

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE

Thainá Richelli Oliveira Resende

Eficácia de uma intervenção preventiva na redução de fatores de risco para transtornos alimentares e aumento do comer intuitivo, apreciação corporal e autoestima em jovens adultas: um ensaio clínico controlado randomizado

Governador Valadares

2021

Thainá Richelli Oliveira Resende

Eficácia de uma intervenção preventiva na redução de fatores de risco para transtornos alimentares e aumento do comer intuitivo, apreciação corporal e autoestima em jovens adultas: um ensaio clínico controlado randomizado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde. Área de concentração: Biociências.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Governador Valadares

2021

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.

Eficácia de uma intervenção preventiva na redução de fatores de risco para transtornos alimentares e aumento do comer intuitivo, apreciação corporal e autoestima em jovens adultas: um ensaio clínico controlado randomizado / Thainá Richelli Oliveira Resende. – 2021.

116 p.

Orientador: Pedro Henrique Berbert de Carvalho
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV. Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, 2021.

1. Prevenção. 2. Dissonância Cognitiva. 3. Imagem Corporal. 4. Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos. 5. Jovens adultas. I. Carvalho, Pedro Henrique Berbert de, orient. II. Título.

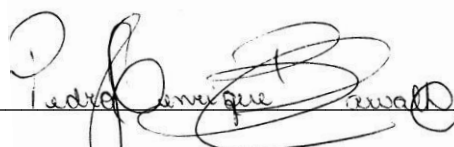
Thainá Richelli Oliveira Resende

Eficácia de uma intervenção preventiva na redução de fatores de risco para transtornos alimentares e aumento do comer intuitivo, apreciação corporal e autoestima em jovens adultas: um ensaio clínico controlado randomizado

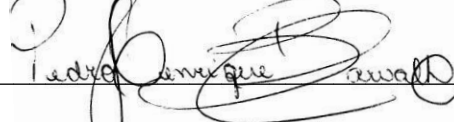
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde. Área de concentração: Biociências.

Aprovada em 29 de abril de 2021.

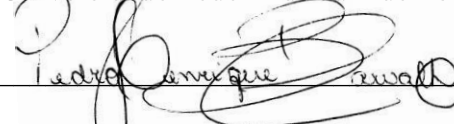
BANCA EXAMINADORA



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



p/ Doutora. Andréia Cristiane Carrenho Queiroz
Universidade Federal de Juiz de Fora



p/ Doutora. Marle dos Santos Alvarenga
Universidade de São Paulo

Dedico este trabalho aos meus pais, Robério e Rosilene e aos meus irmãos, Douglas e Níckolas, minhas fontes de luz e amor.

AGRADECIMENTOS

Talvez eu não saiba por onde começar esse tópico da minha dissertação. Muitos sentimentos estão fluindo com certa confusão. Ainda mais se tratando da finalização de uma pesquisa que sempre fez muito sentido para mim, especialmente pelo valor pessoal de ajudar as mulheres, em ser mediadora para tantas que queriam entender melhor o motivo pelo qual não se sentiam bem com seus corpos e com os alimentos. E ainda, conseguir com que crenças fossem confrontadas e dizer que as mulheres podem sim, ser quem elas querem ser, com os corpos que quiserem.

Meu primeiro agradecimento não poderia ser diferente. São para as minhas meninas (voluntárias que tenho muita admiração). Obrigada por me permitir entrar na vida de cada uma e conhecer a fundo suas histórias. Afinal, esse trabalho só foi realizado através de vocês, para todas as mulheres.

À Deus, também tenho muito o que agradecer, no momento em que as forças pareciam inexistentes, ele acalmava meu coração e segurava a minha mão para que eu conseguisse continuar com paz e muita serenidade.

Aos meus pais, Rosilene e Robério são minhas fontes de luz. Muito obrigada por serem tudo para mim, mesmo com a saudade e distância me permitiam que eu sentisse que era capaz. Todas as ligações no meio da noite me fizeram acreditar que eu conseguiria. Nunca mediram esforços para que isso acontecesse. Meu pai sempre disse que seu sonho era que eu fizesse mestrado, meu coração está aliviado por saber que juntos conseguimos isso.

Aos meus irmãos amados, Douglas e Nickolas, a caçulinha de casa também tem muito a agradecer o apoio e orgulho de vocês. Sempre tão compreensivos e cuidadosos comigo, são minha base, obrigada por tanto carinho e amor fraterno, nossas alianças são eternas e sempre vou torcer por vocês, do mesmo jeitinho que fazem por mim.

Aos meus amigos, Lagoenses e Valadarenses, vocês são a família que escolhi para receber e emanar amor. Foram muitas lágrimas que tiveram que presenciar. Agradeço até mesmo as broncas por substituir o almoço por um lanche da cantina. Peço desculpas pelas ausências em momentos importantes e por ignorar algumas mensagens no whatsapp. Amo muito vocês.

Ao Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho, meu orientador. É meu exemplo de pessoa sábia e cuidadosa. Sou eternamente grata pela calma e paciência que teve comigo, me deu a mão e me ensinou o que eu precisava aprender, acredito que isso é ser um bom professor, e sim, você é o cara. Nunca havia presenciado tamanha responsabilidade em educar

e ao mesmo tempo tanta delicadeza na fala. Você me possibilitou ver um mundo que não quero mais sair, estudar imagem corporal foi um máximo. Sempre acreditei que na vida encontramos pessoas que nos impulsionam e nos ajudam a encontrar nossos caminhos, e você está na minha lista. Muito obrigada por ter confiado em mim, muita gratidão por você.

A professora Dra. Andréia Cristiane Carrenho Queiroz por aceitar esse desafio em participar de uma banca que não é sua área de estudo. Seu nome foi o primeiro que me veio na mente para estar junto nesse momento. Primeiramente pela qualidade profissional que possui e também pela gratidão que tenho em ter me auxiliado no processo seletivo do mestrado. Obrigada.

A professora Dra. Marle dos Santos Alvarenga, por sua disponibilidade e gentileza em colaborar com este trabalho. É uma grande conhecedora do comer intuitivo, o que me faz sentir privilegiada em tê-la na banca. Tenho muito que aprender com você. Muita gratidão por estar conosco nesse momento.

Ao professor Ms. Maurício Almeida, por ter sido meu espelho no ensaio clínico. Não consigo mensurar o quanto me ajudou e auxiliou em todas as etapas da pesquisa, seja na prática, quanto na elaboração da dissertação. Muito obrigada mesmo, você é fora da curva.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde e a todos os professores que contribuíram para minha formação acadêmica, serei eternamente grata a vocês. Em especial a Dra. Clarice Lima Alvares da Silva, por ter me apresentado a pesquisa ainda na graduação, guardo com muito carinho todos nossos momentos.

Ao Núcleo de Estudos Educação Física, Corpo e Sociedade (NECOS) e as bolsistas de iniciação científica, por todo apoio no dia a dia da pesquisa. Ter uma equipe disposta a fazer dar certo foi essencial para a finalização desse trabalho.

À universidade pública e de qualidade, minha amada Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares (UFJF-GV). Sou filha legítima dessa instituição, que me formou como profissional e como pessoa ética, disposta a servir a comunidade com o melhor desejado, com muito amor e respeito.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro, essencial para a realização desta pesquisa

Meu muito obrigada!

“Que nada nos limite. Que nada nos defina. Que nada nos sujeite. Que a liberdade seja a nossa própria substância” (SIMONE DE BEAUVOIR, 1949, p. 45).

RESUMO

Os transtornos alimentares (TAs) são considerados patologias psiquiátricas nas quais os indivíduos apresentam graves distúrbios em seus comportamentos, pensamentos e emoções relacionados à alimentação. Há elevada cronicidade, baixa taxa de remissão e frequente mortalidade em pacientes com TAs, motivo pelo qual programas de prevenção vem sendo desenvolvidos e testados para reduzir potenciais fatores de risco ao desenvolvimento de TAs. Contudo, diversos desfechos não foram avaliados em intervenções, o que incita a análise de eficácia de alguns programas, como “O Corpo em Questão”, sob tais desfechos. O objetivo do presente trabalho foi avaliar a eficácia da intervenção preventiva “O Corpo em Questão”, baseada na dissonância cognitiva, na redução de fatores de risco para TAs e no aumento da apreciação corporal, comer intuitivo e autoestima em jovens adultas brasileiras. Foi conduzido um ensaio clínico controlado randomizado com 74 mulheres insatisfeitas com seu corpo, com idades entre 18 e 30 anos, matriculadas na Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares. As participantes foram alocadas em dois grupos: grupo controle (GC; n = 36) e grupo intervenção (GI; n = 38). O GI recebeu a intervenção “O Corpo em Questão” que consistiu em quatro sessões, com 60 minutos de duração cada, ocorridas em um intervalo de uma semana entre elas. O GC foi passivo, não recebeu qualquer intervenção, porém respondeu aos questionários em intervalos similares ao GI. As participantes foram avaliadas quanto às seguintes variáveis: internalização dos ideais corporais, insatisfação corporal, comer transtornado, afeto negativo, autoestima, apreciação corporal e comer intuitivo no *baseline*, logo após a intervenção, 4 e 24 semanas de *follow-up*. O GI demonstrou reduções significativamente maiores na internalização dos ideais de corpo, insatisfação corporal e comer transtornado do momento pré-intervenção para pós-intervenção (p -valores $<0,01$; d de Cohen entre as condições = 0,76-1,04), 4 semanas (p -valores $<0,001$; d de Cohen entre as condições = 1,27-1,71) e 24 semanas de *follow-up* (p -valores $<0,001$; d de Cohen entre as condições = 1,04-1,19). Em relação ao afeto negativo, o GI mostrou redução significativamente maior apenas no acompanhamento de 24 semanas de *follow-up* (p $<0,05$; d de Cohen entre as condições = 0,60). Além disso, o GI apresentou aumento significativamente maior no comer intuitivo, apreciação corporal e autoestima em comparação ao GC entre o momento *baseline* e logo após a intervenção (p -valores $<0,01$; d de Cohen entre as condições = 0,73-0,98), 4 semanas (p -valores $<0,001$; d de Cohen entre as condições = 1,25-1,87) e 24 semanas de *follow-up* (p -valores $<0,001$; d de Cohen entre as condições = 0,82-1,38). Os resultados fornecem evidências substanciais para a eficácia do programa “O Corpo em Questão” na redução dos fatores de risco para TAs e aumento da apreciação corporal, comer intuitivo e autoestima em jovens adultas brasileiras.

