____.
Se sim, qual (is)? _____.
7. Cor/raça: () preto () pardo () branco () indígena () amarelo.
8. Sexo atribuído ao nascimento (marque abaixo): () Homem () Mulher () Intersexual
9. Orientação Sexual: () Homossexual () Heterossexual () Bissexual () Assexual () Pansexual.
10. Identidade de gênero: () Cisgênero () Transgênero () Não-binário () Agênero () outro.
11. Especifique: _____.
12. Estado civil (marque abaixo): () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo
() Outro. Especifique: _____.
13. Peso (kg): _____
14. Altura (m): _____
15. Em uma escala de 1 a 10, o quanto diria que está insatisfeita com o seu corpo como um todo? _____ (informe somente um número de 1 a 10).
16. Em uma escala de 1 a 10, o quanto diria que está insatisfeita com a quantidade de gordura em seu corpo? _____ (informe somente um número de 1 a 10).
17. Em uma escala de 1 a 10, o quanto diria que está insatisfeita com a quantidade de músculos em seu corpo? _____ (informe somente um número de 1 a 10).
18. Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	1	2	3	4 +
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks, desconsiderando tablets ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A ÁGUA DO SEU DOMICÍLIO É PROVENIENTE DE?	
Rede geral de distribuição	1
Poço ou nascente	2
Outro meio	3
CONSIDERANDO O TRECHO DA RUA DO SEU DOMICÍLIO, VOCÊ DIRIA QUE A RUA É:	
Asfaltada/Pavimentada	1
Terra/ Cascalho	2

18. Qual o grau de instrução do chefe (a) da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio:

ESCOLARIDADE	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	1
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	2
Fundamental II completo / Médio incompleto	3
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	5

ANEXO D – *Intuitive Eating Scale – 2*

Marque a resposta que melhor caracteriza suas atitudes ou comportamentos	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
2- Eu como quando estou emotivo (a) (por exemplo: ansioso (a), deprimido (a), triste), mesmo não estando com fome					
5- Eu como quando me sinto sozinho (a), mesmo não estando com fome					
6- Eu confio no meu corpo para me dizer quando comer					
7- Eu confio no meu corpo para me dizer o que comer					
8- Eu confio no meu corpo para me dizer quanto comer					
10- Eu uso a comida para me ajudar a aliviar minhas emoções negativas					
11- Eu como quando estou estressado (a), mesmo não estando com fome					
18- Na maioria das vezes, eu tenho vontade de comer comidas nutritivas					
19- Principalmente, eu como alimentos que ajudam meu corpo a funcionar bem					
20- Principalmente, eu como alimentos que dão disposição e energia para meu corpo					
23- Eu confio no meu corpo para me dizer quando devo parar de comer					

ANEXO E - *Body Acceptance By Others*

O questionário abaixo diz respeito a forma com que pessoas importantes na sua vida se referem ao seu corpo e suas características físicas, incluindo forma, peso, altura, cor da pele, estrutura corporal (Ex. músculos, gordura) e assim por diante. Usamos o termo “pessoas importantes para mim”, no sentido de pessoas, grupos ou comunidades que têm impacto na sua vida e que você considera relevantes. Estas podem ser, por exemplo, membros da sua família, amigos (as) próximos (as), parceiros (as) íntimos (as)/companheiro (a)/marido/esposa, professores (as), treinadores (as), colegas, grupos aos quais você pertence e comunidades virtuais, contanto que você os considere importantes e significativos na sua vida. Por favor, indique sua concordância com cada uma das frases abaixo enquanto pensa sobre a importância dessas pessoas para você.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Sinto que pessoas importantes para mim aceitam meu corpo.					
2. Acredito que pessoas importantes para mim valorizam meu corpo como ele é, sem tentar mudá-lo.					
3. Acredito que pessoas importantes para mim confiam que eu faço o que é melhor para mim em relação ao meu corpo.					
4. Acredito que pessoas importantes para mim aceitam meu corpo sem me comparar com outras pessoas.					
5. Não preciso mudar meu corpo, para me sentir aceito (a) pelas pessoas importantes para mim.					
6. Acredito que pessoas que são importantes para mim aceitam e valorizam meu corpo.					
7. Pessoas importantes para mim me ajudam a me sentir calmo (a) e feliz com meu corpo, em vez de preocupado (a) com ele.					
8. Acredito que pessoas importantes para mim respeitam meu corpo.					
9. Tenho a sensação de que pessoas importantes para mim gostam do meu corpo como ele é, mesmo que não digam nada.					
10. Acredito que pessoas importantes para mim valorizam meu corpo como ele é nas suas características únicas.					
11. Pessoas importantes para mim me ajudam a me sentir confortável em relação ao meu corpo.					
12. Posso contar com pessoas importantes para mim para aceitar meu corpo.					
13. Pessoas importantes para mim evitam fazer críticas ou julgamentos sobre meu corpo.					

ANEXO F – *Functionality Appreciation Scale*

<p>Por favor, indique o quanto você concorda com cada uma das afirmações a seguir:</p>	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1- Eu aprecio meu corpo pelo que ele é capaz de fazer.					
2- Eu sou grato(a) pela saúde do meu corpo, mesmo que nem sempre ele seja tão saudável quanto eu gostaria que fosse.					
3- Eu aprecio meu corpo, pois ele me permite comunicar e interagir com os outros.					
4- Eu reconheço e aprecio quando meu corpo está bem e/ou relaxado.					
5- Eu sou grato(a) por meu corpo possibilitar que eu me envolva em atividades que eu gosto ou acho importante.					
6- Eu sinto que meu corpo faz muito por mim.					
7- Eu respeito meu corpo pelas funções que ele realiza.					

ANEXO G – *Motives For Physical Activity Measure-Revised*

Eis uma lista de razões para as pessoas se engajarem em atividades físicas, esportes e exercícios. Tendo em mente sua(s) atividade(s) física(s) e ou esportiva(s) atualmente, responda o quanto você concorda com cada afirmação, utilizando a escala abaixo:

Pouco verdadeira 1 2 3 4 5 6 7 Muito verdadeira

1. Por que é prazeroso. _____
2. Por que gosto de praticar atividades fisicamente desafiadoras. _____
3. Por que quero aprender novas habilidades. _____
4. Por que quero perder ou manter o peso e ter uma melhor aparência. _____
5. Por que quero encontrar meus amigos. _____
6. Por que gosto de praticar essa atividade. _____
7. Por que gosto do desafio. _____
8. Por que quero definir meus músculos e ter uma melhor aparência. _____
9. Por que fico feliz. _____
10. Por que quero ter mais energia. _____
11. Por que gosto de atividades fisicamente desafiadoras. _____
12. Por que gosto da companhia de outras pessoas interessadas nessa atividade. _____
13. Por que quero melhorar minha condição cardiovascular. _____
14. Por que quero melhorar a minha aparência. _____
15. Por que acho que é interessante. _____
16. Por que quero manter minha força física para levar uma vida saudável. _____
17. Por que quero que os outros me achem atraente. _____
18. Por que quero conhecer novas pessoas. _____
19. Por que gosto dessa atividade. _____
20. Por que quero manter minha saúde física e bem-estar. _____
21. Por que quero melhorar a forma de meu corpo. _____
22. Por que acho essa atividade estimulante. _____
23. Por que me acho fisicamente feio se não o fizer. _____
24. Por que meus amigos querem que eu o pratique. _____
25. Por que gosto do prazer de participar. _____
26. Por que gosto de passar tempo com outras pessoas praticando essa atividade. _____

ANEXO H - *Body Appreciation Scale-2*

Por favor, indique a frequência com que estas questões são verdadeiras sobre você:	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1 - Eu respeito meu corpo.	1	2	3	4	5
2 – Eu me sinto bem com meu corpo.	1	2	3	4	5
3 – Eu sinto que meu corpo tem, pelo menos, algumas qualidades positivas.	1	2	3	4	5
4 – Eu tenho uma atitude positiva em relação ao meu corpo.	1	2	3	4	5
5 – Eu sou atento (a) às necessidades do meu corpo.	1	2	3	4	5
6 – Eu sinto amor pelo meu corpo.	1	2	3	4	5
7 – Eu aprecio as características diferentes e únicas do meu corpo.	1	2	3	4	5
8 – Meu comportamento revela minha atitude positiva em relação ao meu corpo; por exemplo, mantenho minha cabeça erguida e sorrio.	1	2	3	4	5
9 – Eu sou confortável com meu corpo.	1	2	3	4	5
10 – Sinto que sou bonito(a) mesmo que eu seja diferente das imagens de pessoas atraentes da mídia (ex: modelos, atrizes/atores).	1	2	3	4	5

ANEXO I - Three-Factor Eating Questionnaire-18

1. Eu como intencionalmente pequenas quantidades como um meio de controlar meu peso

Definitivamente verdadeiro	Na maior parte verdadeiro	Na maior parte falso	Definitivamente falso
----------------------------	---------------------------	----------------------	-----------------------

2. Conscientemente, contendo-me nas refeições para não ganhar peso

Definitivamente verdadeiro	Na maior parte verdadeiro	Na maior parte falso	Definitivamente falso
----------------------------	---------------------------	----------------------	-----------------------

3. Não consumo alguns alimentos porque eles fazem-me engordar

Definitivamente verdadeiro	Na maior parte verdadeiro	Na maior parte falso	Definitivamente falso
----------------------------	---------------------------	----------------------	-----------------------

4. Com que frequência você evita “armazenar” alimentos tentadores?

Quase nunca	Raramente	Geralmente	Quase sempre
-------------	-----------	------------	--------------

5. Qual a probabilidade de você conscientemente comer menos do que você quer?

Improvável	Pouco provável	Moderadamente provável	Muito provável
------------	----------------	------------------------	----------------

6. Numa escala de 1 a 8, onde 1 significa nenhuma restrição em comer (comer o que você quer e quando você quiser) e 8 significa restrição total (constantemente limita a ingestão de alimentos e nunca cede), que número você daria a si mesmo?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

7. Quando sinto o cheiro de um bife grelhado ou vejo um pedaço de carne suculento ou um alimento gostoso, acho muito difícil privar-me de comer, mesmo que tenha acabado de realizar uma refeição

Definitivamente verdadeiro	Na maior parte verdadeiro	Na maior parte falso	Definitivamente falso
----------------------------	---------------------------	----------------------	-----------------------

8. Às vezes quando começo a comer, parece que não consigo parar

Definitivamente verdadeiro	Na maior parte verdadeiro	Na maior parte falso	Definitivamente falso
----------------------------	---------------------------	----------------------	-----------------------

9. Estar com alguém que está comendo, muitas vezes me deixa com fome suficiente para comer também#

Definitivamente verdadeiro	Na maior parte verdadeiro	Na maior parte falso	Definitivamente falso
----------------------------	---------------------------	----------------------	-----------------------

10. Quando vejo uma verdadeira iguaria, muitas vezes fico com tanta fome que preciso comer imediatamente#

Definitivamente verdadeiro	Na maior parte verdadeiro	Na maior parte falso	Definitivamente falso
----------------------------	---------------------------	----------------------	-----------------------

11. Fico com tanta fome que meu estômago, muitas vezes, parece um poço sem fundo

Definitivamente verdadeiro	Na maior parte verdadeiro	Na maior parte falso	Definitivamente falso
----------------------------	---------------------------	----------------------	-----------------------

12. Estou sempre com fome, portanto, parar de comer antes de terminar a comida no meu prato é difícil para mim

Definitivamente verdadeiro	Na maior parte verdadeiro	Na maior parte falso	Definitivamente falso
----------------------------	---------------------------	----------------------	-----------------------

13. Estou sempre com fome suficiente para comer a qualquer momento

Definitivamente verdadeiro	Na maior parte verdadeiro	Na maior parte falso	Definitivamente falso
----------------------------	---------------------------	----------------------	-----------------------

14. Com que frequência você sente fome?

Só na hora das refeições	Às vezes entre as refeições	Frequentemente entre as refeições	Quase sempre
--------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------

15. Você continua a comer compulsivamente embora não esteja com fome?

Nunca	Raramente	Às vezes	Pelo menos uma vez na semana
-------	-----------	----------	------------------------------

16. Quando me sinto ansioso (a), eu me pego comendo

Definitivamente verdadeiro	Na maior parte verdadeiro	Na maior parte falso	Definitivamente falso
----------------------------	---------------------------	----------------------	-----------------------

17. Quanto sinto-me triste, muitas vezes como em excesso

Definitivamente verdadeiro	Na maior parte verdadeiro	Na maior parte falso	Definitivamente falso
----------------------------	---------------------------	----------------------	-----------------------

18. Quando me sinto sozinho, eu como para consolar-me

Definitivamente verdadeiro	Na maior parte verdadeiro	Na maior parte falso	Definitivamente falso
----------------------------	---------------------------	----------------------	-----------------------

APÊNDICE A - Checklist *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT, 2010)

Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
Title and abstract	1a	Identification as a randomised trial in the title	1
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	4-7
Introduction			
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	20-23
	2b	Specific objectives or hypotheses	24-25
Methods			
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	86
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	-
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	87
	4b	Settings and locations where the data were collected	88
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	88-91
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	91-95
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	-
Sample size	7a	How sample size was determined	87
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	-

Randomisation:

Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence	88
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	88
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	88
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	88
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how	-
	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	-
Statistical methods	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	95-96
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	-
Results			
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome	97-100
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons	97, 99-100
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	-
	14b	Why the trial ended or was stopped	-
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	98
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups	97-100

Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)	104-105
	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended	-
Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory	-
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)	-
Discussion			
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses	117-118
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings	117-118
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence	112-118
Other information			
Registration	23	Registration number and name of trial registry	86
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available	162-256
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders	-

APÊNDICE B – Folder de Divulgação

Nutrindo o Corpo com Cuidado e Compaixão

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que pretende cultivar uma relação gentil e consciente com a alimentação.

Consiste em seis encontros, um a cada semana, com 1 hora de duração, e a resposta a alguns questionários.



Marque os horários que você tem disponibilidade:

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
<input type="checkbox"/> 8h às 9h	<input type="checkbox"/> 8h às 9h	<input type="checkbox"/> 8h às 9h	<input type="checkbox"/> 8h às 9h	<input type="checkbox"/> 8h às 9h
<input type="checkbox"/> 9h às 10h	<input type="checkbox"/> 9h às 10h	<input type="checkbox"/> 9h às 10h	<input type="checkbox"/> 9h às 10h	<input type="checkbox"/> 9h às 10h
<input type="checkbox"/> 10h às 11h	<input type="checkbox"/> 10h às 11h	<input type="checkbox"/> 10h às 11h	<input type="checkbox"/> 10h às 11h	<input type="checkbox"/> 10h às 11h
<input type="checkbox"/> 11h às 12h	<input type="checkbox"/> 11h às 12h	<input type="checkbox"/> 11h às 12h	<input type="checkbox"/> 11h às 12h	<input type="checkbox"/> 11h às 12h
<input type="checkbox"/> 13h às 14h	<input type="checkbox"/> 13h às 14h	<input type="checkbox"/> 13h às 14h	<input type="checkbox"/> 13h às 14h	<input type="checkbox"/> 13h às 14h
<input type="checkbox"/> 14h às 15h	<input type="checkbox"/> 14h às 15h	<input type="checkbox"/> 14h às 15h	<input type="checkbox"/> 14h às 15h	<input type="checkbox"/> 14h às 15h
<input type="checkbox"/> 15h às 16h	<input type="checkbox"/> 15h às 16h	<input type="checkbox"/> 15h às 16h	<input type="checkbox"/> 15h às 16h	<input type="checkbox"/> 15h às 16h
<input type="checkbox"/> 16h às 17h	<input type="checkbox"/> 16h às 17h	<input type="checkbox"/> 16h às 17h	<input type="checkbox"/> 16h às 17h	<input type="checkbox"/> 16h às 17h

Nome/**Idade**: _____

Curso/**Período**: _____

Celular: _____

Email: _____

APÊNDICE C – Protocolo final da Intervenção

SESSÃO 1

Objetivo: gerar uma visão geral e introduzir as participantes nas regras e expectativa do grupo. A sessão é amplamente interativa, com discussões sobre a definição e a origem dos ideais de aparência, e os custos associados com a busca deste ideal. A importância da participação e de completar os exercícios de casa também são enfatizadas.

Materiais:

Publicações impressas de redes sociais com fotos de mulheres com estereótipos padrões

Flip chart (ou quadro branco) e pincéis

(apostilas devem ser colocadas nas pastas dos participantes)

Câmera de vídeos

Crachás com nomes

Tópicos:

I. Introdução

II. Comprometimento voluntário e visão geral

III. Definição e origem dos ideais de aparência

IV. Custos associados a busca pelos ideais de aparência

V. Atividades para após a sessão (Tarefas para casa)

I. INTRODUÇÃO (10 mins)

Ligue a câmera de vídeo agora. Se alguém estiver preocupada sobre estar sendo filmada, poderá ter a opção de ficar fora do campo de visão. Apesar de não exigir que todas as sessões sejam filmadas, isto aumenta a responsabilidade para as demonstrações anti-ideal de beleza que, teoricamente, maximiza os efeitos da intervenção.

Obrigada a todas pela presença. Todas vocês decidiram fazer parte deste grupo para entender melhor sobre seus comportamentos alimentares e suas relações com seus corpos – o que é algo comum de querer compreender entre mulheres jovens.

Pesquisas mostram que o fato de falarmos sobre o “ideal de aparência”, muitas das vezes propagado pela sociedade, pode ajudar a desafiar as pressões que muitas de nós sofremos para alcançar esse ideal, fazendo com que nós nos sintamos melhor sobre nossos próprios corpos. E esta tem sido relatada como uma potente intervenção para melhorar a nossa relação com nossos corpos e com a comida. Esta é a razão de eu me remeter a este roteiro durante todo o encontro. O que fazemos aqui é baseado em pesquisas científicas, então quero ter certeza de abranger tudo o que sabemos que é útil.

O líder do grupo começa se apresentando ao grupo. A apresentação inclui o nome, a profissão, e informações pessoais (por exemplo, alguma coisa interessante e única sobre si mesmos). O líder do grupo pede ao facilitador ou ajudante (se estiver presente) e aos membros do grupo para se apresentarem.

Vamos começar conhecendo melhor umas às outras. Cada uma pode nos dizer seu nome e alguma coisa única e interessante sobre vocês? Eu vou primeiro.

Os líderes dos grupos devem gastar algum tempo com cada participante para obter informações específicas e mostrar interesse (por exemplo, quanto tempo você tem gasto andando a cavalo? Que tipo de pinturas você faz?).

II. COMPROMETIMENTO VOLUNTÁRIO E VISÃO GERAL (3 mins)

Solicitando o comprometimento voluntário dos participantes da sessão.

Todas nós devemos aproveitar ao máximo estas reuniões, participar de todos os encontros, falarmos ativamente em todas as discussões e completarmos todos os exercícios propostos entre as reuniões. É importante deixar claro que a participação é voluntária.

Cada uma de vocês está disposta a participar voluntariamente deste grupo?

Vá ao redor da sala e faça com que cada participante diga que está disposta a participar ativamente.

Durante nossos encontros nós iremos:

1. *Discutir os ideais de aparência, explorar suas origens, examinar os custos de buscar este ideal.*
2. *Aprender novas formas de falar mais positivamente sobre nossos corpos.*

3. Entender a cultura da dieta, suas vantagens e desvantagens

Comparecimento

É importante que todas compareçam às seis reuniões. Se você absolutamente precisar perder uma sessão, por favor, avise ao (facilitador) ou a mim tão logo você saiba que terá que se ausentar. Nós iremos agenda uma sessão de “revisão” com você, antes da próxima reunião, para que você acompanhe todas as outras.

Líderes de grupo poderiam ligar ou enviar um e-mail às participantes no dia anterior a cada sessão, para lembrá-las do encontro e trazer as atribuições concluídas em casa. Se uma participante precisar perder uma sessão por qualquer razão, por favor, planeje uma breve sessão individual (aproximadamente 15 minutos) para discutir os pontos chave da sessão e dar a participante a chance de acompanhar as demais, antes da próxima sessão. Peça a ela para completar os exercícios antes da próxima sessão também.

III. DEFINIÇÃO E ORIGEM DOS IDEAIS DE APARÊNCIA (20 mins)

O Líder do grupo deverá espalhar fotografias de postagens em redes sociais de mulheres (por exemplo *Instagram*, etc.) sobre a mesa (deve haver cerca de três fotos para cada participante).

Observação: As imagens não devem ser fixas. Os facilitadores devem ter a capacidade de escolher imagens de pessoas de destaque no momento/época que a intervenção for conduzida. Isso deve ser feito pensando nas mudanças corporais que são constantes e na valorização social sobre essas mudanças.

Primeiro, eu gostaria que cada uma de vocês escolhesse duas imagens.

Não diga aos participantes o propósito do exercício – apenas peça para escolher alguma foto que lhes agrada.

Agora que vocês já selecionaram as fotos, vocês podem me dizer o que chamou sua atenção?

1. Procure obter a resposta de cada participante. Encoraje as participantes a focar em temas relacionados à aparência (por exemplo, “*Existe alguma coisa sobre a aparência dela que atraiu você?*”). Se uma participante disser algo como “*Eu realmente gostei da bolsa, por isso escolhi esta*”, você deverá dizer “*Sim, mas havia algo na modelo segurando a bolsa que te atraiu?*”. Se uma participante disser algo como “*Eu realmente gostei do cabelo dela*”, peça mais detalhes (por exemplo, “*O que esta foto quer dizer é que é assim que o cabelo de uma mulher deve ser?*”).

Escreva as características físicas de cada participante no quadro branco, e escreva o primeiro nome próximo a ela. Deixe escrito no quadro durante toda a sessão. Se estiver presente, a facilitadora pode contribuir neste momento auxiliando com a escrita no quadro branco

Agora que vocês disseram o que vocês gostaram nestas modelos, celebridades e influenciadoras digitais, o que estas fotos dizem sobre como a aparência da ‘mulher perfeita’ deve ser?

Coloque questões para o grupo e promova a participação e colaboração em suas respostas. Promova discussões chave – leve os participantes a falar, não os líderes do grupo.

Magreza e atratividade, ter um corpo perfeito, tonificado, com aparência atlética, com peitos grandes, nádegas redondas com pernas finas, alto, parecidos com uma super-modelo ou uma celebridade e influenciadora digital. Foque a discussão na aparência física, embora seja bom notar outros aspectos, como a pele clara e os dentes brancos. Destaque características aparentemente incompatíveis, tais como super magreza e seios grandes.

Enfatize características que as participantes disseram ter lhes chamado a atenção. Adicione novas características à lista (sem nomes).

Nós chamamos esta aparência – esta mulher magra, tonificada e peituda – “de ideal de aparência”.

O ideal de aparência não é o mesmo do corpo saudável, eles podem até parecer associados, mas não é. O ideal de aparência as pessoas tomam medidas extremas para terem uma aparência ultra-magra, incluindo alguns comportamentos de controle de peso não saudáveis e excesso de exercícios. O objetivo do ideal de aparência é alcançar esta aparência que não é real, nem saudável. Com o corpo saudável, o objetivo é saúde, aptidão física e longevidade. Um corpo saudável tem ambos: músculos e tecido adiposo. O corpo saudável envolve sentir-se bem sobre como nosso corpo funciona e sente.

Este “ideal de aparência” sempre foi o ideal de atratividade feminina? Já houve momentos na história em que a “mulher perfeita” tinha uma aparência diferente?

Não. Já foi diferente, em diferentes tempos. Solicite exemplos de diferentes padrões de beleza ao longo do tempo.

Este ideal é o mesmo para todos os grupos étnicos e culturas?

Dê às participantes uma chance de discutir as diferenças no ideal de aparência (características físicas) para vários grupos étnicos e culturas. Resuma a discussão reconhecendo que, assim como o ideal não tem sido consistente, ao longo do tempo, ele também varia de acordo com os grupos étnicos e culturais.

Obs: Vale marcar que não se trata de mudar de padrão, de ter outro padrão “ideal”, que as pessoas não tem padrão, então que qualquer um será sempre injusto, já houveram outros no passado, a questão é o que o mais idealizado hoje nunca esteve tão distante da mulher média (ou seja, cada vez mais inacessível).

De onde vem este ideal?

Indústria da moda, da mídia, como perfis em redes sociais.

Como este ideal é transmitido para nós?

Mídia: programas de televisão, redes sociais; indústria da dieta e do emagrecimento.

Alguma de vocês já recebeu algum comentário negativo sobre sua aparência, seu peso ou forma, vindo de seus amigos, familiares ou namorado? Como você se sentiu com isso? Ou isso pode ter acontecido com alguma amiga?

Discuta as experiências pessoais das participantes nestas áreas e o impacto em suas emoções e autoestima (isto é, enfatize os custos pessoais do foco da sociedade no ideal de aparência para as mulheres).

Como as mensagens midiáticas sobre o ideal de aparência impactam sobre a forma como você se sente sobre seu corpo?

Sentir-se inadequada por não se parecer com uma mulher com o padrão corporal, insatisfação com seus próprios corpos, sentimentos depressivos.

Esteja certa de que todas as participantes responderam.

O que nossa cultura nos diz que acontecerá, se nós conseguirmos nos parecer com o ideal de aparência?

Nós seremos aceitas, amadas, felizes, teremos sucesso, riqueza.

Diferencie o ideal de beleza de comportamentos saudáveis, se elas disserem que você será saudável caso se pareça com o ideal de magreza.

Você realmente acha que todas essas coisas boas irão acontecer se você mudar seu corpo?

Não, elas provavelmente terão pouco impacto.

Não descreva (ou permita que as participantes discutam) os benefícios de seguir o ideal de aparência, em geral, ou dê a impressão de que o ideal de aparência está próximo do ideal saudável (isto é, é possível estar dentro das normas de peso saudável, mas não atender aos padrões de um ideal super-magro).

IV. CUSTOS ASSOCIADOS A BUSCA DOS IDEAIS DE APARÊNCIA (20 mins)

Nós discutimos o ideal de aparência e de onde ele veio – agora iremos pensar sobre os custos envolvidos com este ideal.

Obter a participação do grupo.

Quais os custos para a própria pessoa de tentar se parecer com o ideal de aparência?