Palavras-chave: Prevenção. Dissonância Cognitiva. Imagem Corporal. Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos. Jovens adultas.

ABSTRACT

Eating disorders (EDs) are considered psychiatric illnesses in which patients experience serious disturbed behaviors, thoughts and emotions related to food. There is a high chronicity, low remission rate and high mortality in patients with EDs, which is why prevention programs have been developed and tested to reduce risk factors for EDs. However, several outcomes were not evaluated in interventions programs, which suggest evaluating those outcomes in prevention programs, such as “O Corpo em Questão”. The present study aimed to evaluate the efficacy of a dissonance-based intervention (“O Corpo em Questão”) on the reduction of risk factors for EDs and on the increasing in intuitive eating, body appreciation, and self-esteem among Brazilian women. A randomized controlled clinical trial was conducted with 74 body dissatisfied young women, aged 18 to 30 years, enrolled at the Federal University of Juiz de Fora, Governador Valadares campus. Participants were randomized into two groups: intervention group (GI; $n = 38$) and control group (GC; $n = 36$). The GI participated in the intervention “O Corpo em Questão” that consisted of four sessions, with last 60 minutes each, with an interval of one week between each session. The CG was passive and did not receive any intervention, but answered the questionnaires at similar intervals to the GI. Participants responded questionnaires that evaluate: Body-ideal internalization, body dissatisfaction, disordered eating, negative affect, self-esteem, body appreciation and intuitive eating at baseline, post-intervention, 4- and 24-weeks of follow-up. The GI showed significantly greater decreases in body-ideal internalization, body dissatisfaction and disordered eating from baseline to post-intervention (p -values < 0.01 , between-condition Cohen's $d = 0.76$ – 1.04), 4-week (p -values < 0.001 , between-condition Cohen's $d = 1.27$ – 1.71) and 24-week follow-up (p -values < 0.001 , between-condition Cohen's $d = 1.04$ – 1.19). Regarding negative affect, the GI showed significantly greater reduction only at 24-week follow-up ($p < 0.05$, between-condition Cohen's $d = 0.60$). Moreover, the GI demonstrated significantly greater increases in intuitive eating, body appreciation and self-esteem compared to GC from baseline to post-intervention (p -values < 0.01 , between-condition Cohen's $d = 0.73$ – 0.98), 4-week (p -values < 0.001 , between-condition Cohen's $d = 1.25$ – 1.87) and 24-week follow-up (p -values < 0.001 , between-condition Cohen's $d = 0.82$ – 1.38). The results provide evidence for the efficacy of the “O Corpo em Questão” program in reducing risk factors for EDs and increasing body appreciation, intuitive eating and self-esteem in Brazilian young adult's women.

Keywords: Prevention. Dissonance-based. Intuitive eating. Body image. Feeding and eating disorders. Young adults.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – <i>Dual-Pathway Model</i>	33
Figura 2 – Modelo teórico dos três fatores para mulheres brasileiras.....	34
Figura 3 – Modelo Aceitação do Comer Intuitivo.....	47
Quadro 1 – Descrição do protocolo “O Corpo em Questão” e aplicação prática dos pilares e princípios do comer intuitivo na sessão 1	57
Quadro 2 – Descrição do protocolo “O Corpo em Questão” e aplicação prática dos pilares e princípios do comer intuitivo na sessão 2	58
Quadro 3 – Descrição do protocolo “O Corpo em Questão” e aplicação prática dos pilares e princípios do comer intuitivo na sessão 3.....	59
Quadro 4 – Descrição do protocolo “O Corpo em Questão” e aplicação prática dos pilares e princípios do comer intuitivo na sessão 4.....	60
Figura 4 – Diagrama do CONSORT detalhando o fluxo de participantes através do estudo ..	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análises descritivas dos dados sociodemográficos, nível econômico, insatisfação corporal como um todo, com a musculatura e gordura divididas entre o Grupo Intervenção (GI) e Controle (GC).....	67
Tabela 2 – Médias marginais estimadas em cada momento do estudo para o Grupo Intervenção (GI) e Controle (GC).....	73
Tabela 3 – Estimativas de efeitos fixos e componentes da variância para as variáveis de desfecho primário.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIC	<i>Akaike Information Criteria.</i>
AN	Anorexia Nervosa
BAS	<i>Body Appreciation Scale</i>
BIC	<i>Bayesian Information Criteria</i>
BFCC	<i>Body-Food Choice Congruence</i>
BN	Bulimia Nervosa
BP	<i>Body Project</i>
BSQ-8	<i>Body Shape Questionnaire - 8</i>
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
EAR	Escala de Autoestima de Rosenberg
EAT-26	<i>Eating Attitudes Test-26</i>
EPRER	<i>Eating for Physical Rather than Emotional Reasons</i>
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
IES-2	<i>Intuitive Eating Scale – 2</i>
Ku	Curtose
PANAS	<i>Positive Affect and Negative Affect Scale</i>
RHSC	<i>Reliance on Hunger and Satiety Cues</i>
SATAQ-4R	<i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4-Revised-female</i>
Sk	Assimetria
TAs	Transtornos Alimentares
TCA	Transtorno de Compulsão Alimentar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF-GV	Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares
UPE	<i>Unconditional Permission to Eat</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

Kg	Quilograma
m^2	Metro ao quadrado
d	d de Cohen
ω	Ômega de McDonald
p	Valor de p

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	23
2.1	OBJETIVO GERAL	23
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO	24
3.1	IMAGEM CORPORAL	24
3.2	TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	29
3.2.1	Fatores de risco para transtornos alimentares	31
3.2.2	Fatores protetores para o desenvolvimento de transtornos alimentares	34
3.2.3	Programa preventivos para transtornos alimentares	39
3.3	COMER INTUITIVO.....	44
4	MÉTODO	52
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	52
4.2	PARTICIPANTES	52
4.2.1	Critérios de inclusão	53
4.2.2	Critérios de exclusão	53
4.3	PROCEDIMENTOS	53
4.4	INTERVENÇÃO.....	54
4.5	INSTRUMENTOS	60
4.5.1	Questionário sociodemográfico	60
4.5.2	Internalização dos ideais corporais	60
4.5.3	Comer transtornado	61
4.5.4	Insatisfação com o peso e forma corporal	61
4.5.5	Afeto negativo	62
4.5.6	Autoestima	62
4.5.7	Comer intuitivo	63
4.5.8	Apreciação corporal	63
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	64
5	RESULTADOS	66
5.1	ANÁLISES DESCRITIVAS E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	65
5.2	TAXA DE RETENÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	67
5.3	EFEITOS DA INTERVENÇÃO	69
5.3.1	Internalização dos ideais corporais	69
5.3.2	Comer transtornado	69
5.3.3	Insatisfação com o peso e forma corporal	69

5.3.4	Afeto negativo	70
5.3.5	Autoestima	70
5.3.6	Comer intuitivo.....	70
5.3.7	Apreciação corporal.....	71
6	DISCUSSÃO.....	74
7	CONCLUSÃO	85
	REFERÊNCIAS	86
	ANEXO A – Parecer do Comitê de ética.....	98
	ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	102
	ANEXO C – Questionário Sociodemográfico	103
	ANEXO D – <i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4- Revised-Female (SATAQ-4R-female)</i>	104
	ANEXO E – <i>Eating Attitudes Test – 26 (EAT-26)</i>	106
	ANEXO F – <i>Body Shape Questionnaire – 8 (BSQ-8)</i>	107
	ANEXO G – <i>Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)</i>	108
	ANEXO H – Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)	109
	ANEXO I – <i>Intuitive Eating Scale – 2 (IES-2)</i>	110
	ANEXO J – <i>Body Appreciation Scale – 2 (BAS-2)</i>	112
	ANEXO K – Declaração de infraestrutura.....	113
	ANEXO L – Aprovação no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC).....	114
	APÊNDICE A – Folder de divulgação	115
	APÊNDICE B – Formulário de disponibilidade	116

1 INTRODUÇÃO

Estudos sobre a imagem corporal vêm sendo incorporados de maneira incisiva no âmbito do conhecimento científico, desde o final do século XX e muitos destes, estão atrelados aos transtornos alimentares (TAs) (FERREIRA; CASTRO; MORGADO, 2014). Os TAs são considerados patologias psiquiátricas nas quais os indivíduos apresentam graves distúrbios em seus comportamentos, pensamentos e emoções relacionados à alimentação, ocasionando danos físicos, psicológicos e sociais (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014).

Essas psicopatologias se mostram como um problema de saúde pública. Dados representativos dos EUA, Europa, Austrália e Brasil mostram que uma quantidade significativa de mulheres jovens experimenta sinais e sintomas de TAs (ALLEN *et al.*, 2013; DAKANALIS *et al.*, 2017; LEAL; PHILIPPI; ALVARENGA, 2020; STICE *et al.*, 2013; WAAGE *et al.*, 2017). A qualidade de vida é afetada substancialmente com o grau de envolvimento dos TAs (JENKINS *et al.*, 2011). Há comprometimento funcional, elevação de sinais de depressão e angústia (ALLEN *et al.*, 2013). A cronicidade da doença, a baixa taxa de remissão e mortalidade também são agravos frequentes (ALLEN *et al.*, 2013).

Vale destacar que aproximadamente 80 a 90% das pessoas que apresentam TAs não recebem tratamentos específicos (SWANSON *et al.*, 2011). E quando tratados, apresentam alto custo (ÁGH *et al.*, 2016), com baixa resolubilidade clínica e reduzidas taxas de sucesso, principalmente pela grande resistência ao tratamento e frequente morbidades associadas (HAY; TOUYZ; SUD, 2012). O aumento da prevalência dos TAs é um fator crítico a ser destacado. Em recente revisão, GALMICHE *et al.*, (2019) demonstraram que a prevalência dessas psicopatologias cresceu ao longo dos anos (3,5% em 2000-2006, 4,9% em 2007-2012 e 7,8% em 2013-2018).

Diante disso, a prevenção de TAs tem demonstrado ser uma alternativa para evitar sua incidência e conseqüentemente, reduzir os agravos que essas patologias ocasionam, como é o caso dos programas preventivos testados por vários estudiosos da área (BUTRYN *et al.*, 2014; BUTTERS; CASH, 1987; SPRINGER *et al.*, 1999; STICE *et al.*, 2000, 2006; STICE; YOKUM; WATERS, 2015a). Grande parte desses programas tem como foco principal variáveis associadas ao comer transtornado ou fatores de risco para o desenvolvimento dos TAs.

Para entender melhor quais são essas variáveis, é importante definir a insatisfação corporal, componente afetivo da imagem corporal, descrito frequentemente na literatura

científica como um dos principais fatores de risco para os TAs (STICE *et al.*, 2017; STICE; MARTI; DURANT, 2011). A insatisfação corporal pode ser compreendida como uma avaliação negativa do próprio corpo (FERREIRA; CASTRO; MORGADO, 2014), muitas vezes resultante da internalização do ideal de corpo magro, frequentemente observado entre mulheres. Estima-se que 66,3% das mulheres adultas brasileiras estejam insatisfeitas com o próprio corpo (SILVA *et al.*, 2011). Alguns estudos revelaram também elevada insatisfação corporal em adolescentes brasileiras (LAUS *et al.*, 2012; MARTINS; PETROSKI, 2015; VALE; KERR; BOSI, 2011) e em jovens adultas, influenciadas principalmente pela mídia e outras influências sociais (AMARAL; FERREIRA, 2017).

Esse fato pode ser mais bem explicado por Carvalho (2016) que propôs a avaliação de um modelo etiológico do comer transtornado¹ para jovens brasileiros (mulheres e homens), tendo como base o Modelo Teórico dos Três Fatores. Em síntese esse modelo indicou que fatores socioculturais como pais, amigos e a mídia são fontes de informações capazes de modular os comportamentos de comparação social e internalização dos ideais de corpo magro. Estes, por sua vez, se elevados, são capazes de gerar insatisfação com próprio corpo e consequentemente a adoção de dietas restritivas, prática de jejum, uso de laxativos, entre outros comportamentos descritos como de risco para o desenvolvimento de TAs. Neste modelo, identificou-se que as mulheres sofrem maior influência dos pais, dos amigos e da mídia em relação aos homens. Em especial, foi observada a importância da internalização dos ideais de corpo como um fator chave para o desenvolvimento de distúrbios de imagem corporal e comer transtornado (CARVALHO, 2016).

Um programa preventivo que tem como objetivo reduzir os fatores de risco para TAs é o *Body Project* (STICE *et al.*, 2000). O programa tem sua ação focada na redução da internalização do ideal de corpo magro e apresenta como público-alvo meninas e mulheres que possuem alto risco de desenvolver TAs, devido a insatisfação corporal. Este programa tem como base a teoria da Dissonância Cognitiva, proposta por Festinger (1957), que 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. A teoria da dissonância cognitiva propõe que é

¹ O termo comer transtornado se refere a síndromes alimentares subclínicas, que são menos severas que os critérios diagnósticos para os transtornos alimentares. Se trata de comportamentos alimentares inadequados, como a prática de dietas restritivas, jejuns e uso de métodos compensatórios (ADA, 2006).

possível modificar pensamentos e atitudes desde que sejam criadas estratégias que gerem “dissonância”, ou seja, desconforto nas crenças e cogações.

O *Body Project* apresenta ampla evidência científica principalmente pela característica de ser interativo, ou seja, acontece em grupos formados, com interação ativa de todas as participantes (STICE *et al.*, 2000, 2013). Possui multi-sessões, com quatro encontros de duração de 60 minutos cada, o que garante que os indivíduos experimentem novas habilidades ao longo das semanas (STICE; SHAW; MARTI, 2007). O programa pode ser considerado como “seletivo” de acordo com a classificação dos níveis de prevenção do Instituto Nacional de Saúde Mental (MRAZEK; HAGGERTY, 1994). Ou seja, tem como público-alvo meninas e mulheres com elevado risco de TAs, o que também tem sido mostrado na literatura como indicativo de eficácia para os programas preventivos quando comparados aos demais níveis de prevenção² (WATSON *et al.*, 2016).

Recentemente, Amaral, Stice e Ferreira (2019) testou a eficácia do *Body Project* em adolescentes brasileiros, no âmbito escolar, nomeando o programa então de “O Corpo em Questão”. Verificou-se redução na insatisfação corporal, na influência sociocultural da mídia, na internalização do ideal de magreza e aumento da autoestima e apreciação corporal nas meninas que participaram da intervenção, principalmente no momento logo após o término da intervenção (AMARAL; STICE; FERREIRA, 2019). Já, Hudson (2018) testou a eficácia do programa na população de jovens adultas brasileiras. Os resultados indicaram que a intervenção foi eficaz na redução da insatisfação corporal, influência da mídia, internalização do ideal de magreza, dos sintomas para TAs e sintomas depressivos, e no aumento da autoestima das participantes (HUDSON, 2018).

Portanto, sabe-se que o *Body Project*, criado por Stice *et al.* (2000), adaptado e testado em adolescentes (AMARAL; STICE; FERREIRA, 2019) e em jovens adultas brasileiras (HUDSON, 2018), apresenta relevância no contexto de prevenção para TAs, com foco na redução da internalização dos ideais de magreza e aos custos associados a perseguir esse ideal de corpo. O programa é capaz de reduzir fatores de risco para os TAs, como a insatisfação corporal, a internalização do ideal magro, a prática de dietas restritivas e afeto negativo (WATSON *et al.*, 2016). Além disso, alguns estudos também apontam para efeitos positivos destes programas como o aumento da apreciação corporal e da autoestima. Entretanto, aspectos relacionados ao comer intuitivo ainda não foram avaliados como exemplo de

² As intervenções universais referem-se à população de forma geral. As seletivas são destinadas a subgrupos da população geral, que não apresentam sintomas, mas que devido ao meio que estão inseridas, são considerados de alto risco. Já as intervenções indicadas, são para aqueles indivíduos que apresentam os sintomas, mas não atendem aos critérios diagnósticos (GORDON, 1987).

desfecho positivo nesse programa (LE *et al.*, 2017; LEVINE, 2020; SHAW; STICE, 2016; WATSON *et al.*, 2016).

O comer intuitivo, proposto por Tribole e Resch (1995, 2020) é como um modelo adaptativo de alimentação, com forte conexão aos sinais de fome e de saciedade. É possível inferir que uma relação mais positiva com a alimentação, por exemplo, o comer intuitivo, seja um possível desfecho positivo após a intervenção “O Corpo em Questão”. Isso pode ser explicado principalmente pelo fato de que o programa mostra redução dos fatores de risco para os TAs, que são inversamente relacionados ao comer intuitivo (BRUCE; RICCIARDELLI, 2016; CRAVEN; FEKETE, 2019). Assim como, correlacionados de forma positiva com a apreciação corporal (AVALOS; TYLKA, 2006; OSWALD; CHAPMAN; WILSON, 2017) e autoestima (SCHAEFER; MAGNUSON, 2014), aspectos estes relacionados à imagem corporal positiva.

O comer intuitivo (do original, *Intuitive Eating*) tem como proposta o desenvolvimento/resgate da sintonia entre a comida, o corpo e a mente (TRIBOLE; RESCH, 1995, 2020). Ou seja, ele busca a harmonia entre os 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 físicas e emocionais.

Mais especificamente, o comer intuitivo, vem sendo correlacionado a melhores atitudes e comportamentos alimentares, à imagem corporal positiva, com maiores níveis de apreciação corporal, satisfação e atitudes favoráveis ao corpo, bem como melhor funcionamento emocional em mulheres (BEINTNER *et al.*, 2019; BRUCE; RICCIARDELLI, 2016; CHRISTOPH *et al.*, 2021; HAZZARD *et al.*, 2020; TYLKA; CALOGERO; DANÍELSDÓTTIR, 2020). Contrário a isso, sabe-se que indivíduos que apresentam imagem corporal depreciativa e internalização do corpo ideal magro, são mais susceptíveis a apresentar comportamentos relacionados à alimentação de forma controlada, rígida e restritiva (LINARDON; MITCHELL, 2017; SMITH *et al.*, 2020; TYLKA; CALOGERO; DANÍELSDÓTTIR, 2020; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015b).

Todos esses fatores em conjunto levam a pensar que um programa de dissonância cognitiva é capaz de modificar também aspectos positivos da alimentação, como o aumento do comer intuitivo. Ou seja, considerando que a intervenção “O Corpo em Questão” é eficaz na redução da insatisfação corporal, da internalização dos ideais de corpo, dos sintomas de TAs e do afeto negativo, bem como o aumento da apreciação corporal e da autoestima, ele também seria capaz de aumentar o comer intuitivo. Isso porque se sabe que indivíduos que se dizem ser comedores intuitivos apresentam uma imagem corporal mais positiva e menor risco

para o desenvolvimento de TAs (BRUCE; RICCIARDELLI, 2016; CRAVEN; FEKETE, 2019).