Reduz autoestima; é caro; física e mentalmente desgastante; pode se machucar, causar problemas de saúde, muitas vezes incentiva técnicas não saudáveis de controle de peso, como achar que sempre deve estar em dieta, e tentar muitas vezes fazê-las, assim como praticar exercícios de forma excessiva/compensatória, com sentimento de “queimar calorias”. Além de sentimentos depressivos e de ansiedade.

Se tantas mulheres estão lidando com estas questões, então quais os custos para a sociedade?

Aumentam os custos com os serviços de saúde mental, promovem uma cultura do descontentamento, crítica e julgamento das outras pessoas. Além de ditarem a necessidade constante de “estar em dieta”, “alimentos bons x ruins”.

Quem se beneficia com o ideal de aparência?

A indústria da dieta; a mídia; a indústria da moda e do “fitness”, maquiagem, produtos de beleza.

Você é uma das pessoas que se beneficia com o ideal de aparência? Em outras palavras, você está ficando rica com o ideal de aparência?

Não. Não permita que as participantes falem que se beneficiam com o ideal de aparência. Retome os custos individuais e coletivos, se necessário.

Dados todos os custos, faz algum sentido tentar se parecer com o ideal de aparência?

Não. Não permita que as participantes enfatizem quaisquer benefícios de seguir o ideal de aparência. Retome os custos individuais e coletivos, se necessário.

Esteja certo de que cada participante torne público seu argumento contra o ideal de aparência, neste momento (e em qualquer outro momento possível).

V. ATIVIDADE PARA APÓS A SESSÃO (“Tarefa para casa”) (7 mins)

As participantes do grupo são lembradas sobre as atividades que deverão ser realizadas em casa e trazidas na próxima sessão:

Agora que nós discutimos os custos do ideal de aparência, você estaria disposta a escrever uma carta a uma adolescente que está lutando com sua imagem corporal, sobre os custos associados com a perseguição ao ideal de aparência? Pense no máximo de custos que você puder, e se sinta livre para trabalhar com outras ideias.

Por favor, traga esta carta em nossa próxima reunião para que você possa ler e nós possamos discutir seus sentimentos ao escrevê-la. Nós iremos gravar você lendo sua carta e, então, caso você tenha concordado na avaliação inicial, iremos postar sua carta ou vídeo no site do nosso grupo. Também vamos dar-lhe uma cópia da gravação e você pode publicá-la em suas páginas do Instagram, YouTube, Facebook ou outro site, caso deseje.

Consulte o **formulário Carta a uma adolescente (Exercício #1)**.

Em segundo lugar, gostaríamos que você fique de frente para o espelho, com o mínimo de roupa possível e anote 15 características positivas. Isso inclui características físicas, emocionais, intelectuais e sociais.

Por favor, esteja certa de incluir pelo menos alguns atributos físicos em sua lista. Isso pode ser difícil no início, mas nós realmente queremos que você faça isso, porque é importante reconhecer cada uma dessas áreas sobre você mesma. Participantes

anteriores acharam este exercício muito útil e poderoso. Por exemplo, você pode gostar da forma dos seus braços, da força das suas pernas, do seu longo cabelo escuro, do som da sua risada, do fato de você ser um bom amigo.

Por favor, traga sua lista de qualidades positivas na próxima semana para que você possa compartilhá-la com o grupo.

Consulte o **formulário Exercício do Espelho (Exercício #2)**.

Em terceiro lugar, por favor, individualmente, complete o breve checklist de comportamentos do ideal de aparência. Ele foi designado para aumentar a consciência sobre comportamentos que o perpetuam.

Será que todas conseguiram entender o que estamos pedindo que vocês façam entre as sessões? Alguém poderia nos dizer, com suas próprias palavras, quais são os exercícios para após a sessão de hoje?

1. Escrever uma carta para menina mais jovem sobre os custos relacionados à perseguição do ideal de aparência.
2. Fazer o exercício de autoafirmação do espelho.

As experiências mostram que as mulheres tiram o máximo proveito das sessões quando dão o melhor de si nestes exercícios. Será que todas vocês acham que podem fazer isso?

Obter alguma forma de comprometimento público de cada participante.

Por favor, inclua seu nome completo e sua assinatura em seus exercícios feitos em casa. Nós iremos recolhê-los.

Queremos que estes exercícios sejam divertidos e estimulantes, por isso, sinta-se livre para falar sobre eles com outras pessoas entre as sessões.

Se o tempo permitir:

Todas podem me dizer alguma coisa que “funcionou pra você” nesta sessão, ou que “realmente fez sentido”? Isto é tudo por hoje. Obrigada por virem. Estamos ansiosos para vê-las na próxima semana!

SESSÃO 2

Objetivo: Gerar uma visão geral sobre as práticas de dietas e mentalidade de dieta. Com discussões sobre esta mentalidade e prática e os custos associados. A importância da participação e de completar os exercícios de casa também são enfatizadas.

Materiais	Câmera de vídeos Crachás com nomes
Tópicos:	I. Reforçando o comprometimento voluntário II. Registro e discussão da carta III. Discussão sobre o exercício do espelho IV. Introdução sobre a cultura das dietas V- Custos associados a mentalidade de dietas VI. Atividades para após a sessão (Tarefas para casa)

I. REFORÇANDO O COMPROMETIMENTO VOLUNTÁRIO (3 mins)

Ligue a câmera de vídeo agora.

Obrigada por comparecerem à segunda sessão. Cada uma de vocês está disposta a participar ativamente da sessão de hoje?

Vá ao redor da sala e faça com que cada participante diga que está disposta a participar ativamente.

II. REGISTRO E DISCUSSÃO DA CARTA (20 mins)

Na última semana, nós perguntamos se cada uma de vocês estaria disposta a escrever uma carta para uma adolescente sobre os custos de tentar se parecer com o ideal de

aparência. Eu gostaria de fazer um vídeo de você lendo sua carta para você poder postá-lo em seu próprio site, blog, ou sua conta do YouTube, Instagram ou Facebook, caso deseje.

Peça a cada participante para ler a carta. Enfatize para os membros do grupo que, por confidencialidade, nós não estamos autorizados a postar o vídeo se o participante disser seu nome completo ou de outro indivíduo durante a gravação. Grave com uma outra câmera, ou com os telefones celulares, para poder gerar um pequeno vídeo clip de cada participante. Após cada participante concluir a leitura de sua carta, responda agradecendo e fazendo um comentário positivo sobre a carta.

Por questões de confidencialidade, é importante ter certeza de que a participante que está lendo a carta seja a ÚNICA pessoa no vídeo.

Se uma participante não estiver disposta a ler sua carta, pergunte se está disposto a resumir ou escolher um trecho para ler.

Todas claramente gastaram um bom tempo escrevendo estas cartas e fizeram um grande trabalho. Por favor, entregue-os – não deixem de colocar seu nome e assinatura!

Recolha o **formulário Carta para uma adolescente** (Exercício #1). Esteja certo de que cada participante tenha escrito seu nome e assinado o formulário.

Nós ficamos bastante impressionadas com as cartas de todas as participantes e sentimos que elas poderão ajudar outras jovens mulheres que estão lutando com problemas de imagem corporal. Nós enviaremos uma cópia do vídeo para você postar em sua conta do YouTube, Instagram ou Facebook, se assim desejar.

III. DISCUSSÃO SOBRE O EXERCÍCIO DO ESPELHO (12 mins)

O outro exercício que pedimos que vocês fizessem foi se olharem no espelho e listar algumas características positivas sobre vocês.

Como você se sentiu quando fez este exercício? [obter respostas]

Por que tantos de nós sentimos dificuldade em tecer elogios sobre si mesma? Como nós poderíamos ensinar mulheres jovens que existe uma diferença entre confiança e arrogância, e que ser confiante é bom?

Agora que você já passou por isso, gostaríamos que você compartilhasse sua lista com o grupo. Lembre-se que pensar positivamente sobre seu corpo requer prática e que este é um exercício que lhe dará a prática de se lembrar de todas as suas características com as quais você está feliz!

Cite pelo menos três aspectos sobre você mesma com os quais você está feliz, incluindo ao menos duas características físicas?

Peça a cada participante para compartilhar as qualidades positivas que elas listaram. Desencoraje demonstrações “qualificadas” (por exemplo, “eu acho que meu estômago não é tão horrível”). Se você tiver este tipo de demonstração, aceite e peça ao participante outra característica que seja completamente positiva (por exemplo, “ok, você pode me dar mais uma característica que você tenha que seja completamente positiva?”).

Caso alguma participante não conseguiu qualificar suas qualidades, diga que esse é apenas um exercício inicial na intervenção (adiante a será reafirmado a importância do respeito ao corpo). Além disso, é importante enfatizar que essa atividade deve ser feita sempre pelas participantes de maneira genuína, uma vez que o respeito com o corpo deve ser uma busca constante.

Recolha o formulário **Exercício do Espelho** (Exercício #2). Esteja certo de que cada participante tenha escrito seu nome e assinado o formulário.

Com sorte, você reconheceu coisas positivas sobre você e irá se lembrar disso, particularmente porque as pressões para o ideal de aparência estão ao seu redor.

Já para aquelas que ainda não conseguiram reconhecer essas qualidades, não se preocupem, iremos falar ainda mais sobre isso ao longo da intervenção, afinal, a

cultura da insatisfação, ou seja, “nunca está bom” está enraizada, as pressões são potentes, mas vamos discutir formas de resistir a elas.

IV – INTRODUÇÃO SOBRE A CULTURA DAS DIETAS (10 mins)

Introduza a abordagem da cultura das dietas por meio da insatisfação corporal, de modo com que haja uma reflexão sobre como essa insatisfação pode provocar comportamentos para perder peso, como o fazer dietas, para alcançar o objetivo do ideal de corpo.

Talvez vocês já tenham tentado perder peso para mudar a insatisfação que vocês possuem em seus corpos, acreditando que o fazer dieta é o certo a se fazer.

Gostaria de saber de vocês o que acreditam que seja o “fazer dietas”.

Obter a participação do grupo

Perguntar as participantes se elas já fizeram ou tentaram fazer dieta.

Vocês já tentaram fazer dieta alguma vez na vida ou ao menos pensaram que deveriam fazer, como vivem com uma voz interna dizendo “não devia comer isto”, devia comer menos, devia comer diferente?

Obter a participação do grupo

Se você já tentou fazer uma dieta, pense no motivo por que você começou. Você sentiu pressão da família, amigos ou dos médicos para perder peso?

Obter a participação do grupo

Qual foi o maior período de tempo no qual você manteve a mudança corporal em decorrência de uma dieta? Hoje você vê que valeu a pena?

Obter a participação do grupo.

Atualmente, você acha difícil permanecer fazendo uma dieta – tanto mental como fisicamente?

Com que frequência você falou que determinada dieta funcionou, visto ter tido uma perda de peso temporária? Sua perda de peso foi sempre permanente, ou você voltou a ganhar peso gradualmente.

Obter a participação do grupo.

Depois de obter a resposta das participantes, explicar sobre os custos de viver em mentalidade de dieta.

Ao longo dos anos, muitas pessoas acreditam que determinada dieta realmente funcionou. Entretanto, ao refletir com mais profundidade, isso absolutamente não ocorreu. Muitos tinham perdido peso temporariamente, mas em seguida recuperaram todo o peso (e com frequência ganharam uns quilos a mais, em comparação com a situação inicial). Além disso, o simples fato de pensar que deveriam fazer dieta, pode provocar danos na saúde mental das pessoas. Portanto, agora vamos discutir sobre os custos associados à essa mentalidade.

V – CUSTOS ASSOCIADOS À MENTALIDADE DE DIETA (10 mins)

Agora as participantes terão que responder sobre os custos associados à mentalidade de dieta. Esteja certo de que cada participante torne público seu argumento contra o fazer dieta ou viver pensando em dieta, neste momento (e em qualquer outro momento possível).

De que modo as dietas podem afetar ou afetaram sua vida social?

Isolamento social, não participação de momentos importantes, constrangimento.

De que modo as dietas podem afetar ou afetaram sua mente e estado de espírito?

Tristeza, angústia, pensamento constante sobre comida.

Quais são as consequências físicas podem ser vivenciadas com a prática da dieta?

Fraqueza, fome, desânimo.

Quanto tempo e dinheiro você pode gastar na busca da perda de peso?

Valor de consultas, de remédios, suplementos, de procedimentos estéticos.

Diante de tudo o que falamos até aqui, quem se beneficia com as dietas?

A indústria da dieta; a mídia; a indústria da moda e do “fitness”.

Você acha que pode ser benéfico viver com a mentalidade de dieta ou ainda, ser feliz fazendo dieta pelo resto da vida para manter o ideal corpora?

Não. É importante nesse momento que o líder não permita que falem que faz pode fazer sentido. Retomar aos custos, caso alguém responda que faça sentido.

Além disso, é importante que no final da discussão, esteja claro que além de vozes externas (mídia, profissionais de saúde, família amigos...) há uma voz interna ditando regras (que foram incorporadas de fora) e essencial para este foco. Deve-se perceber estas vozes e combater-las pensando nos custos e consequências.