Ocorre que os estudos de prevenção com foco na redução dos fatores de risco para TAs não investigaram se esse modelo de intervenção pode influenciar no comer intuitivo dos indivíduos (LE *et al.*, 2017; LEVINE, 2019; SHAW; STICE, 2016; WATSON *et al.*, 2016). Apesar de o programa “O Corpo em Questão” ter como foco a redução da internalização dos ideais de corpo e os custos associados à aceitação desses ideais (AMARAL; STICE; FERREIRA, 2019, HUDSON, 2018), temas como aceitação e apreciação corporal, respeito ao corpo e às suas demandas, alimentação e relações positivas com o corpo e com a aparência são discutidos. Assim, é possível, sem modificações do *script* do programa³, aumentar o debate sobre a alimentação, incluindo aspectos do comer intuitivo ao longo dos encontros.

De fato, estudos recentes têm debatido sobre a importância de não somente reduzir fatores de risco para os TAs, mas também estimular o desenvolvimento de aspectos positivos ou protetores. Parte desse debate advém da Psicologia Positiva que assevera que reduzir características negativas/mal adaptativas sem estimular o aumento de características positivas/adaptativas provavelmente cria um estado de saúde intermediário, caracterizado pela ausência de patologia, mas falta de vitalidade. Diante disso, a Psicologia Positiva se concentra nos eventos positivos e influências da vida, incluindo: experiências positivas (felicidade, alegria, inspiração e amor) e, estados e traços positivos (gratidão, resiliência e compaixão) (PETERSON, 2006; SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000). Acredita-se assim que programas de prevenção para TAs devem reforçar sua atenção não somente para a redução de fatores de risco, mas também para o aumento de estados e traços positivos que sejam capazes de aumentar os efeitos desses programas. A inclusão do comer intuitivo em programas de dissonância cognitiva é uma das estratégias promissoras na prevenção de TAs e que merece atenção dos pesquisadores.

A presente pesquisa avaliou a eficácia de uma intervenção preventiva (“O Corpo em Questão”), na redução de fatores de risco para TAs e no aumento da apreciação corporal, comer intuitivo e autoestima em jovens adultas brasileiras. Desse modo, as seguintes hipóteses foram levantadas:

³ O programa apresenta um protocolo para os facilitadores que deve ser seguido para assegurar melhores resultados.

- a) a intervenção será capaz de reduzir os fatores de risco para o desenvolvimento de TAs (a internalização dos ideais de corpo, a insatisfação com peso e forma corporal, comer transtornado e o afeto negativo);
- b) a intervenção será capaz de aumentar a apreciação corporal, a autoestima e o comer intuitivo;
- c) o grupo intervenção obterá reduções significativas na internalização dos ideais de corpo, na insatisfação com peso e forma corporal, no comer transtornado, no afeto negativo e aumento na apreciação, na autoestima e no comer intuitivo quando comparado ao grupo controle nos momentos pós-intervenção, 4 e 24 semanas de *follow-up*.

2 OBJETIVOS

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

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a eficácia de uma intervenção preventiva, baseada na dissonância cognitiva, na redução de fatores de risco para TAs e no aumento da apreciação corporal, comer intuitivo e autoestima em jovens adultas brasileiras.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

- a) avaliar a internalização dos ideais de corpo, a insatisfação com o peso e a forma corporal, o comer transtornado, o afeto negativo, a apreciação corporal, a autoestima e o comer intuitivo;
- b) Avaliar a eficácia de uma proposta de intervenção preventiva nas variáveis sob análise, comparando os escores obtidos pelas jovens universitárias;
- c) Comparar os efeitos de uma proposta de intervenção preventiva entre um grupo submetido à intervenção (GI) e um grupo controle (GC) nas variáveis sob análise.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Essa seção trata dos aspectos conceituais de variáveis de interesse para a presente dissertação. Serão abordadas as seguintes questões centrais: Imagem corporal; Etiologia dos TAs, sua prevalência na população jovem feminina e quais são os fatores de risco para o desenvolvimento dessa psicopatologia; Programas de prevenção (Intervenções preventivas) focados nos fatores de risco para TAs; e, O comer intuitivo.

3.1 IMAGEM CORPORAL

Nos últimos anos, pesquisas relacionadas à imagem corporal tem se ampliado substancialmente, principalmente nos campos sociais e da saúde, dispondo investigações na Psicologia, Sociologia, Medicina e Nutrição, dentre outras ciências (CASH; SMOLAK, 2011; LAUS *et al.*, 2014). Contudo os estudos sobre ela tiveram seu início no século XVI, na França, com foco, principalmente, patológico/neurológico (CAMPANA; TAVARES, 2004).

No final do século XX, pesquisadores ingleses avaliaram aspectos fisiológicos e psicológicos que pudessem explicar uma figuração até então empírica notada nos indivíduos, como a alteração da percepção que estes retratam em relação ao próprio corpo. Podendo citar assim, Fisher, que em 1990 (p. 5), apontou que “os indivíduos constroem uma figura de si e assim, padrões são construídos contra os julgamentos da postura e dos movimentos corporais”.

Contudo, grande avanço para o conceito de imagem corporal foi concedido por Paul Schilder na década de 1930, na obra intitulada “A imagem do corpo: as energias construtivas da psique” (SCHILDER, 1994). O autor avança ao descrever o processo de construção da imagem corporal, englobando aspectos sociais, fisiológicos e libinais. Descreve a imagem corporal como um fenômeno amplo, com várias facetas, e que envolve não somente questões biológicas, como também psicológicas e sociais (SCHILDER, 1994).

Schilder considera que a imagem corporal é construída em camadas, por meio das experiências passadas e presentes, de modo que, ela apresenta forte entrelaçamento entre o mundo, o corpo e a mente. Em sua definição (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.

Outro imponente pesquisador que buscou conceituar a imagem corporal foi Slade em 1994. Segundo o autor, a imagem corporal pode ser compreendida como a imagem que o indivíduo tem do tamanho, forma e contorno corporais, assim como dos sentimentos em relação a essas características e as partes que o constituem (SLADE, 1994). Mais recentemente, estudiosos contemporâneos, como Cash e Pruzinsky (2002) e Cash e Smolak (2011) buscaram complementar aos pesquisadores anteriormente citados na descrição e no esclarecimento acerca da imagem corporal, visto a sua intersubjetividade e complexidade. O que foi extremamente importante para que avaliações acerca desse tema pudessem ser realizadas, principalmente para a construção de estudos robustos envolta desse tema.

Para o atual estudo o conceito de imagem corporal utilizado contempla teorias mais recentes, as quais compreendem o constructo como um fenômeno complexo, multifacetado e dinâmico. Compreende ainda a definição de que a imagem corporal se divide em ao menos duas dimensões, a perceptiva e a atitudinal (CASH; PRUZINSKY, 2002; CASH; SMOLAK, 2011). A dimensão perceptiva se refere à acurácia/inacurácia no julgamento do tamanho, da forma e do peso corporais. A percepção sobre o próprio corpo resulta da relação entre componentes sensoriais e não sensoriais. O primeiro compreende às respostas visuais, táteis e cinestésicas, assim como a intensidade dos estímulos recebidos e a atenção dedicada a eles. Já o segundo é a interpretação cerebral das informações geradas, por meio das crenças e o conhecimento que o indivíduo tem do próprio corpo (CASH; SANTOS; WILLIAMS, 2005; MCCABE *et al.*, 2006). Poucos são os estudos destinados a avaliar esse componente (CASH, 2012). Para tanto, muitos se voltam a medir a dimensão atitudinal, referindo aos aspectos cognitivos, comportamentais e afetivos dos indivíduos (CASH, 2011; CAMPANA; TAVARES, 2011).

Neste sentido, a dimensão atitudinal no que concerne ao componente afetivo, é relativa às experiências que os indivíduos apresentam ao sentir emoções relacionadas ao corpo. Trata-se dos sentimentos que esses vivenciam devido a sua aparência física, por exemplo. A ansiedade (ARGYRIDES; KKELI, 2015) e sentimentos depressivos (MURRAY; RIEGER; BYRNE, 2018) são frequentes modelos experienciados pelos indivíduos em relação aos seus corpos. O componente cognitivo refere-se aos pensamentos que revelam senso crítico mental a respeito do corpo, assim como também às crenças relacionadas ao corpo. Uma maneira de se avaliar esse componente é a busca da influência sociocultural sob os indivíduos, como por exemplo, a persuasão da mídia sobre estes. Grandes modelos teóricos foram desenvolvidos

para esse fim, como o Modelo Teórico de Influência dos Três Fatores⁴ de Thompson *et al.* (1999), adaptado para população de mulheres jovens brasileiras por Carvalho, Alvarenga e Ferreira. (2017). Especificamente, essa influência pode aparecer de forma passiva ou ativa, ou seja, as informações acerca dos corpos nas redes midiáticas podem servir como simples conhecimento de padrões corporais existentes (forma passiva) ou podem constituir na aceitação desses padrões e consequentemente causar comportamentos em busca de tal (forma ativa) (CAFRI *et al.*, 2005).

Já o componente comportamental relaciona-se as ações sobre ou relacionadas ao próprio corpo, como os comportamentos autodefensivos (CASH; SMOLAK, 2011) e de checagem corporal (MENZEL *et al.*, 2011). Assim como, ações voltadas para modificações corporais, principalmente objetivando o corpo ideal. Um exemplo muito comum desses comportamentos, é a prática de dieta restritiva, como mostra uma recente revisão sistemática (ROUNSEFELL *et al.*, 2020). Os pesquisadores que realizaram essa revisão identificaram que estar engajado nas redes sociais se associou a maior insatisfação corporal e a comportamentos de restrição alimentar (ROUNSEFELL *et al.*, 2020).

Sabendo-se das dimensões e dos componentes que compõem a imagem corporal, muitas pesquisas têm como principais populações investigadas os adolescentes e os adultos jovens, sendo esta última, muito atrelada às pesquisas com foco na avaliação da insatisfação com a aparência. Historicamente o componente afetivo tem sido o mais estudado, o que se deve em parte pela ampla associação entre a insatisfação corporal e a etiologia dos TAs (STICE *et al.*, 2017; STICE; DESJARDINS, 2018; STICE; MARTI; DURANT, 2011).

A insatisfação corporal pode ser compreendida como uma avaliação negativa que o sujeito faz em relação ao seu corpo e à sua aparência física (GARNER; GARFINKEL, 1981). Ainda, estende-se como o grau de depreciação que os indivíduos têm pela sua aparência, principalmente pelo peso e a forma corporal. Um sentimento negativo em relação à imagem corporal pode envolver o corpo como um todo ou somente partes específicas deste (MENZEL *et al.*, 2011; SLADE, 1994).

A literatura científica aponta que as mulheres são mais afetadas do que os homens pela insatisfação corporal (AMARAL, FERREIRA, 2017; LAUS *et al.*, 2012; MARTINS; PETROSKI, 2015; VALE; KERR; BOSI, 2011). Isso pode ser atrelado a alguns fatores, como os padrões estéticos estipulados pela sociedade, em que a pressão e a internalização do ideal de corpo magro é excessivamente exposto e adotado por esse grupo (ANIXIADIS *et al.*,

⁴ Refere-se ao termo “*Tripartite Influence Model*” traduzido pela autora.

2019; DONDZILO *et al.*, 2019; FITZSIMMONS-CRAFT *et al.*, 2016). Outro fator relevante e que explica essa elevada insatisfação das mulheres é a objetificação sexual⁵ de seus corpos, como postulado por McKinley e Hyde (1996). Eles consideram que a sociedade influencia fortemente na objetificação e sexualização do corpo feminino, fazendo com que haja aumento considerável na tendência de vigiar o próprio corpo e de valorizar aspectos observáveis e relacionados à aparência mais do que aspectos não observáveis (MCKINLEY; HYDE, 1996).

Essa teoria vai ao encontro de um recente estudo que avaliou se os usos de mídias sociais mediam a visão das mulheres como objetos sexuais, internalização e pressão do ideal de corpo magro (GROWER; WARD; TREKELS, 2019). Os resultados demonstraram que o uso de mídias sociais previu a internalização do ideal de corpo magro, e esteve indiretamente relacionado à auto-sexualização mediado pela internalização e visão da mulher como objeto sexual (GROWER; WARD; TREKELS, 2019).

O resultado dessa auto-objetificação/sexualização do corpo feminino sobre a insatisfação corporal pode ser visto em um importante estudo de intervenção que teve como base a teoria da dissonância cognitiva (KROON VAN DIEST; PEREZ, 2013). Nesta pesquisa, 177 universitárias participaram de um programa para a prevenção de TAs. Os resultados mostraram que a internalização do ideal de magreza e a auto-objetificação predizeram uma à outra e ambas predizeram a insatisfação corporal (KROON VAN DIEST; PEREZ, 2013).

Outra questão que também pode provocar a insatisfação corporal é a comparação social. Visto que a teoria da comparação social (FESTINGER, 1954) argumenta que as mulheres avaliam sua própria aparência comparando-se com os ideais socioculturais de beleza, muitas vezes apresentados pela mídia. Posto que estes ideais não são reais, ou ao menos muito difíceis de ser alcançados pela maioria das mulheres, a presença da insatisfação corporal se torna frequente. Festinger (1954) sugere que a comparação social pode ser classificada em ascendente e descendente, a depender do alvo ou foco em análise. Ou seja, o primeiro se refere a um comportamento de comparação com outros indivíduos que são percebidos como melhores do que si mesmo, enquanto que o segundo, se refere a comparação realizada com sujeitos percebidos como piores do que si mesmo. Interessante notar que estudos vêm mostrando que mulheres que fazem comparação ascendente, possuem aumento da insatisfação corporal (BAILEY; RICCIARDELLI, 2010; LEAEY *et al.* 2007).

⁵ 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).

Desta forma, é plausível acreditar que a insatisfação corporal é ocasionada por inúmeros fatores e podem por sua vez, acarretar muitos prejuízos para saúde em indivíduos que a possuem de forma elevada. Exemplos comuns na literatura incluem a baixa autoestima, afetos negativos, e sintomas depressivos (CRUZ-SÁEZ *et al.*, 2020; LIM; YOU, 2017; MURRAY; RIEGER; BYRNE, 2018; RUFINO *et al.*, 2018; UCHÔA *et al.*, 2020). Esse fato foi melhor explicado por Duchesne *et al.* (2016), ao testar o efeito mediador da autoestima na relação entre insatisfação corporal e sintomas de depressão e ansiedade. Os autores encontraram que as associações entre insatisfação corporal e sintomas de depressão e ansiedade foram mediadas pela autoestima. Ou seja, indivíduos que apresentam insatisfação corporal, possuem uma autoestima baixa que por sua vez, ocasionam sofrimentos psicológicos, como é o caso da ansiedade e depressão (DUCHESNE *et al.*, 2016).

Sabe-se ainda que a insatisfação corporal também tem associação com o comer transtornado. Indivíduos que apresentam uma avaliação negativa do corpo e da aparência podem apresentar comportamentos alimentares inadequados (CARVALHO, 2016; STICE; SHAW, 2002; STICE, 2001). Isso pode ser atribuído ao fato de que os indivíduos adotam comportamentos de modificação corporal como uma forma de lidar com a insatisfação com corpo. Dentre esses comportamentos podem ser mencionadas a prática de dietas restritivas, jejuns e uso de métodos compensatórios para obter resultados satisfatórios em sua aparência física (DYE, 2016).

Grande parte dos estudos envolvendo a avaliação da imagem corporal tem verificado a associação do construto com desfechos negativos. Esses resultados foram importantes para o desenvolvimento de estudos no campo da imagem corporal. Contudo, como argumenta Wood-Barcalow, Tylka e Augustus-Horvath (2010) é preciso ampliar o olhar para esse construto, e investigar aspectos positivos da imagem corporal. Apenas mais recentemente, a imagem corporal positiva vem ganhando atenção nos estudos sobre o tema (ANDREW *et al.*, 2016). Mais especificamente, nas duas últimas décadas, o interesse sobre a imagem corporal positiva vem revertendo o foco histórico dos estudos com experiências negativas com o corpo (DANIELS; GILLEN; MARKEY, 2018).

A imagem corporal positiva se refere a atitudes, comportamentos e sentimentos sobre a aceitação da sua aparência, de forma a amar e respeitar seu próprio corpo, independente da sua forma física (ANDREW *et al.*, 2016). Está ligada com a funcionalidade e apreciação da beleza singular, com sentimentos de felicidade e confiança ao corpo (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015).

Autores asseveram que a imagem corporal negativa não é o oposto da imagem corporal positiva, visto que são dimensões distintas, cada uma com sua linha de construção (AVALOS *et al.*, 2005; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015). Ou seja, indivíduos que apresentam uma imagem corporal positiva não necessariamente se ausentam da imagem corporal negativa (TYLKA, 2018). É natural que ambas possam ocorrer de forma simultânea, como é o caso de indivíduos que apresentam insatisfação corporal com algum aspecto do seu corpo, mas ao mesmo tempo, possuem respeito e apreciação pelo corpo de forma geral.

Importante destacar que a imagem corporal positiva pode ser considerada um fator protetor para o desenvolvimento de TAs, pois atua principalmente na rejeição de mensagens negativas sobre o corpo, reduzindo a internalização dos ideais corporais e ampliando a conceitualização de beleza (TYLKA, WOOD-BARCALOW; 2015). Tal proteção pode ocorrer por uma elevada apreciação corporal e também por outros fatores, como a elevada autoestima. Por essa razão, a imagem corporal positiva deve ser avaliada juntamente aos aspectos e variáveis que envolvem a imagem corporal negativa, para que juntas possam ser pontos-chave para o desenvolvimento de programas preventivos e auxiliarem na prevenção de distúrbios de imagem corporal e outras psicopatologias, como é o caso dos TAs.

3.2 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Segundo a *American Psychiatric Association* (APA, 2014), os TAs, são doenças psiquiátricas que estão 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. Para o seu diagnóstico, é utilizado o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), que fornece diretrizes sobre diversas doenças mentais (APA, 2014). Esse manual considera como TAs: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar (APA, 2014).

A pica consiste na ingestão de uma ou mais substâncias não nutritivas, não alimentares, de forma persistente (APA, 2014). Muito presente em indivíduos com deficiência intelectual, assim como no transtorno de ruminação, no qual há a regurgitação repetida de alimento depois de ingerido (APA, 2014).

Dentre os TAs, a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) são muito comuns em mulheres (GALMICHE *et al.*, 2019), principalmente pelo fato de a população feminina

sofrer pressões da sociedade que valoriza o padrão de corpo magro, sendo muitas vezes inatingíveis, acarretando insatisfação corporal e possível risco para o desenvolvimento de AN e BN (VAN DEN BERG *et al.*, 2002; CASH; SMOLAK, 2011).

A AN é caracterizada pela restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo. Os indivíduos apresentam medo intenso de ganhar peso ou de engordar, além de vivenciar autoavaliação do peso e do corpo não condizente ao peso atual (APA, 2014). Vale ressaltar a AN se divide em dois subtipos: o tipo restritivo e o tipo compulsão alimentar purgativa. O primeiro consiste em comportamentos no qual o indivíduo apresenta perda de peso por meio de dieta, jejum e/ou exercício e durante os últimos três meses, não se envolveu em episódios de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (por exemplo, uso de laxantes e diuréticos, vômitos autoinduzidos) (APA, 2014). Já o segundo, se refere aqueles indivíduos que se envolveram em episódios recorrentes de compulsão alimentar, também nos três últimos meses (APA, 2014). Segundo a revisão sistemática realizada entre os anos de 2000-2018, por Galmiche *et al.* (2019), a prevalência de AN ao longo da vida é de aproximadamente 1,4% nas mulheres e 0,2% nos homens.

A BN é caracterizada por episódios de compulsão alimentar, através da ingestão, em um período de tempo determinado (por exemplo, dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes (APA, 2014). Tais episódios são marcados pela sensação de falta de controle sobre a ingestão de alimentos (por exemplo, sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo), resultando em comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos auto-induzido; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso (APA, 2014). A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses. A prevalência de BN ao longo da vida é de aproximadamente 1,9% nas mulheres e 0,6% nos homens (GALMICHE *et al.*, 2019).