VI- ATIVIDADE PARA APÓS A SESSÃO (“Tarefa para casa”) (5 mins)

Atividades para serem feitas em casa, para a próxima sessão:

Ótimo. Agora nós gostaríamos de explicar duas atividades que deverão ser feitas em casa, antes da próxima sessão. A primeira é escrever uma carta para alguém na sua vida que te pressiona a fazer dietas, como um de seus pais, irmãos, namorado/a ou amigo/a. Inclusive, caso seja pela importância que eles dão ao padrão de aparência.

. Por favor, diga a ele como isso afeta você e diga-lhe como você responderia agora, após o que aprendeu nestes encontros.

Se ninguém te pressiona a fazer dieta, por favor escreva para aqueles que incentivam a cultura de dietas, como a mídia, celebridades, influenciadores digitais.

Retire o formulário **Carta-resposta de seu pacote** (Exercício #3).

O segundo exercício vocês deverão completar um quadro sobre a prática de dietas, com intuito de fazê-las pensar criticamente sobre todo o processo, ou seja, com qual idade, a razão motivadora, o tipo e tempo da prática, perda ou não de peso e manutenção deste.

Se você nunca fez dieta, entreviste alguém que já fez.

Retire o formulário **Quadro de dietas de seu pacote** (Exercício #4).

SESSÃO 3

Objetivo: Gerar discussões voltadas para fazer as pazes com a comida e policial alimenatar. A importância da participação e de completar os exercícios de casa também são enfatizadas.

Materiais	Câmera de vídeos
	Crachás com nomes
	Quadro branco
	Pinceis de quadro
Tópicos:	I. Reforçando o comprometimento voluntário
	II. Discussão sobre a carta-resposta
	III. Discussão sobre o quadro de dietas
	IV. Discussão sobre fazer as pazes com a comida
	V. Dramatizações para encorajar a melhor relação com os alimentos
	VI – Atividade de reflexão sobre o policial alimentar

VII. Atividades para após a sessão (Tarefas para casa)

I. REFORÇANDO O COMPROMETIMENTO VOLUNTÁRIO (3 mins)

Ligue a câmera de vídeo agora.

Novamente, é importante dizer que a participação é voluntária. Cada uma de vocês está disposta a participar ativamente da sessão de hoje?

Certifique-se de que todas pelo menos acenem com a cabeça em resposta.

II. DISCUSSÃO SOBRE A CARTA-RESPOSTA (10 mins)

Na semana passada nós pedimos que vocês escrevessem uma carta para alguém em sua vida que tem te pressionado a fazer dietas. Nós solicitamos que vocês contassem a eles como isso afetou vocês. Nós também pedimos para vocês indicarem como responderiam agora, após as discussões feitas nestes encontros.

Para aquelas que não sofreram pressão para a prática de dietas, pedimos para escreverem para aqueles que incentivam a cultura de dietas, como a mídia, celebridades, influenciadores digitais.

Cada uma de vocês está disposta a ler sua carta em voz alta?

Como você se sentiu ao escrever esta carta?

Recolha o Exercício #4. Certifique-se de que as participantes escreveram seus nomes e assinaram o formulário.

III- DISCUSSÃO SOBRE O QUADRO DE DIETAS (10 mins)

O segundo exercício que nós pedimos para que vocês fizessem fosse completar um quadro sobre a prática de dietas, com intuito de fazê-las pensar criticamente sobre todo o processo. E para aquelas que não realizaram nenhuma dieta, pedimos que entrevistassem alguém.

Gostaria que uma de vocês escreve-se no quadro como preencheu esse quadro.

Após essa dinâmica perguntar se alguém queria compartilhar verbalmente essa experiência.

Mais alguém gostaria de falar sobre essa experiência?

Recolha o Exercício #4. Certifique-se de que as participantes escreveram seus nomes e assinaram o formulário.

IV – DISCUSSÃO SOBRE FAZER AS PAZES COM A COMIDA (10 mins).

Reintroduzir com a reflexão sobre os custos da dieta e a alternativa que temos: “*se não é dieta é o que*”? Para rejeitar a cultura da dieta, ou seja, fazer as pazes com comida e preciso ouvir o corpo, de forma intuitiva.

Bom, na sessão anterior e nessa falamos sobre os custos da cultura da dieta, vimos o quanto é ruim a mentalidade dessa e da prática para a saúde mental e física. Eu gostaria de saber de vocês então qual é o caminho a não ser esse (da cultura da dieta). Ou seja, “se não é dieta, é o quê?”

Obter a participação de todas (ou ao menos quem souber).

De fato, é difícil imaginar um caminho alternativo a mentalidade e prática de dietas, pois estamos em um meio que nos faz acreditar que é o certo. Mas já pensaram que fazer as pazes com a comida possa ser um bom caminho?! A mentalidade de dieta faz as pessoas viverem numa guerra com a comida, mas que vamos comer sempre e então precisamos encontrar um meio de viver em paz com a comida.

Perguntar as participantes sobre o que a comida significa para elas. A líder deve iniciar.

Muito bom pessoal, para viver em paz com a comida, é importante compreender o que ela representa na vida de cada uma, com isso, eu gostaria que vocês me dissessem o que os alimentos representam na vida de vocês.

Começando por mim, os alimentos me permitem viver, é o combustível para eu conseguir me movimentar, estudar, passear, sem eles eu não teria forças para fazer nada disso. Além disso, os alimentos nos dão prazer, estão presentes em momentos de comemoração, em reuniões de família, amigos, colegas.

Certifique-se que cada participante contribuiu com sua fala, caso alguma fale sobre a importância para manter o corpo ideal, confronte.

V. DRAMATIZAÇÕES PARA ENCORAJAR A MELHOR RELAÇÃO COM OS ALIMENTOS (12 mins)

Os líderes assumirão o papel de um indivíduo com a mentalidade de dieta e numa briga constante com a comida, fazendo isso com cada participante. Deixe que cada participante gaste aproximadamente dois minutos tentando dissuadir o personagem sobre este comportamento (faça duas dramatizações se for necessário). Tenha certeza de que cada participante tente falar com você convencendo a não ter essa atitude.

Dicas sobre estar em um “personagem”:

- Repita qualquer comentário a favor de dieta feito anteriormente pelos participantes enquanto está interpretando o papel de um indivíduo em dietas.
- Foque nos benefícios irreais de fazer dieta e seguir o ideal de aparência (“*Eu serei feliz todo o tempo se eu for magra*”, “*todos irão gostar de mim*”, “*eu terei o parceiro perfeito*”, “*todos os meus problemas serão resolvidos*”).
- Faça declarações que façam alusão aos custos de perseguir o ideal corporal (“*Eu ficarei um tempo longe dos meus amigos e da minha escola, mas acharei um jeito de fazê-la*” ou “*Eu realmente não acho que uma dieta como esta seja perigosa*”) para que o participante possa apontar estes custos para você.

- Seja difícil de persuadir (você e os participantes deverão “ir e voltar” na dramatização várias vezes), mas você pode ser brincalhão com este exercício. Sinta-se livre para ir além com participantes mais resistentes.

Agora, eu gostaria de passar por alguns exemplos de declarações dadas por pessoas que perseguem o ideal de aparência que está em guerra com a comida e praticar como se poderia responder a elas. Eu irei interpretar uma pessoa que está obcecada com a mentalidade de dieta e o seu trabalho é me convencer de que eu não devo fazer isso. Sinta-se livre para usar qualquer um dos custos de perseguir o ideal, que nós identificamos em nossas discussões anteriores. É importante que reforce a importância dos alimentos na vida, em como uma relação mais positiva com eles é importante.

A líder deve interpretar as dramatizações antes de as participantes fazê-lo, servindo de modelo prévio para as participantes antes que estas realizem o exercício.. Em seguida, selecione os membros do grupo para participar, garantindo que cada participante terá sua vez. Comece com a participante mais sociável, ou se não houver voluntárias, comece com a pessoa mais próxima a você e vá contornando a mesa.

- *“Eu acho que tem alimentos do bem e do mal”.*
- *“Fico louca querendo comer na confraternização da empresa, mas não posso, vou levar uma maça, já que é mais saudável.”*
- *“Me disseram que não posso comer batata frita, que é um vilão para a saúde”.*
- *“Chocolate é um vício, não posso comer todos os dias, pois é um alimento gordo”.*
- *“Gosto tanto de um leite com achocolatado antes de dormir, mais minha nutri proibiu, disse que é veneno”.*
- *“Meu treinador disse que se eu cortasse o café da manhã, eu poderia ser um atleta melhor. ”*
- *“Eu acabei de instalar um aplicativo em meu telefone que me ajuda a calcular minhas calorias. Ele disse que para eu perder 4 kg no próximo mês preciso comer a metade do que costumo comer”*
- *“Se eu quiser sair essa noite, eu terei que pular o almoço e o jantar de hoje. ”*
- *“Estou pensando em iniciar uma dieta vegetariana livre de glúten. É muito mais saudável e tenho certeza de que irá me ajudar a finalmente perder o peso do qual tanto quero me livrar! ”*
- *“Eu realmente queria poder vestir um biquíni nas férias de primavera, então estou pensando em começar a pular o café da manhã para perder alguns quilinhos extras.*

Os líderes poderão gerar outras declarações quando necessário e podem adaptar as declarações para serem mais apropriadas aos membros de seu grupo.

Discussão sobre a dramatização

Como você se sentiu ao fazer estas interpretações?

Deixe os participantes refletirem sobre como se sentiram ao argumentar contra alguém que está obcecada em fazer dieta, pular refeições, dicotomizar os alimentos, etc.

Em seguida, perguntar as participantes se elas se sentem capazes de fazer essas declarações do dia a dia.

Vocês se sentem capazes de fazer essas declarações do dia a dia?

Certifique-se que todas responderam.

VI – ATIVIDADE DE REFLEXÃO SOBRE O POLICIAL ALIMENTAR (10 mins)

Agora vamos dar continuidade a nossa sessão, e eu gostaria de saber quantos de vocês se policiam quando vão comer. Por exemplo, trocar um prato de macarrão por frango com salada no jantar. Para algumas pessoas trocar o macarrão (que gostaria muito de comer) pelo frango com salada pode ser uma forma de mentalidade de dieta e de controlar o que vai comer, independente da vontade naquele momento. Mas o que pode acontecer é em outro momento, desejar o macarrão e comer o dobro depois.

Pensar que deve estar de dieta, fazer privação calórica e também as proibições aleatórias – pode nos tornar mais propensos a escolher qualquer coisa depois ou compensar na próxima refeição, porque ficamos com fome ou frustrados. .

Quero que cada uma de vocês, fale uma situação que se policiou e não comeu o que devia ou queria e como se sentiu depois. Além disso, quero que dêem alternativas para que isso não aconteça novamente.

A líder inicia essa atividade, com uma experiência.

Uma vez eu resolvi fazer um brigadeiro “falso” de abacate, para matar minha vontade de comer chocolate. Comi. Mas minha vontade não foi embora, então fui logo ao armário e comi uma barra inteira de chocolate. Eu não deveria ter me restringido e ter comido um pedacinho da barra, pois acabou que comi o brigadeiro de abacate e a barra todo de tanta vontade que provoqueei.

Cada participante deverá contar uma experiência. Caso não consiga ainda identificar uma solução, outra participante poderá ajudar ou até mesmo a líder.

Pergunte as participantes de essa experiência foi útil para elas.

Você acha que essa experiência foi útil para você?

Certifique-se que todas responderam.

VII- ATIVIDADE PARA APÓS A SESSÃO (“Tarefa para casa”) (5 mins)

Atividades para serem feitas em casa, para a próxima sessão:

Ótimo. Agora nós gostaríamos de explicar duas atividades que deverão ser feitas em casa, antes da próxima sessão. A primeira consiste em assinalar alguns medos comuns que podem fazer com você relute resista em se permitir comer alimentos que considera “proibidos”, ou aceitar fazer as pazes com a comida. Marcando as afirmativas que se aplicam ao seu caso.

Retire o formulário com **a lista de alguns medos (Exercício #5)**

Outra atividade que queremos que vocês façam se trata do auto-desafio, no qual queremos que tenham uma nova experiência com os alimentos. Deverão listar alguns alimentos que adoram comer, de maçã a brigadeiro, frango assado a pizza, sorvete a suco natural. E deverão, ao longo da semana, tentar consumir aquele (s) que é

considerado (s) proibido ou perigoso. É importante que a experiência seja planejada, ou seja, não fazer no impulso, e sim escolher o alimento, marcar um dia, a situação: o que será comido, com quem, onde e quando.

É importante que a líder explique o que pretende fazer e como pretende fazer. Assim, a líder vai auxiliar no planejamento da atividade para que tenha maior chance de êxito.

O que vocês pretendem fazer?

Certifique-se que todas mencionam o que pretendem fazer. Caso tenham dúvidas, a líder poderá ajudar.

Retire o formulário **do autodesafio (Exercício #6)**

Alguém pode me dizer quais são os exercícios para casa desta semana?

1. Completar o formulário de lista de medos.
2. Completar o formulário do autodesafio.

Se o tempo permitir:

Todas podem me dizer alguma coisa que “funcionou para você” nesta sessão, ou que “realmente fez sentido”?

Obrigada novamente por virem. Estamos ansiosos para vê-las na próxima semana!