O transtorno da compulsão alimentar (TCA), é um transtorno alimentar em que não há comportamentos compensatórios, o que o difere da AN e BN (APA, 2014). Este é caracterizado em comer excessivamente em um período determinado, com falta de controle sobre a ingestão durante o episódio. Os indivíduos que apresentam TCA podem comer mais rapidamente do que o normal, se sentem desconfortavelmente cheio e se alimentam até mesmo sem sentir fome. Tendem também a se alimentar sozinhos, devido ao sentimento de vergonha, com sentimentos depressivos e de culpa. Os episódios de compulsão alimentar

ocorrem, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses (APA, 2014). A prevalência ao longo da vida para o TCA é de 2,8% para as mulheres e 1% para os homens (GALMICHE *et al.*, 2019).

O TCA é considerado uma psicopatologia negligenciada, devido a não procura espontânea dos indivíduos, por causa de vergonha dos sintomas ocasionados pela compulsão alimentar (GUERDJIKOVA *et al.*, 2019). Diferente da AN e BN, nas quais a prevalência é bem maior em mulheres do que em homens, o TCA apresenta proporção mais equilibrada entre os sexos (APA, 2014).

Sabe-se que a prevalência dos TAs vem crescendo ao longo dos anos, e que estes apresentam custos e agravos associados à saúde, como diminuição da qualidade de vida (JENKINS *et al.*, 2011), comprometimento funcional, depressão e angústia (ALLEN *et al.*, 2013). Além disso, apresenta cronicidade, baixa taxa de remissão e mortalidade (ALLEN *et al.*, 2013). Aproximadamente 80 a 90% das pessoas não recebem tratamentos específicos para essa doença psiquiátrica, e quando tratados, apresentam alto custo (ÁGH *et al.* 2016), com baixa resolubilidade clínica e baixas taxas de sucesso, principalmente pela grande resistência ao tratamento e frequente morbidades associadas (HAY; TOUY; SUD, 2012).

Diante deste cenário, faz-se importante conhecer quais são os fatores de risco para os TAs, para assim, agir de forma preventiva, influenciando em sua incidência e futuramente na redução da prevalência dessas doenças e seus agravos.

3.2.1 Fatores de risco para transtornos alimentares

O termo fator de risco corresponde a comportamentos que antecedem um determinado desfecho (JACOBI; ABASCAL; TAYLOR, 2004) e como já citado anteriormente, conhecer os fatores de risco para os TAs é essencial para garantir que ações de caráter preventivo sejam direcionadas ao público-alvo específico e que estas sejam eficazes. É importante ressaltar que o objetivo dessa dissertação não é avaliar os TAs em jovens mulheres e sim, avaliar alguns fatores de risco para tais, uma vez que, os TAs só poderiam ser diagnosticados por profissionais de saúde mental (psicólogos e psiquiatras) e englobam muitos componentes de saúde, por se tratar de uma doença multifatorial (APA, 2014).

Para compreender quais são os fatores de risco que antecedem os TAs, pesquisas longitudinais, bem como estudos com modelos teóricos causais validados e modelos-hipotéticos são utilizados, como é o caso do *Dual-Pathway Model* (STICE *et al.*, 1994) e *Tripartite Influence Model* (CARVALHO; ALVARENGA; FERREIRA, 2017; CARVALHO;

FERREIRA, 2020; THOMPSON *et al.*, 1999). Esses utilizam questionários de rastreio ou de autorrelato, nos quais se avalia a frequência de adoção de determinados comportamentos, bem como atitudes em relação ao corpo e a comida.

Para o atual estudo, será utilizado o modelo causal proposto por Stice *et al.* (1994), ilustrado na Figura 1⁶. Esse modelo busca explicar o desenvolvimento de comportamentos de risco para TAs em mulheres. De acordo com os autores, as mulheres internalizam o ideal corporal caracterizado como “ideal de magreza” e sentem uma pressão social para atingir esse estereótipo corporal. Essa pressão pode desencadear a insatisfação corporal, que por sua vez pode estimular a adoção de prática de dietas restritivas, visando a perda de peso e, aumentar o afeto negativo, que é ocasionado principalmente pela importância de se buscar o corpo tido como padrão. Esses dois fatores, prática de dietas e afeto negativo, por si só, levam ao comer transtornado. O modelo ainda indica que fazer dieta, também pode aumentar o afeto negativo e assim levar, por via indireta ao comer transtornado. Portanto, para os autores, o ponto chave para o acometimento de comer transtornado está na pressão para magreza e internalização do corpo magro (STICE *et al.*, 1994).

A internalização dos ideais de aparência diz respeito o quanto os indivíduos aceitam os padrões corporais impostos pela sociedade e internalizam aquilo como uma verdade para si, de modo que, apresentam comportamentos e atitudes em busca desses padrões (THOMPSON *et al.*, 1999).

Figura 1 – *Dual-Pathway Model*



Fonte: Traduzido de Stice *et al.* (1994) e adaptado pela autora (2021).

⁶ Ainda que inúmeros modelos teóricos apresentem variáveis como a insatisfação corporal e a internalização do ideal de corpo como fatores de risco para o desenvolvimento de TAs, o *Dual-Pathway Model* (STICE *et al.*, 1994) foi utilizado como base para o desenvolvimento da intervenção preventiva *Body Project* (STICE *et al.*, 2000), motivo pelo qual foi selecionado como base central para a presente dissertação.

A internalização do ideal de corpo magro é muito frequente nas mulheres, principalmente pela propagação dos meios de comunicação direcionada para a magreza (MIRANDA *et al.*, 2011; RODGERS; CABROL; PAXTON, 2011). Muitas mulheres internalizam o corpo magro como um padrão a ser seguido, sendo muitas vezes inatingíveis, ocasionando insatisfação com o próprio corpo e um sentimento de não pertencimento a sociedade (CASH; SMOLAK, 2011; VAN DEN BERG *et al.*, 2002). Com isso, a prática de dietas restritivas se torna um caminho comum de modificação corporal adotado pelas mulheres (FORTES *et al.*, 2015; HELFERT; WARSCHBURGER, 2011).

Com isso, para a presente dissertação, os seguintes fatores de risco para os TAs serão analisados: a) internalização dos ideais de corpo, b) insatisfação com o peso e a forma corporal c) comer transtornado e, d) afeto negativo. Vale destacar que três desses fatores de risco também foram indicados no *Tripartite Influence Model* de Thompson *et al.* (1999)⁷. Esse modelo etiológico considera o desenvolvimento de TAs como fruto de influências socioculturais (pais, amigos e mídia) que atuam como precursores da internalização dos ideais de corpo e comparação social. Essas duas últimas variáveis são descritas como mediadoras, conduzindo a insatisfação corporal, que por sua vez leva ao comer transtornado.

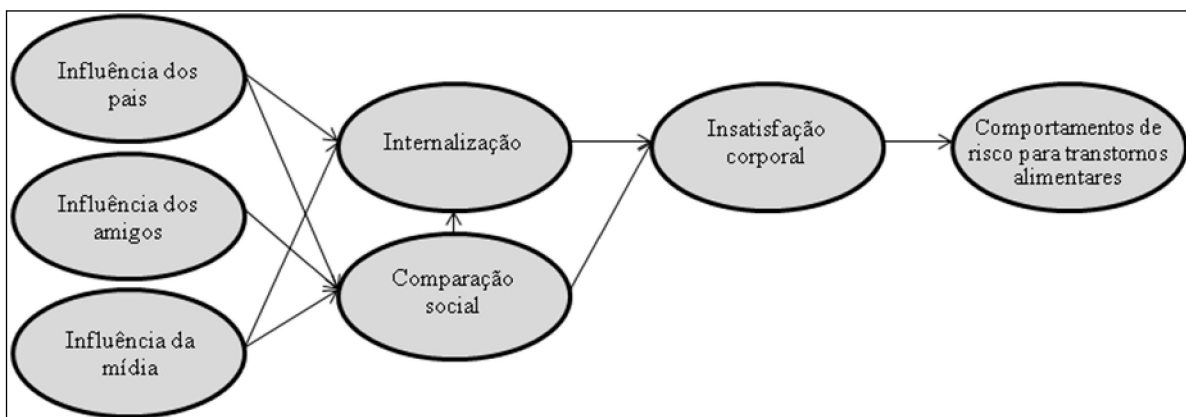
No contexto brasileiro, Carvalho (2016) investigou a validade do *Tripartite Influence Model*. Em estudo transversal foram avaliados 2.137 indivíduos do sexo feminino e masculino e identificado que para as mulheres, a internalização dos ideais de corpo e a insatisfação corporal são fatores importantes no desenvolvimento de comportamentos de risco para transtornos alimentares (Figura 2). Portanto, o ponto chave para o desenvolvimento de TAs é a internalização do ideal de magreza, que ocasiona a insatisfação corporal em jovens mulheres. Essa última está atrelada aos afetos negativos, que consiste em episódios intensos de desprazer. Os indivíduos que apresentam altos níveis de afeto negativo se percebem tristes, desanimados e preocupados (WATSON, 2005). Em seu estudo, Fernandes *et al.* (2017) indicaram associação de insatisfação corporal e depressão, principalmente em indivíduos do sexo feminino.

Portanto, o ponto chave para o desenvolvimento de TAs é a internalização do ideal de magreza, que ocasiona a insatisfação corporal em jovens mulheres. Essa última está atrelada aos afetos negativos, que consiste em episódios intensos de desprazer. Os indivíduos que apresentam altos níveis de afeto negativo se percebem tristes, desanimados e preocupados

⁷ O *Tripartite Influence Model* (THOMPSON *et al.*, 1999) é referendado nessa pesquisa como reforço e reconhecimento ao fato de que a internalização dos ideais de corpo é uma importante variável no desenvolvimento da insatisfação corporal e do comer transtornado.

(WATSON, 2005). Em seu estudo, Fernandes *et al.* (2017) indicaram associação de insatisfação corporal e depressão, principalmente em indivíduos do sexo feminino. Os autores verificaram que, quanto maior foi o nível de sintomas depressivos, maior a insatisfação corporal. Esse fato se justifica aos comportamentos de risco para TAs, pois aqueles indivíduos que não estão satisfeitos com o corpo e forma corporal, podem se sentir tristes, desanimados e preocupados com sua forma física, para tanto, buscam alternativas para reverter essa situação, com a prática de dietas restritivas, de jejum e uso de métodos compensatórios.

Figura 2 – Modelo teórico dos três fatores para mulheres brasileiras.



Fonte: Adaptado de Carvalho (2016).

Como mencionado anteriormente, estudos atuais têm debatido sobre a importância de não somente reduzir fatores de risco para os TAs, mas também estimular o desenvolvimento de aspectos positivos ou protetores (PETERSON, 2006; SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000). Diante disso, no próximo tópico serão apresentados os fatores protetores para o desenvolvimento de TAs.

3.2.2 Fatores protetores para o desenvolvimento de transtornos alimentares

Além de conhecer os fatores de risco que levam aos TAs é importante elencar os fatores protetores para essas doenças. Esse fato foi melhor explicado com o avanço dos estudos da imagem corporal positiva, impulsionado por Cash, desde 2002 (CASH; PRUZINSKY, 2002). Esse estudioso deu ênfase ao fato de que a imagem corporal positiva deveria ser uma direção para as pesquisas da área, principalmente por essa não se tratar do inverso da imagem corporal negativa, na qual deve-se garantir não apenas a redução dos efeitos negativos corporais, mas também o aumento de desfechos positivos (AVALOS *et al.*,

2005; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015). Além disso, o autor incluiu esse tema dentro dos objetivos e escopo da *Body Image: An International Journal of Research*⁸, importante revista científica sobre o tema imagem corporal, já que Cash figurava à época como editor chefe da revista. Esse fato histórico foi determinante para entender quais componentes fazem parte da imagem corporal positiva.

Um pouco depois de 2004, ano em que a revista foi lançada, Cash, Santos e Williams (2005), estudaram a aceitação corporal, que envolve atividades metais e comportamentais adaptativas, como o autocuidado, envolvendo a aceitação de ameaças relacionadas ao corpo, como provocações sobre o peso, assistir anúncios contendo mensagens de dietas, conversas sobre o corpo, ser pesado em consultórios, dentre outros. Assim, os indivíduos que apresentaram aceitação corporal, se lembraram de suas boas qualidades e não internalizaram essas ameaças relacionadas ao corpo (CASH; SANTOS; WILLIAMS, 2005).

Além disso, o estudo da imagem corporal positiva também foi estimulado por influências feministas, através de teorias, pesquisas e práticas. Pesquisadores argumentam que é aceitável e preferível que os corpos sejam diferentes das ideias corporais da sociedade, de modo a desafiar os motivos da mídia para usar corpos e aparências para vender produtos (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015b). Tem-se como exemplo o autor Lindo Bacon, que por meio de pesquisas acadêmicas (BACON *et al.*, 2005; BACON; APHRAMOR, 2013) apoiou a compreensão e o fortalecimento da luta contra a internalização dos ideais e mensagens midiáticas sobre o corpo. Junto a isso, desafiou o estigma de peso e estimulou a promoção da apreciação e do amor pelo próprio corpo.

Junto a isso, disciplinas incorporadas no campo da Psicologia foram cruciais para o estudo da imagem corporal positiva, como é o caso da Psicologia Positiva. Pode-se citar grandes inovadores dessa disciplina como Martin Seligman e Barbara Fredrickson (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015b). Esses estudiosos acreditaram que somente remover as características negativas não são suficientes para promover vitalidade, apenas garantem uma saúde mental intermediária, com a ausência de patologia (FREDRICKSON; LOSADA, 2005; SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

Tylka e Wood-Barcalow (2015) sustentam que a imagem corporal positiva pode consistir em fatores protetores para o desenvolvimento dos TAs, servindo como uma “barreira protetora” para o progresso dessas doenças. Os autores descrevem essa proteção como um mecanismo de filtragem, no qual, as informações negativas advindas dos outros e da mídia em

⁸ Para conhecer melhor esse periódico acesse <https://www.journals.elsevier.com/body-image>.

relação ao corpo são recusadas, sendo aceitas apenas aquelas que são consistentes com aspectos positivos sobre o corpo, garantindo maior saúde física e bem-estar psicológico para os indivíduos (TYLKA, WOOD-BARCALOW; 2015).

Sarah Grogan (2010), identificou os fatores que predizem a imagem corporal positiva em ambos os sexos, com a intenção de que futuras intervenções pudessem ser elaboradas e aplicadas em indivíduos insatisfeitos com seus corpos. Para a autora a elevada autoestima, a baixa internalização dos ideais corporais e a escassa comparação social são constituintes essenciais para a promoção da imagem corporal positiva e devem ser aplicadas em programas de prevenção aos TAs (GROGAN, 2010).

Portanto, são considerados fatores que incorporam a imagem corporal positiva e podem ser considerados fatores protetores para TAs: a apreciação corporal, saber respeitar os sinais de fome e saciedade, autoestima, autonomia, funcionalidade corporal, a autocompaixão, capacidade de controlar as emoções, exercícios que permitem um sentimento positivo em relação ao corpo (por exemplo, a Yoga), reconhecer as influências midiáticas negativas e feministas, ter oposição ao ideal de magreza, possuir boa relação familiar e aceitação corporal por outros (TYLKA; KROON VAN DIEST, 2015).

Sabendo-se da importância de estimular a imagem corporal positiva para reduzir agravos relacionados ao corpo e a alimentação disfuncional, estudos diversos são elaborados para esse fim. No presente trabalho, acredita-se que a apreciação corporal, a elevada autoestima e aspectos relacionados ao comer mais intuitivo são essências para que a internalização do ideal de magreza e consequentemente, a insatisfação corporal sejam reduzidas em jovens mulheres.

Conceitualmente, a apreciação corporal foi descrita por Tylka e Wood-Barcalow (2015) 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” (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015, p. 53). A apreciação corporal também pode ser retratada como opiniões favoráveis sobre o corpo, apesar do tamanho e peso corporal, bem como se atentar as necessidades do corpo, buscando sempre comportamentos saudáveis para o cuidado e proteção deste, rejeitando os ideais corporais irrealistas da mídia (AVALOS; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2005).

Interessantemente, um estudo examinou se a apreciação corporal é capaz de proteger contra o aumento da insatisfação corporal após a visualização da mídia voltada a favor do ideal de magreza e também explicou os mecanismos potenciais para explicar esse efeito protetor, através da redução da auto-objetificação e comparação da aparência (ANDREW;

TIGGEMANN; CLARK, 2015). Participaram da pesquisa, 68 universitárias, com idade entre 18 a 29 anos, expostas à um conjunto de anúncios que representavam o ideal de magreza, com fotografias de modelos australianas. Os resultados mostraram que a insatisfação corporal aumentou gradativamente, desde antes do anúncio até o pós-anúncio, e a apreciação corporal se correlacionou negativamente com a insatisfação corporal, tanto inicialmente, quanto após a exposição dos ideias de magreza (ANDREW; TIGGEMANN; CLARK, 2015). Com o objetivo de explicar o efeito protetor da apreciação corporal, os autores hipotetizaram que a auto-objetificação e a comparação da aparência são fatores relevantes para esse fim.

Primordialmente, os resultados mostram que a apreciação corporal foi negativamente correlacionada com esses dois fatores e ambos, se correlacionaram positivamente com a insatisfação corporal em ambos os momentos. Entretanto, a comparação da aparência e a auto-objetificação não foram responsáveis pelo efeito protetor da apreciação corporal. Os resultados desse estudo contruíram para mostrar que a apreciação corporal é capaz de proteger as mulheres contra a insatisfação corporal e os autores concluem indicando a necessidade de entender melhor como esse processo ocorre (ANDREW; TIGGEMANN; CLARK, 2015).

Com isso, Homan e Tylka (2018), desenvolveram e exploraram um modelo de gratidão de apreciação corporal em 263 mulheres. As autoras verificaram que a gratidão⁹ estava ligada a apreciação corporal por meio da autoestima¹⁰ com base na aparência e a aprovação dos outros, do comer intuitivo e da comparação social. A gratidão teve forte efeito direto na valorização do corpo e a apreciação corporal foi responsável por explicar 88% da relação da gratidão com o comer intuitivo. As autoras atribuem esse achado ao fato de que aqueles indivíduos que se veem de forma realista, focando em características internas positivas e diminuindo a necessidade da autoestima pela aparência e aceitação pelos outros, reduzem a tendência de se compararem socialmente e de se influenciarem por comportamentos alimentares disfuncionais (HOMAN; TYLKA, 2018).

Esse achado vai de encontro a estudos que verificaram estreita relação entre a autoestima e a apreciação corporal, como é o caso de Amaral *et al.* (2019), que demonstrou que a autoestima mais elevada se apresentou como preditor significativo no aumento da apreciação corporal em adolescentes e universitários. Também considerada um importante fator protetor para o desenvolvimento das TAs (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015b)

⁹ A gratidão pode ser definida como a percepção e valorização do que é positivo no mundo (WOOD; FROH; GERAGHTY, 2010).

¹⁰ A autoestima compreende-se por sentimentos e pensamentos que os indivíduos têm do seu próprio valor (ROSENBERG, 1965).

Esse fato pode ser observado no estudo de Tylka e Wood-Barcalow (2015a), que reformularam itens da *Body Appreciation Scale* (BAS), primeira medida desenvolvida para avaliação da apreciação corporal, para eliminar versões específicas de sexo e linguagem baseada na insatisfação corporal e desenvolvimento de itens adicionais com base em pesquisas de imagem corporal positiva. Por meio de uma amostra de 820 mulheres e 767 homens, os autores encontram forte e positiva associação da autoestima com a apreciação corporal. Corroborando com achados de pesquisas complementares, que também encontraram ampla associação dessas duas variáveis (GILLEN, 2015; HOMAN; TYLKA, 2018; NG; BARRON; SWAMI, 2015; SWAMI *et al.*, 2016).