SESSÃO 4

Objetivo: Gerar discussões voltadas para a percepção das sensações de fome, saciedade e satisfação. A importância da participação e de completar os exercícios de casa também são enfatizadas.

Crachás com nomes

Tópicos:

- I. Reforçando o comprometimento voluntário
- II. Discussão sobre a lista de alguns medos
- III. Discussão sobre o autodesafio
- IV. Se (re)conectando a fome e a saciedade
- V. Percebendo a satisfação
- VI. Atividades para após a sessão (tarefas para casa)

I. REFORÇANDO O COMPROMETIMENTO VOLUNTÁRIO (3 mins)

Ligue a câmera de vídeo agora.

Cada uma de vocês está disposta a participar ativamente da sessão de hoje?

Certifique-se de que todos pelo menos acenem com a cabeça em resposta.

II. DISCUSSÃO SOBRE A LISTA DE ALGUNS MEDOS (10 mins)

Na semana passada nós pedimos que vocês listassem alguns medos comuns que podem fazer com você relute resista em se permitir comer alimentos “proibidos”.

Cada uma de vocês poderiam dizer pelo menos uma das afirmativas que foram positivas?

Obter a participação de todas. Esteja certo de que nenhum diga que a experiência foi negativa, podendo retornar pontos anteriores sobre se permitir comer alimentos “proibidos”.

Quero propor que à medida que uma de vocês forem falando qual afirmativa foi positiva, outra pessoa do nosso grupo, encontre uma alternativa para que esse medo seja vencido, de modo a dar um conselho amigo.

Exemplos:

Afirmação: “*Meus amigos ou minha família vão criticar minhas escolhas alimentares*”.

Resposta: Ninguém além de você pode saber quais são os seus pensamentos, sentimentos, experiências. Só você sabe. Não é preciso que essas pessoas entendam o processo, mas é muito importante que elas o respeitem em sua caminhada.

Afirmação: “*Não tenho o direito de comer esses alimentos até perder peso*”.

Resposta: Esse pensamento reflete a mentalidade de dieta. Tenha sempre em mente que a raiz do problema está situada no seu foco na perda de peso e na dieta. Concentrar-se na perda de peso apenas fará com que o problema se prolongue e tal atitude não vai ajudá-la em nada.

Afirmação: “*Não confio em mim mesmo quando se trata de comida*”.

Resposta: Lembre-se de que não ter uma boa relação com a comida prejudica sua autoconfiança e conexão com seu corpo. Foi a dieta que falhou com você e perpetuou a mentalidade da dieta e excessos. Confiança leva tempo para ser cultivada, mas ela aumentará a cada vez que você honrar sua fome e cuidar de suas necessidades básicas.

Recolha o formulário a lista de alguns medos (Exercício #5). Certifique-se de que cada participante tenha escrito seu nome e assinado o formulário.

III- DISCUSSÃO SOBRE O AUTODESAFIO (10 mins)

Outra atividade que pedimos para vocês fazerem se trata do autodesafio, no qual queremos que tenham uma nova experiência com os alimentos. Gostaria que cada uma de vocês relatasse a experiência que teve ao longo da semana.

Tenha certeza que todas responderam. Caso a participante não tenha feito o exercício, propor que faça nas próximas semanas e entre a líder. Caso obtido efeito inverso, acolha e oriente-a a fazer novamente, dando sugestões de como poderá melhorar a desafio.

Esperamos que vocês continuem a desafiar vocês mesmas e suas preocupações com o os alimentos no futuro, de forma parecida.

Recolha o formulário **do autodesafio (Exercício #5)**. Certifique-se de que cada participante tenha escrito seu nome e assinado o formulário.

IV- SE (RE)CONECTANDO A FOME E A SACIEDADE (20 min)

Bom, nós já conversamos então sobre o quanto os alimentos são importantes nas nossas vidas, mas agora eu gostaria de saber se vocês conseguem me dizer o que é fome, o que é saciedade. Ainda, gostaria de saber se vocês conhecem a fome e saciedade de vocês.

Deixe cada participante responder.

Quando pensamos em fome e saciedade, logo temos que entender que uma contrapõe a outra. A fome é uma indicação biológica natural, ela permite que você fique sabendo que seu corpo precisa ser alimentado.

Além disso, fome é diferente de vontade de comer (ou apetite como chamamos às vezes), ela apresenta alguns sinais corporais que conseguimos identificar:

Gostaria que cada uma de vocês falasse sobre o que acreditam o que é fome e o que é vontade de comer.

Obter participação de todas. Faça uma pequena explanação sobre a diferença entre fome apetite/vontade de comer/fome não homeostática.

Ou seja, algumas pessoas dizem que não estão com fome, às vezes para situações onde claramente haveria fome homeostática (muitas horas depois de comer), porque não estavam com apetite, não percebem sinais do corpo, se acostumaram a ignorar sinais de fome (especialmente se tem histórico de dietas). E contrapondo, confundem vontade de comer e de coisas específicas com fome.

De certo, ainda pode ser confuso identificar o que é fome. E para isso, nós temos “notas” para ela, conforme vou entregar para vocês um odômetro da fome.

Entregar o odômetro da fome e discutir sobre cada nota e sensação de fome. Nesse momento é interessante usar o momento da atividade para uma 1ª experiência. Pedir

para responderem qual última hora/alimento que comeram e dar no momento atual uma nota para fome, e então trabalhar o que faz com que elas deem esta nota, como “sabem” que é isto (por meio de sensações, como estomago roncando, dor de cabeça, irritabilidade, falta de energia, sono, pensar em comida, salivar... etc)

Assim como o corpo avisa quando está com fome, também avisa quando atinge a saciedade, por meio de vários estímulos. A saciedade é quando nosso corpo sinaliza que já recebemos todos os nutrientes necessários para manter nosso corpo vivo.

Perguntar as participantes se elas conseguem identificar o sinal de saciedade e se conseguem respeitá-lo, ou seja, interromper a alimentação.

*Vocês conseguem me dizer se conseguem identificar o sinal de saciedade.
E ainda, conseguem respeitá-lo?*

Obter a participação de todas.

Como fazer para conseguir respeitá-lo?

Obter a participação de todas.

Nesse momento é importante reforçar que é preciso ESTAR ATENTO.

Quando fazemos tudo correndo e no automático não percebemos nem fome e nem saciedade. É importante entendermos a diferença entre algo local (estomago cheio) e tempo de sinalização no cérebro (se comer rápido demais não vai dar tempo de sentir saciedade central). Outro ponto fundamental é que a ansiedade, culpa, etc atrapalham, percepção tanto de fome como de saciedade em nível cerebral – daí importância de fazer as pazes com a comida e se livrar do policial alimentar

E o que a fome e a saciedade têm em comum?

Fome e saciedade são sensações fundamentais na regulação fisiologia do comportamento alimentar. Elas são sinais de que o corpo emite para dizer o momento de comer, o momento de parar de comer e a quantidade.

O que influencia na fome e na saciedade?

Uma refeição completa, uma quantidade grande de alimentos, estresse, ansiedade, falta de atenção ao comer (assistindo TV, em festividades), bebidas em conjunto dos alimentos.

Supondo que vocês realizam de 4 a 6 refeições por dia (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia. Quantas e quais delas vocês percebem que estão com fome e estão saciadas? e em quais vocês percebem que comeram mais do que o corpo precisava?

Quando você não respeita sua fome é uma forma de não cuidar do seu corpo, você impede com que o seu “motor” seja nutrido para se manter vivo e quando você ultrapassar a saciedade e come até se sentir mal é um comportamento que contradiz o que estamos falando de sentir nossos sinais internos do corpo.

Muitos não fazem isso por estarem felizes, tristes, ansiosos, com raiva ou por nenhum motivo, apenas pelo hábito de não respeitar a fome e à saciedade.

O que vocês acham que seria necessário para respeitar a fome e à saciedade?

Obter participação

Opções:

1. Comer com calma e atento.
2. Evitar conversar durante as refeições.
3. Se sentar à mesa e se sentir confortável.
4. Estar presente no momento presente da refeição.
5. Se servir em uma quantidade necessária que satisfaça sua fome.
6. Não ter medo de largar a comida no prato.

7. Saborear a comida e pensar em como ela está gostosa com calma.
8. Pensar que poderá comê-la em outras oportunidades.
9. Confiar no corpo, nos sinais que ele dá.

V- PERCEBENDO A SATISFAÇÃO (12 mins)

Vimos então que há inúmeros motivos para comer o que comemos, certo? Tanto para sanar nossa fome, quanto para satisfazer nossa saciedade.

Alguém poderia dizer qual outro motivo escolhemos determinado alimento e não outro?

Por exemplo, escolhi comer um doce de sobremesa?

Obter a participação.

Certo, é a satisfação. Ficar feliz com o que comeu.

É fator muito relevante para nossas escolhas alimentares.

A satisfação é o prazer que advém da realização do que se espera, e descobrir a satisfação em se alimentar é importante, pois, quando é considerada, come-se menos.

Perguntar as participantes quais alimentos elas se sentem satisfeitas.

Quais alimentos as fazem sentir felicidade e satisfação?

Obter a participação de todas.

Vocês acreditam que é errado comer para sentirem satisfação?

Obter a opinião de todas.

De onde vem essa ideia de que para comer algo satisfatório precisamos compensar? (ex.: ficar mais tempo na academia, ficar em jejum no próximo dia, etc.)

De que satisfazer nossas vontades é errado, ainda mais se tratando de alimentos, onde cada vez mais somos influenciados a seguir dietas, a comer alimentos tidos “saudáveis”, a manter uma rotina alimentar exatamente igual todos os dias.

E que se beneficia com isso?

O mundo fitness, a indústria da dieta e dos suplementos alimentares...

Você se beneficia de não se permitir comer determinado alimento buscando prazer?

Não. Não faz sentido fazer isso. Esteja certo de que as participantes não diga que se beneficia.

VI - ATIVIDADE PARA APÓS A SESSÃO (“Tarefa para casa”) (5 mins)

Atividades para serem feitas em casa, para a próxima sessão:

Retire o formulário do **diário da escala da descoberta da fome, da saciedade e da satisfação (Exercício #7)**

Usando o Diário da escala de descoberta da fome, da saciedade e da satisfação que está a seguir, acompanhe sua classificação de fome, saciedade e da satisfação, e os alimentos consumidos em uma refeição ou lanche. Tente se esforçar para ser preciso com relação ao tempo que você comeu, pois isso o ajudará a perceber quaisquer padrões e tendências na intensidade da fome e saciedade entre suas refeições. Faça isso durante alguns dias.

Para fome: 0 (nenhuma fome) a 10 (muita fome)

Para saciedade: 0 (nenhuma saciedade) a 10 (muita saciedade)

Para satisfação: 0 (nenhuma satisfação/felicidade) a 10 (muita satisfação/felicidade)

Entregar o formulário do diário da escala da descoberta da fome, da saciedade e da satisfação.

Mais uma vez, obrigada por decidirem fazer parte deste grupo. Nós ficamos muito impressionados com seus comentários e participação – eles foram muito apreciados! Nos vemos na próxima semana.

SESSÃO 5

Objetivo: Gerar discussões voltadas para lidar com as emoções com compaixão. A importância da participação e de completar os exercícios de casa também são enfatizadas.

Materiais	Câmera de vídeos Crachás com nomes
Tópicos:	I. Reforçando o comprometimento voluntário II. Discussão sobre diário da escala de fome, saciedade e satisfação III. Discussão sobre impacto das emoções no comer IV. Leitura de comportamentos alternativos não utilizando a comida para lidar com emoções V. Atividades para após a sessão (tarefas para casa)

I. REFORÇANDO O COMPROMETIMENTO VOLUNTÁRIO (3 mins)

Ligue a câmera de vídeo agora.

Cada uma de vocês está disposta a participar ativamente da sessão de hoje?

Certifique-se de que todas pelo menos acenem com a cabeça em resposta.

II. DISCUSSÃO SOBRE DIÁRIO DA ESCALA DE DESCOBERTA DA FOME, SACIEDADE E SATISFAÇÃO (15 mins)

Na semana passada nós pedimos para que vocês usassem o Diário de fome, saciedade, e satisfação, acompanhando sua classificação para o que foi consumido em refeições ou lanches.

Vamos rodar a sala e queremos que cada uma diga os principais aprendizados e desafios ao realizar essa atividade.

Deixe cada participante discutir suas experiências. Promova discussões, pedindo a elas para falar sobre o que o tornou tão agradável” ou “X, que aspectos deste exercício foram desafiadores. Além disso, é importante discutir que:

1. Às vezes uma pessoa está com uma fome dois e ficou com dez de saciedade, representa que não respeitou então essa fome, porque se estava com uma fome super pequena, não deveria ficar super saciada.
2. Do mesmo modo se está com uma fome super alta e a saciedade ficou baixa, significa que não comeu o suficiente.
3. E às vezes pode acontecer de ter atendido a fome e a saciedade (fome oito e saciedade oito), mas ficou zero satisfeita, pois não comer o que eu queria.
Ex: Comeu arroz, feijão, bife e salada, mas queria comer macarrão.
Ex: Comeu duas maçãs, mas queria comer um quadrado de chocolate

Finalize a discussão indicando que o diário pode e até deve ser utilizado por tempo se sentiram dificuldade e de irem alinhando as sensações ao longo da semanas.

III – DISCUSSÃO SOBRE OS IMPACTO DAS EMOÇÕES NO COMER (20 mins)

Vimos então que há motivos para comer o que comemos, certo?! Tanto para sanar nossa fome, quanto para satisfazer nossa saciedade e nossa satisfação.

Gostaria que cada uma de vocês lembrassem e nos compartilhassem o que comeram na última refeição antes dessa sessão e o motivo.

Obter a participação de todas.

As respostas poderão vir com motivo de: fome, vontade, tédio, porque ganharam, porque estava lá. Além de poder ser citado as emoções, que darão gancho pra frase seguinte, e devem ser introduzidos.

Existe um fator muito falado por vocês relacionado a esses sinais internos, se trata das emoções, dos sentimentos, ora positivos, ora negativos.

A comida é muitas vezes usada para diminuir emoções negativas ou até mesmo para prolongar as emoções positivas. Por exemplo, quando estamos estressadas, tristes, no sentindo sozinhas, comemos para lutar contra esses sentimentos. Ou quando estamos felizes, podemos comer para comemorar esse sentimento, ou uma conquista.

Pergunta se as participantes já comeram por motivos emocionais.

Gostaria de saber se vocês já notaram alguma situação desse tipo.

Obter a participação de todas.

Todas somos influenciadas por emoções na hora de comer, e muitas vezes podemos usar a comida por não conseguir lidar com emoções, pode acontecer com qualquer pessoa, em alguns momentos da vida, sendo a única forma que podia fazer. Mas se acontece de forma frequente, significa que a pessoa precisa lidar melhor de outra forma com essas emoções

É importante deixar claro que comer por motivos emocionais não é algo negativo, quando não é frequente e a única forma de sanar as emoções.

Perguntar as participantes se imaginam como lidar com este comer emocional – se estiver presente.

Vimos que é normal, comer por razões emocionais, mas gostaria de saber de vocês, de que forma podemos lidar com essas emoções sem utilizar a comida.

Obter a participação de todas.

Entregar o folder de fome física *versus* emocional, pedir para que uma das participantes leia esse material e depois, cada uma, deverá contar se já tentou identificar a fome emocional.

Agora vou entregar para vocês um folder que nos ajuda a identificar essa fome emocional, gostaria que uma participante leia esse material em voz alta e após isso, gostaria de saber se alguém já tentou fazer isso alguma vez, conte sua experiência para nós.

Obter participação de todas.

IV – LEITURA DE COMPORTAMENTOS ALTERNATIVOS NÃO UTILIZANDO A COMIDA PARA LIDAR COM EMOÇÕES (17 mins)

Inicie uma atividade em que cada participante deverá a partir de uma situação, descrever os pensamentos, os sentimentos gerados por essa situação e de que forma poderá solucioná-lo e/ou ter comportamentos alternativos.

Gostaríamos de propor uma dinâmica para que cada uma de vocês consiga identificar pensamentos e sentimentos em relação a uma situação hipotética, e de que forma usaram a comida para compensar isso, e como poderiam solucioná-lo e/ou ter comportamentos alternativos, não utilizando a comida.

O ideal é que cada participante pense em uma situação, mas caso alguma tenha dificuldade, a líder pode propor algum exemplo e pedir para que a participante faça a atividade.

Exemplos

Situação 1: O namorado não ligou na hora combinada.

Uso da comida: comer um monte de chocolate

Pensamento: Acho que não gosta mais de mim.

Sentimento: Tristeza, insegurança, abandono.

Solução: conversar com o namorado para saber se está tudo bem.

Comportamento alternativo: Sair para conversar com uma amiga e tomar um café e comer um doce.

Situação 2: Muito trabalho da faculdade.

Uso da comida: beliscar a tarde toda o que encontra na cozinha

Pensamento: Acho que não vou dar conta.

Sentimento: Insegurança, medo.

Solução: Descansar e fazer um planejamento de estudos.

Comportamento alternativo: Ligar para uma pessoa querida e se distrair.

Situação 3: Desentendimento com amigas.

Uso da comida: ir em um rodízio e comer “o máximo que couber”

Pensamento: Eu fiz tudo errado, não deveria ter falado daquela forma.

Sentimento: Raiva, culpada, com remorso.

Solução: Conversar com as amigas e pedir desculpa.

Comportamento alternativo: Fazer alguma coisa que goste muito e/ou que o faça se sentir melhor (se arrumar, dançar, escutar música).

Como vocês se sentiram ao fazer essa dinâmica?

Deixe os participantes refletirem sobre como se sentiram ao refletir sobre como não utiliza a comida como fuga.

Vocês acham que utilizar sempre a comida como forma de lidar com as emoções algo positivo?

Não. Pois não irá resolver

Vocês acham que pode ser benéfico pensar em formas alternativas para lidarem com as emoções?

Sim.

Introduza sobre o porquê é útil falar sobre os sentimentos.

Vocês acreditam que falar sobre seus sentimentos pode ser benéfico?

Sim. Direcionar para a discussão que o foco do “lidar com compaixão” é que se alguém disser que fez/faz isto todo tempo, poder se acolher e entender, e não julgar e se culpar, pode ser que a pessoa só tivesse este comportamento para fazer.

V - ATIVIDADE PARA APÓS A SESSÃO (“Tarefa para casa”) (5 mins)

Atividades para serem feitas em casa, para a próxima sessão:

LIDAR COM AS EMOÇÕES SEM UTILIZAR A COMIDA

Vocês deverão ao longo da semana nomear suas emoções e encontrar formas de lidar com elas, sem utilizar a comida. Não se preocupem se não conseguirem de imediato, essa atividade é para vocês aprenderem que existe outra forma de lidar com suas emoções e pensamentos a não ser a comida.

Retire o formulário do **lidar com as emoções sem utilizar a comida (Exercício #8)**

Além disso, as participantes deverão completar por mais uma semana o **formulário de fome, saciedade e satisfação. (Exercício 7)**

Mais uma vez, obrigada por decidirem fazer parte deste grupo. Nós ficamos muito impressionados com seus comentários inteligentes e participação – eles foram muito apreciados! Nos vemos na próxima semana.

SESSÃO 6

Objetivo: Gerar discussões voltadas para o respeito ao corpo, honrar a saúde. Sessão de encerramento.

Materiais	Câmera de vídeos Crachás com nomes
Tópicos:	I. Reforçando o comprometimento voluntário II. Discussão sobre lidar com as emoções sem utilizar a comida III. Discussão sobre diário da escala de descoberta da fome, saciedade e satisfação IV. Afirmações de respeito ao corpo V. Reflexão sobre saúde VI. Encerramento

I. REFORÇANDO O COMPROMETIMENTO VOLUNTÁRIO (3 mins)

Ligue a câmera de vídeo agora.

Cada uma de vocês está disposta a participar ativamente da sessão de hoje?

Certifique-se de que todas pelo menos acenem com a cabeça em resposta.

II. DISCUSSÃO SOBRE LIDAR COM AS EMOÇÕES SEM UTILIZAR A COMIDA (10 mins)

Na semana passada nós pedimos para que vocês ao longo da semana nomeassem suas emoções, e encontrassem formas de lidar com elas, sem utilizar a comida. De forma a aprenderem que existe outra forma de lidar com suas emoções e pensamentos a não ser a comida.

Vamos rodar a sala e queremos que cada uma diga os principais aprendizados e desafios ao realizar essa atividade.

Deixe cada participante discutir suas experiências. Se necessário, faça questões para promover discussões adicionais (por exemplo, “fulana, parece que você gostou de fazer este exercício. Fale mais sobre o que o tornou tão agradável” ou “fulana, que aspectos deste exercício foram desafiadores? ”)

III. DISCUSSÃO SOBRE DIÁRIO DA ESCALA DE DESCOBERTA DA FOME, SACIEDADE E SATISFAÇÃO (15 mins)

Na semana passada nós pedimos para que vocês usassem o a escala de fome, saciedade e satisfação, acompanhando sua classificação de e os alimentos consumidos em uma refeição ou lanche.

Para ajudar na discussão, pergunte a cada uma se perceberam melhor diferença de fome física e fome emocional, de fome e vontade de comer.

Vamos rodar a sala e queremos que cada uma se perceberam melhor diferença de fome física e fome emocional, de fome e vontade de comer.

Deixe cada participante discutir suas experiências. Se necessário, faça questões para promover discussões adicionais (por exemplo, “X, parece que você gostou de fazer este exercício. Fale mais sobre o que o tornou tão agradável” ou “X, que aspectos deste exercício foram desafiadores?”)

III – AFIRMAÇÕES DE RESPEITO AO CORPO (15 mins)

Dar seguimento ao início do novo tópico, promovendo uma atividade que tem como objetivo de diferenciar o “gostar do próprio corpo” e “respeitar o próprio corpo”.

Gostaria que vocês me dissessem se há diferença entre “gostar do próprio corpo” e “respeitar o próprio corpo”.

Obter a participação de todas.

Discutir que mesmo que não gostam de alguma parte do corpo e queiram eventualmente ter mudanças é possível exercitar respeito e apreciação pelo corpo como instrumento da vida, e o que ele permite fazer.

Dar seguimento ao início do novo tópico, promovendo uma atividade que tem como objetivo incentivar a participante a perceber seu corpo com amor e compaixão, sem evidenciar suas insatisfações. Cada participante deverá participar de forma individual, para cada afirmativa.

É muito difícil rejeitar a mentalidade de dieta quando se é muito crítico com relação à forma e ao tamanho do corpo. É preciso apreciar as partes do corpo de que gosta em vez de evidenciar as de que não gosta e aceitar o tipo corporal. É preciso, portanto, exercitar um respeito ao corpo, por meio de metas. Dessa forma, vou falar algumas afirmações e vocês vão me falar o que significam para vocês e o que pensam sobre elas.

Afirmativas:

1. Considere seu corpo como uma fonte de prazer. Pense em todos os modos que ele faz você se sentir bem.
2. Não deixe que seu “tamanho” o mantenha afastado das coisas de que você gosta.
3. Faça uma lista das pessoas que você admira, que contribuem na sua comunidade, no mundo. Quanto sua aparência importa para seu sucesso e sua realização?
4. Pense em seu corpo como um templo: crie uma lista das coisas que você pode fazer com ele.
5. Você sabia que troca de pele a cada mês, que seu estômago refaz suas células a cada cinco dias, seu fígado a cada seis semanas e seu esqueleto a cada três meses? Seu corpo é extraordinário – respeite e aprecie isso.
6. Nascemos amando nossos corpos. Um bebê segurando os dedos dos pés não está se preocupando se aquele corpo é gordo. Imagine amar dessa forma seu corpo.
7. Se você tivesse apenas um ano para viver, quão importante seria sua imagem corporal? Lembre-se: seu corpo não é uma democracia, você é o único a poder votar.

O que vocês sentiram ao participar dessa atividade?

Obter a participação de todas.

O que respeitar o corpo representa para vocês?

Ex.: respeito ao corpo se alinha com saúde emocional, mental, social.

IV – REFLEXÃO SOBRE SAÚDE (10 mins)

Depois de todas as conversas dos encontros, gostaria que me falassem o que seria saúde então para vocês?

Obter a participação de todas.

Complementar a fala das participantes sobre o respeito em buscar saúde, em suas diversas dimensões (espiritual, social, mental, físico).

É preciso se tratar bem e estabelecer hábitos com os quais se sentem bem. É fazer escolhas alimentares de forma a honrar a saúde e o paladar. É não seguir o que o a dieta da moda prega e sim olhar para dentro e compreender as próprias necessidades. Se deve questionar a ideia de que “dieta perfeita” é o saudável.

Perguntar as participantes se elas entenderam e pedir para que expliquem com suas palavras o que é honrar a saúde.

Vocês poderiam falar um pouco sobre o que compreenderam a cerca dessa alimentação mais gentil?

Dizer que existem diretrizes de alimentação, como Guia alimentar, mas que mesmo existindo diretrizes, isto deve ser feito de forma gentil: sem julgamentos, culpa, perfeccionismo, atendendo saúde e prazer. Deixar claro a importância de fazer as pazes, não ter alimento proibido, a importância entre a sintonia entre os sinais internos.

Como este é nosso último encontro, eu gostaria de falar sobre algumas coisas que vocês aprenderam participando deste grupo.

Vocês podem me falar alguma coisa sobre os benefícios de uma melhor relação com a comida e o comer e o corpo? [obter resposta]

Alguma atividade, em particular, se destacou como realmente útil para você? [obter resposta]

Como esta experiência mudou a forma como você pensa e se sente sobre a comida e o comer e o corpo? [obter resposta]

Como sua participação no projeto mudou o que você faz, ou fará no futuro, para promover uma melhor relação com a comida e o comer e o corpo? [obter resposta]

Como este grupo mudou a forma de você interagir com amigos, namorados ou outras pessoas na sua vida?

Como meninas privilegiadas e educadas, como vocês poderiam “passar isso para a frente” e capacitar outras pessoas? [obter resposta]

O que você leva com você deste programa?

Tente fazer com que todas as participantes reflitam sobre qualquer crescimento que tenham tido, ou ideias que tenham aprendido. O objetivo é consolidar o que aprenderam.

V. ENCERRAMENTO (7 mins)

Diferentemente das outras atividades (em que deveriam ser entregues a cada semana) eu gostaria que vocês levassem o que foi passado, desafiado e discutido para a vida de vocês. Além disso, repensassem de forma crítica sobre a prática de dietas e abraçam a ideia de que vocês são autoras dos seus próprios corpos, pratiquem uma alimentação mais gentil e escute os sinais internos de vocês.

Mais uma vez, obrigada por decidirem fazer parte deste grupo. Nós ficamos muito impressionados com seus comentários inteligentes e participação – eles foram muito apreciados!

APÊNDICE D – Caderno de Atividades para Casa

Nome:

Assinatura:

Sessão 1, Exercício #1:

Carta a uma adolescente

Escreva uma carta de até duas páginas para uma adolescente que você sabe ou acreditar ter problemas com a Imagem Corporal. Escreva com foco nos custos relacionados com a busca do ideal de aparência. Pense no máximo de custos que você puder. Você pode também discutir com um amigo ou familiar para ter mais ideias, ou usar qualquer um dos tópicos que discutimos no grupo. Por favor, traga esta carta em nosso próximo encontro, para que possamos discutir suas respostas e sentimentos sobre esta atividade.

[illegible]

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 28 horizontal blue or grey lines spaced evenly apart, typical of notebook paper. The lines extend across the entire width of the page, leaving small margins at the top and bottom. There are no vertical lines, text, or other markings on the page.

Nome:

Assinatura:

Sessão 1, Exercício #2:

Exercício do Espelho

Fique de frente para um espelho e olhe para você mesma. Escreva todas suas qualidades positivas, liste ao menos 15 características. Isto inclui características físicas, emocionais, intelectuais e sociais. Por exemplo, você pode gostar da forma dos seus braços, da força das suas pernas, de seu longo cabelo preto, do som de sua risada, do fato de você ser uma boa amiga. Por favor, tenha certeza de incluir ao menos alguns atributos físicos em sua lista.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____

Nome:

Assinatura:

Sessão 2, Exercício #3:

Carta-Resposta

Escreva uma carta para alguém em sua vida que já pressionou a fazer dietas, como um de seus pais, irmãos, namorado (a) ou amigo (a). Inclusive, caso seja pela importância que eles dão ao ideal de aparência. Por favor diga-lhes como isso afetou você e como você responderia agora, após as discussões aprendidas nestes grupos. Se ninguém te pressiona a fazer dieta, por favor escreva para aqueles que incentivam a cultura de dietas, como a mídia, celebridades, influenciadores digitais. Use qualquer informação que você tenha aprendido nestas reuniões, e outras formas que você pense por você mesma.

[illegible]

[illegible]

Nome:

Assinatura:

Sessão 2, Exercício #4:

Quadro de dietas

Complete o quadro sobre a prática de dietas, com objetivo de pensar criticamente sobre todo o processo, ou seja, com qual idade, a razão motivadora, o tipo e tempo da prática, perda ou não de peso e manutenção deste. Se você nunca fez dieta, pense em alguém que já fez e faça como se fosse uma entrevista.

IDADE	Razão por que fez dieta	Qual foi a dieta?	Por quanto tempo fez a dieta?	Perdeu peso?	Se sim, por quanto tempo manteve?	Você recuperou o peso?	Recuperou mais do que perdeu?	Observação

Nome:

Assinatura:

Sessão 3, Exercício #5:

Lista de alguns medos

O quadro a seguir lista alguns medos comuns que podem fazer com você resista em se permitir comer alimentos proibidos. Marque as afirmativas que se aplicam ao seu caso.

1. Assim que eu começo a comer um alimento proibido, não paro.	
2. Já tentei antes, mas não funcionou.	
3. Não vou comer de forma saudável.	
4. Acho que sou viciado em meus alimentos proibidos.	
5. Não confio em mim mesmo quando se trata de comida.	
6. Meus amigos ou minha família vão criticar minhas escolhas alimentares.	
7. Não tenho o direito de comer esses alimentos até perder peso.	
8. Outros	

APÊNDICE E – Folder Educativo do GCA

VAMOS FALAR SOBRE

IMAGEM
CORPORAL
POSITIVA

PARA VOCÊ, MULHER

THAINÁ RESENDE
PEDRO HENRIQUE BERBERT

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES

DEFINIÇÃO E ORIGEM DOS IDEAIS DE APARÊNCIA



O que estas fotos dizem
sobre como a aparência
da ‘mulher perfeita’ deve
ser?

Nós chamamos esta aparência – esta mulher magra, tonificada e peituda – “**de ideal de aparência**”.

O ideal de aparência não é o mesmo do corpo saudável, eles podem até parecer associados, mas não é. O ideal de aparência as pessoas tomam medidas extremas para terem uma aparência ultra-magra, incluindo alguns comportamentos de controle de peso não saudáveis e excesso de exercícios.

DEFINIÇÃO E ORIGEM DOS IDEAIS DE APARÊNCIA

COM O CORPO SAUDÁVEL, O OBJETIVO É
SAÚDE, APTIDÃO FÍSICA E LONGEVIDADE.

UM CORPO SAUDÁVEL TEM MÚSCULOS E
TECIDO ADIPOSEO. O CORPO SAUDÁVEL
ENVOLVE SENTIR-SE BEM SOBRE COMO
NOSSO CORPO **FUNCIONA E SENTE**.

Este “ideal de aparência” sempre foi o ideal de
atratividade feminina? Já houve momentos na
história em que a “mulher perfeita” tinha uma
aparência diferente?



ANOS 1900



ANOS 1980



ANOS 2000



ANOS 2010

Não, já foi diferente, em diferentes tempos!

DEFINIÇÃO E ORIGEM DOS IDEAIS DE APARÊNCIA

DE ONDE VEM ESTE IDEAL?

INDÚSTRIA DA MODA, DA MÍDIA, COMO PERFIS
EM REDES SOCIAIS.



**COMO AS MENSAGENS MIDIÁTICAS SOBRE O IDEAL DE
APARÊNCIA IMPACTAM SOBRE A FORMA COMO VOCÊ
SE SENTE SOBRE SEU CORPO?**

**SENTIR-SE INADEQUADA POR NÃO SE
PARECER COM UMA MULHER COM O
PADRÃO CORPORAL
INSATISFAÇÃO COM SEUS PRÓPRIOS
CORPOS,
SENTIMENTOS DEPRESSIVOS, DE
VERGONHHA**

...

DEFINIÇÃO E ORIGEM DOS IDEAIS DE APARÊNCIA

**O QUE NOSSA CULTURA NOS DIZ QUE ACONTECERÁ, SE
NÓS CONSEGUIRMOS NOS PARECER COM O IDEAL DE
APARÊNCIA?**

**Nós seremos aceitas,
amadas, felizes, teremos
sucesso, riqueza.**

**VOCÊ REALMENTE ACHA QUE TODAS ESSAS COISAS
BOAS IRÃO ACONTECER SE VOCÊ MUDAR SEU CORPO?**

Não...

**Elas provavelmente
terão pouco impacto.**



CUSTOS ASSOCIADOS A BUSCA DOS IDEAIS DE APARÊNCIA

**NÓS DISCUTIMOS O IDEAL DE APARÊNCIA E DE ONDE ELE
VEIO – AGORA IREMOS PENSAR SOBRE OS CUSTOS
ENVOLVIDOS COM ESTE IDEAL.**

QUAIS OS CUSTOS PARA A PRÓPRIA PESSOA DE TENTAR SE PARECER COM O IDEAL DE APARÊNCIA?

Reduz autoestima, é caro, física e mentalmente desgastante, pode se machucar, causar problemas de saúde, muitas vezes incentiva técnicas não saudáveis de controle de peso, como achar que sempre deve estar em dieta, e tentar muitas vezes fazê-las, assim como praticar exercícios de forma excessiva/compensatória, com sentimento de “queimar calorias. Além de sentimentos depressivos e de ansiedade.

SE TANTAS MULHERES ESTÃO LIDANDO COM ESTAS QUESTÕES, ENTÃO QUAIS OS CUSTOS PARA A SOCIEDADE?

Aumentam os custos com os serviços de saúde mental, promovem uma cultura do descontentamento, crítica e julgamento das outras pessoas. Além de ditarem a necessidade constante de “estar em dieta”, “alimentos bons x ruins”.

CUSTOS ASSOCIADOS A BUSCA DOS IDEAIS DE APARÊNCIA

QUEM SE BENEFICIA COM O IDEAL DE APARÊNCIA?

A indústria da dieta; a
mídia; a indústria da moda
e do “fitness”,
maquiagem, produtos de
beleza.



VOCÊ É UMA DAS PESSOAS QUE SE BENEFICIA COM O IDEAL DE APARÊNCIA?

**EM OUTRAS PALAVRAS,
VOCÊ ESTÁ FICANDO
RICA COM O IDEAL DE
APARÊNCIA?**

NÃO....

**FAZ ALGUM SENTIDO
TENTAR SE PARECER
COM O IDEAL DE
APARÊNCIA?**

NÃO....



VAMOS FALAR SOBRE

A CULTURA DA DIETA

PARA VOCÊ, MULHER

THAINÁ RESENDE
PEDRO HENRIQUE BERBERT

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES

A CULTURA DAS DIETAS

A INSATISFAÇÃO CORPORAL, PODE
PROVOCAR COMPORTAMENTOS
PARA PERDER PESO, COMO O
FAZER DIETAS, PARA ALCANÇAR O
OBJETIVO DO IDEAL DE CORPO



Talvez você já tenha tentado perder peso para mudar a insatisfação que você possui em seu corpo, acreditando que o fazer dieta é o certo a se fazer.

Muitas pessoas já tentaram fazer dieta alguma vez na vida ou ao menos pensaram que deveriam fazer, como vivem com uma voz interna dizendo “não devia comer isto”, devia comer menos, devia comer diferente.

A CULTURA DAS DIETAS

VOCÊ JÁ TENTOU
FAZER UMA
DIETA ?

POR QUANTO
TEMPO?

MANTEVE A MUDANÇA CORPORAL?

E DIETAS FUNCIONAM?

Muitas pessoas acreditam que determinada dieta
funcionou...

Entretanto, ao refletir com mais profundidade, isso
absolutamente não ocorreu...

Muitas tinham perdido peso temporariamente, mas em
seguida recuperaram todo o peso (e com frequência
ganharam uns quilos a mais, em comparação com a situação
inicial).

Além disso, o simples fato de pensar que deveriam fazer
dieta, pode provocar danos na saúde mental das pessoas.
Portanto, agora vamos discutir sobre os custos associados à
essa mentalidade.

CUSTOS ASSOCIADOS À MENTALIDADE DE DIETA

DE QUE MODO AS DIETAS PODEM AFETAR OU AFETARAM SUA VIDA SOCIAL?

Isolamento social, não participação de momentos importantes, constrangimento.

DE QUE MODO AS DIETAS PODEM AFETAR OU AFETARAM SUA MENTE E ESTADO DE ESPÍRITO?

Tristeza, angústia, pensamento constante sobre comida.

QUAIS SÃO AS CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS PODEM SER VIVENCIADAS COM A PRÁTICA DA DIETA?

Fraqueza, fome, desânimo.

CUSTOS ASSOCIADOS À MENTALIDADE DE DIETA

O QUE VOCÊ PODE GASTAR NA BUSCA DA PERDA DE PESO?

Valor de consultas, de remédios, suplementos, de procedimentos estéticos.

QUEM SE BENEFICIA COM AS DIETAS?



DÁ PARA EMAGRECER
5k a 10k em 21 dias?

Com Essa Dieta Você Vai Perder 5kg em 5 DIAS

- Diminui o apetite
- Regula o intestino
- Ação anti-inflamatória
- Reduz absorção de gordura
- Auxilia na saúde cardiovascular

REDUX

A indústria da dieta, a mídia, a indústria da moda e do “fitness”.

CUSTOS ASSOCIADOS À MENTALIDADE DE DIETA

VOCÊ ACHA QUE PODE SER BENÉFICO VIVER COM A MENTALIDADE DE DIETA OU AINDA, SER FELIZ FAZENDO DIETA PELO RESTO DA VIDA PARA MANTER O IDEAL CORPORAL?



físico



emocional



social



VAMOS FALAR SOBRE

RELAÇÃO POSITIVA COM OS ALIMENTOS

PARA VOCÊ, MULHER

THAINÁ RESENDE
PEDRO HENRIQUE BERBERT

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES

FAZER AS PAZES COM A COMIDA

**A MENTALIDADE DE DIETA POSSUI CUSTOS
TANTO PARA A SAÚDE MENTAL QUANTO
FÍSICA.**

**MAS ENTÃO QUAL É O CAMINHO A NÃO SER
ESSE (DA CULTURA DA DIETA). OU SEJA,
“SE NÃO É DIETA, É O QUE?”**

É difícil imaginar um caminho alternativo a mentalidade e prática de dietas, pois estamos em um meio que nos faz acreditar que é o certo.

**Mas já pensaram que fazer as pazes
com a comida possa ser um bom
caminho?!**

A mentalidade de dieta faz as pessoas viverem numa guerra com a comida, mas que vamos comer sempre e então precisamos encontrar um meio de viver em paz com a comida.

FAZER AS PAZES COM A COMIDA

Para fazer as pazes com a comida:

É IMPORTANTE COMPREENDER O QUE ELA REPRESENTA NA VIDA DE CADA UM.



1. Combustível para conseguir me movimentar, estudar, passear...
2. Dão prazer, estão presentes em momentos de comemoração, em reuniões de família, amigos, colegas...

O POLICIAL ALIMENTAR



PENSAR QUE DEVE ESTAR DE DIETA, FAZER PRIVAÇÃO CALÓRICA E TAMBÉM AS PROIBIÇÕES ALEATÓRIAS – PODE NOS TORNAR MAIS PROPENSOS A ESCOLHER QUALQUER COISA DEPOIS OU COMPENSAR NA PRÓXIMA REFEIÇÃO, PORQUE FICAMOS COM FOME OU FRUSTRADOS.

O POLICIAL ALIMENTAR

EXEMPLOS DE POLICIAL ALIMENTAR:

Uma vez eu resolvi fazer um brigadeiro “falso” de abacate, para matar minha vontade de comer chocolate. Comi. Mas minha vontade não foi embora, então fui logo ao armário e comi uma barra inteira de chocolate. Eu não deveria ter me restringido e ter comido um pedacinho da barra, pois acabou que comi o brigadeiro de abacate e a barra todo de tanta vontade que provoquei.



Troquei o macarrão (que gostaria muito de comer) pelo frango com salada, mas a vontade não passou e em seguida, comi um prato de macarrão(o dobro na verdade).





VAMOS FALAR SOBRE

PERCEPÇÃO DAS SENSAÇÕES DE FOME, SÁCIEDADE E SATISFAÇÃO.

PARA VOCÊ, MULHER

THAINÁ RESENDE
PEDRO HENRIQUE BERBERT

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES

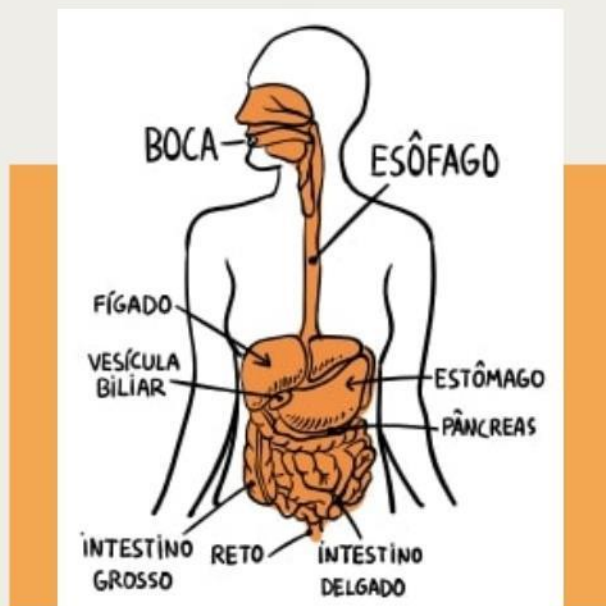
SE (RE)CONECTANDO A FOME E A SACIEDADE

O QUE É FOME?

Quando pensamos em fome e saciedade, logo temos que entender que uma contrapõe a outra.

A fome é uma indicação biológica natural, ela permite que você fique sabendo que seu corpo precisa ser alimentado.

Além disso, fome é diferente de vontade de comer (ou apetite como chamamos às vezes), ela apresenta alguns sinais corporais que conseguimos identificar.



SE (RE)CONECTANDO A FOME E A SACIEDADE

Algumas pessoas dizem que não estão com fome, às vezes para situações onde claramente haveria fome **(muitas horas depois de comer)**, porque não estavam com apetite, não percebem sinais do corpo, se acostumaram a ignorar sinais de fome **(especialmente se tem histórico de dietas)**.

O QUE É SACIEDADE?

Assim como o corpo avisa quando está com fome, também avisa quando atinge a saciedade, por meio de vários estímulos.

A saciedade é quando nosso corpo sinaliza que já recebemos todos os nutrientes necessários para manter nosso corpo vivo.



SE (RE)CONECTANDO A FOME E A SACIEDADE

COMO FAZER PARA CONSEGUIR RESPEITAR?

ESTAR ATENTO

QUANDO FAZEMOS TUDO CORRENDO E NO AUTOMÁTICO NÃO PERCEBEMOS NEM FOME E NEM SACIEDADE.

É IMPORTANTE ENTENDERMOS A DIFERENÇA ENTRE ALGO LOCAL (ESTOMAGO CHEIO) E TEMPO DE SINALIZAÇÃO NO CÉREBRO (SE COMER RÁPIDO DEMAIS NÃO VAI DAR TEMPO DE SENTIR SACIEDADE CENTRAL).

OUTRO PONTO FUNDAMENTAL É QUE A ANSIEDADE, CULPA, ETC ATRAPALHAM, PERCEPÇÃO TANTO DE FOME COMO DE SACIEDADE EM NÍVEL CEREBRAL - DAÍ IMPORTÂNCIA DE FAZER AS PAZES COM A COMIDA E SE LIVRAR DO POLICIAL ALIMENTAR.

E O QUE A FOME E A SACIEDADE TÊM EM COMUM?

Fome e saciedade são sensações fundamentais na regulação fisiologia do comportamento alimentar. Elas são sinais de que o corpo emite para dizer o momento de comer, o momento de parar de comer e a quantidade.

O QUE INFLUENCIA NA FOME E NA SACIEDADE?

Uma refeição completa, uma quantidade grande de alimentos, estresse, ansiedade, falta de atenção ao comer (assistindo TV, em festividades), bebidas em conjunto dos alimentos.

O QUE VOCÊS ACHAM QUE SERIA
NECESSÁRIO PARA RESPEITAR A FOME E
À SACIEDADE?



1. Comer com calma e atento.
2. Evitar conversar durante as refeições.
3. Se sentar à mesa e se sentir confortável.
4. Estar presente no momento presente da refeição.
5. Se servir em uma quantidade necessária que satisfaça sua fome.
6. Não ter medo de largar a comida no prato.
7. Saborear a comida e pensar em como ela está gostosa com calma.
8. Pensar que poderá comê-la em outras oportunidades.
9. Confiar no corpo, nos sinais que ele dá.

PERCEBENDO A SATISFAÇÃO

A satisfação

É FATOR MUITO RELEVANTE PARA NOSSAS ESCOLHAS ALIMENTARES.

É o prazer que advém da realização do que se espera, e descobrir a satisfação em se alimentar é importante, pois, quando é considerada, come-se menos.

.....

É errado comer para sentirem satisfação?

NÃO

PERCEBENDO A SATISFAÇÃO

**De onde vem essa ideia de que
para comer algo satisfatório
precisamos compensar?**

**(ex.: ficar mais tempo na
academia, ficar em jejum no
próximo dia, etc.)**

De que satisfazer nossas vontades é errado, ainda mais se tratando de alimentos, onde cada vez mais somos influenciados a seguir dietas, a comer alimentos tidos “saudáveis”, a manter uma rotina alimentar exatamente igual todos os dias.

.....

E que se beneficia com isso?

O mundo fitness, a indústria da dieta e dos suplementos alimentares...



VAMOS FALAR SOBRE

LIDAR COM AS EMOÇÕES COM COMPAIXÃO

PARA VOCÊ, MULHER

THAINÁ RESENDE
PEDRO HENRIQUE BERBERT

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES

O IMPACTO DAS EMOÇÕES NO COMER

Um fator muito relacionado ao que comemos se trata das emoções, dos sentimentos, ora positivos, ora negativos.

A comida é muitas vezes usada para diminuir emoções negativas ou até mesmo para prolongar as emoções positivas.



QUANDO ESTAMOS
ESTRESSADA,
TRISTES, NO
SENTINDO SOZINHAS,
COMEMOS PARA
LUTAR CONTRA ESSES
SENTIMENTOS.

QUANDO ESTAMOS
FELIZES, PODEMOS
COMER PARA
CELEBRAR ESSE
SENTIMENTO, OU
UMA CONQUISTA.



O IMPACTO DAS EMOÇÕES NO COMER

Todas somos influenciadas por emoções na hora de comer, e muitas vezes podemos usar a comida por não conseguir lidar com emoções, pode acontecer com qualquer pessoa, em alguns momentos da vida, sendo a única forma que podia fazer..

Mas se acontece de forma frequente, significa que a pessoa precisa lidar melhor de outra forma com essas emoções.



COMPORTAMENTOS ALTERNATIVOS NÃO UTILIZANDO A COMIDA PARA LIDAR COM EMOÇÕES

É importante identificar pensamentos e sentimentos em relação as situações que acontecem na nossas vidas.

e de que forma usamos comida para compensar isso.

e como poderíamos solucioná-lo e/ou ter comportamentos alternativos, não utilizando a comida.



Situação 1: O namorado não ligou na hora combinada

Uso da comida: comer um monte de chocolate

Pensamento: Acho que não gosta mais de mim.

Sentimento: Tristeza, insegurança, abandono.

Solução: conversar com o namorado para saber se está tudo bem.

Comportamento alternativo: Sair para conversar com uma amiga e tomar um café e comer um doce.

COMPORTAMENTOS ALTERNATIVOS NÃO UTILIZANDO A COMIDA PARA LIDAR COM EMOÇÕES

Situação 2: Muito trabalho da faculdade



Uso da comida: beliscar a tarde toda o que encontra na cozinha

Pensamento: Acho que não vou dar conta.

Sentimento: Insegurança, medo.

Solução: Descansar e fazer um planejamento de estudos.

Comportamento alternativo: Ligar para uma pessoa querida e se distrair.

Situação 3: Desentendimento com amigas

Uso da comida: ir em um rodízio e comer “o máximo que couber”

Pensamento: Eu fiz tudo errado, não deveria ter falado daquela forma.

Sentimento: Raiva, culpada, com remorso.

Solução: Conversar com as amigas e pedir desculpa.

Comportamento alternativo: Fazer alguma coisa que goste muito e/ou que o faça se sentir melhor (se arrumar, dançar, escutar música)





VAMOS FALAR SOBRE

RESPEITO AO CORPO E SAÚDE

PARA VOCÊ, MULHER

THAINÁ RESENDE
PEDRO HENRIQUE BERBERT

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES

RESPEITO AO CORPO

Há diferença entre “gostar do próprio corpo” e “respeitar o próprio corpo”?

SIM

Mesmo quando não gostamos de alguma parte do corpo e queiramos eventualmente ter mudanças é possível exercitar respeito e apreciação pelo corpo como instrumento da vida, e o que ele permite fazer.

É muito difícil rejeitar a mentalidade de dieta quando se é muito crítico com relação à forma e ao tamanho do corpo.

É preciso apreciar as partes do corpo de que gosta em vez de evidenciar as de que não gosta e aceitar o tipo corporal.

É preciso, portanto, exercitar um respeito ao corpo, por meio de metas.

RESPEITO AO CORPO

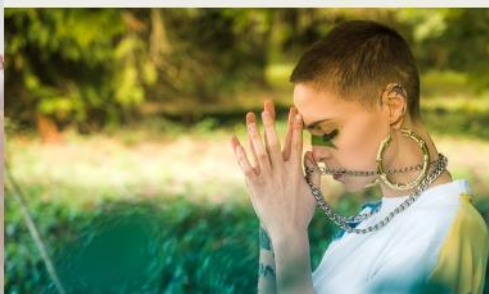
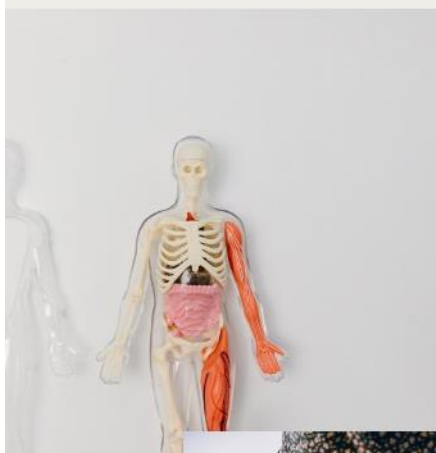
para refletir....

1. Considere seu corpo como uma fonte de prazer. Pense em todos os modos que ele faz você se sentir bem.
2. Não deixe que seu “tamanho” o mantenha afastado das coisas de que você gosta.
3. Faça uma lista das pessoas que você admira, que contribuem na sua comunidade,
4. No mundo. Quanto sua aparência importa para seu sucesso e sua realização?
5. Pense em seu corpo como um templo: crie uma lista das coisas que você pode fazer com ele.
6. Nascemos amando nossos corpos. Um bebê segurando os dedos dos pés não está se preocupando se aquele corpo é gordo. Imagine amar dessa forma seu corpo.



REFLEXÃO SOBRE SAÚDE

o que seria saúde?



Bem-estar em diversas dimensões
(espiritual, social, mental, físico)

REFLEXÃO SOBRE SAÚDE

É preciso se tratar bem e estabelecer hábitos com os quais se sentem bem.

É fazer escolhas alimentares de forma a honrar a saúde e o paladar.

É não seguir o que o a dieta da moda prega e sim olhar para dentro e compreender as próprias necessidades.

Se deve questionar a ideia de que “dieta perfeita” é o saudável.



**muito
obrigada**
MULHER