A associação entre autoestima e apreciação corporal também foi verificada em uma intervenção preventiva desenvolvida para adolescentes brasileiras que objetivou reduzir fatores de risco para os TAs (AMARAL; STICE; FERREIRA, 2019). Os autores, além de identificarem eficácia da intervenção na redução de fatores de risco para TAs, observaram aumento dos escores de autoestima e de apreciação corporal nas mulheres que participaram da intervenção, principalmente no momento logo após o término desta (AMARAL; STICE; FERREIRA, 2019).

Outros estudos buscaram associar a apreciação corporal a demais fatores protetores, como é o caso da consciência aos sinais de fome e saciedade, principalmente em mulheres (ANDREW; TIGGEMANN; CLARK, 2015; HAHN OH *et al.*, 2012; TYLKA; KROON VAN DIEST, 2013). A existência dessa associação pode ser explicada pela Teoria da Incorporação Multidimensional (TYLKA; PIRAN, 2019) dado que essa considera as experiências dos indivíduos de habitar seus corpos conforme o mundo ao seu redor. Reflete também na valorização e no respeito pelo corpo, na harmonia simultânea entre a mente e o corpo físico, abrangendo a sintonia dos sinais internos da fome e da saciedade, importantes componentes para comportamentos alimentares mais intuitivos e menos rígidos (TYLKA; PIRAN, 2019). Sendo essenciais para o estabelecimento de uma relação saudável entre o corpo e os alimentos, potenciais agentes contra os TAs.

Estudo de Koller *et al.* (2020), por exemplo, examinou como os constructos positivos da apreciação corporal e do comer mais intuitivo se relacionam com a recuperação dos TAs, usando uma definição de recuperação abrangente (física, comportamental e cognitiva). Essa pesquisa consistiu em um acompanhamento de 7 a 8 anos de 66 mulheres com histórico de TAs que participaram anteriormente de uma pesquisa que avaliou a presença dessa patologia em mulheres (BARDONE-CONE *et al.*, 2010). Os autores recrutaram um total de 31

mullheres que não possuíam esse histórico, para participarem do grupo controle (KOLLER *et al.*, 2020).

Todos os participantes da pesquisa completaram as mesmas etapas do estudo, a saber: uma pesquisa online e uma pesquisa por telefone, após duas semanas, com o objetivo de explorar a estabilidade da recuperação (KOLLER *et al.*, 2020). Os resultados mostraram que dos 66 participantes com histórico de TAs, 29% apresentavam ainda essa patologia, 17% se recuperaram parcialmente, 42% se recuperaram totalmente e 12% não puderam ser classificados. O grupo totalmente recuperado não foi significativamente diferente do grupo controle em relação a apreciação corporal e ao comer intuitivo, mas ambos apresentaram níveis mais elevados do que os grupos parcialmente recuperados e com ainda TAs. Com isso, os autores concluem que esses constructos psicológicos positivos relacionados à imagem corporal (comer intuitivo e apreciação corporal) têm forte relação com a recuperação de psicopatologias alimentares, devendo ser estimulados na promoção de uma recuperação duradoura (KOLLER *et al.*, 2020).

Para tanto, para a atual pesquisa será analisado o comer intuitivo, a autoestima e a apreciação corporal, como fatores protetores contra os TAs, dado a relevância de se garantir que aspectos da imagem corporal positiva sejam elencados junto aos negativos. No próximo tópico, será abordado quais são os programas de prevenção para os TAs citados na literatura científica.

3.2.3 Programas preventivos para transtornos alimentares

A realização de estudos que promovam intervenções para diminuir os comportamentos de risco para TAs ainda é escassa, sendo mais comuns aquelas pesquisas que avaliam os fatores de risco ou que analisam as associações entre as variáveis existentes, em delineamentos transversais (FERREIRA; CASTRO; MORGADO, 2014). A avaliação dos fatores de risco, como aqueles indicados na presente dissertação, é de fundamental importância. É somente de conhecimento destes que é possível criar estratégias de prevenção para evitar complicações existentes nessa psicopatologia.

Dito isso, é essencial entender conceitualmente o que é prevenção e quais são os modos que essa se dá em estudos sobre distúrbios de imagem corporal e TAs. Para Leavell e Clark (1976, p. 19), “a prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”. Para tanto, as ações preventivas podem ter caráter primário, secundário e terciário

(LEAVELL; CLARCK, 1976). Essa classificação depende da situação em que os fatores de risco estão presentes. Ou seja, na prevenção primária são realizadas ações que visam remover causas e comportamentos de risco de um problema, uma vez que são realizadas antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Na prevenção secundária, são realizadas ações para detectar um problema de saúde em estágio inicial, para prevenir seus efeitos em longo prazo. Já a prevenção terciária, engloba ações para reduzir os prejuízos ocasionados pela doença, a qual já está presente (LEAVELL; CLARCK, 1976).

Ainda, o Instituto Nacional de Saúde Mental (MRAZEK; HAGGERTY, 1994), destaca que os níveis de prevenção podem ser divididos em três: universal, seletivo e indicado. As intervenções universais referem-se à população de forma geral, ou seja, são globais e destinadas a um grupo de pessoas, independentemente de se conhecer a presença ou não dos fatores de risco nessas pessoas, como por exemplo, estudantes de escolas públicas e privadas. As seletivas são destinadas a subgrupos da população geral, que não apresentam sintomas evidentes, mas que devido ao meio que estão inseridas, são considerados de elevado risco, como por exemplo, jovens adolescentes do sexo feminino, devido ao fato de que estas possuem elevado risco para o desenvolvimento de TAs. Já as intervenções indicadas, são para aqueles grupos que apresentam os sintomas claros, mas não atendem a todos os critérios diagnósticos para determinadas patologia, como universitárias que apresentam concomitantemente elevada insatisfação corporal e comer transtornado (GORDON, 1987).

É com essa divisão clara dos níveis de prevenção, que os programas de prevenção foram criados e testados nas populações, pois somente sabendo o público-alvo que se pretende atingir, é que é possível criar estratégias preventivas adequadas, conforme o grau de comprometimento em relação aos fatores de risco para os TAs (BUTTERS; CASH, 1987; FRANKO *et al.*, 2005; MITCHELL *et al.*, 2007; O'BRIEN; LE BOW, 2007; SPRINGER *et al.*, 1999; STICE *et al.*, 2000; STICE *et al.*, 2006; STICE; RAGAN, 2002).

Para aqueles que buscam direcionar suas intervenções para a população geral (universal), programas que utilizam a educação sobre a mídia (*medial literacy*) têm sido utilizados, por exemplo. São programas que promovem a resistência à pressão sociocultural pela magreza, através da crítica à mídia (KUSEL, 1999). Já para aqueles que têm foco em grupos de risco, com e sem sintomas (indicada e seletiva, respectivamente), estratégias de intervenção na terapia cognitivo-comportamental e na dissonância cognitiva têm sido uma alternativa.

A primeira consiste em intervenções focadas em aspectos cognitivos e comportamentais que antecedem a insatisfação corporal, com rituais de mudança de

comportamento em relação à aparência. A segunda consiste na crítica voluntária ao ideal de magreza (ou ideais corporais) através de exercícios verbais, escritos e comportamentais (NICOLINO *et al.*, 2001).

A dissonância cognitiva é um fenômeno descrito por Festinger (1957), que 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. Consiste em um mecanismo capaz de modificar pensamentos e atitudes depois que as crenças foram confrontadas.

Essa teoria foi utilizada por Stice *et al.* (2000) para desenvolver um programa de intervenção intitulado *Body Project*, que teve como foco o nível de prevenção seletiva dos indivíduos para fatores de risco para TAs com base no *Dual Pathway Model*, a saber: internalização do ideal de magreza, insatisfação corporal, dieta e afeto negativo. Este programa tem como público-alvo meninas e mulheres que apresentam risco para TAs, devido a presença de insatisfação corporal.

O *Body Project* é um programa interativo que consiste em quatro encontros, com duração de 60 minutos cada, realizado em pequenos grupos, composto por cinco a oito indivíduos. O tema focal do grupo é o ideal de magreza. Nestes encontros são realizadas discussões acerca dos custos associados a perseguir esse ideal de corpo, são criadas estratégias para lidar com a pressão da sociedade em relação a isso e também são realizadas atividades semanais, para que os indivíduos reflitam o que foi discutido e possam lutar contra o ideal de corpo, denominado “ativismo corporal” (STICE *et al.*, 2000).

Evidências científicas mostram que esse tipo de intervenção apresenta grande eficácia principalmente pela ação voluntária ao participar e também pelo número de sessões, ou seja, multissões, com maior número de participantes e destinados a indivíduos com elevado risco (LE *et al.*, 2017; STICE *et al.*, 2019; STICE; SHAW, 2004; WATSON *et al.*, 2016). Meta-análise realizada por Stice, Shaw e Marti (2007), indica que intervenções multissessão apresentam resultados mais satisfatórios quanto a redução dos fatores de risco para TAs quando comparados com as intervenções com apenas uma sessão. 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. Isso permite que a dissonância cognitiva seja produzida, pois oferta aos indivíduos tempo para que reflitam sobre o material da intervenção entre as sessões.

Recente metanálise realizada por Stice *et al.* (2019), concluiu que os efeitos são maiores para intervenções que induzem a dissonância em seus participantes, através de um número de 4 a 6 sessões. Resultados relacionados à oportunidades de refletir sobre o conteúdo da intervenção entre as sessões, provendo uma maior indução a dissonância cognitiva e, conseqüentemente, a assimilação das atividades. Os autores também atribuem a eficácia desse modelo de intervenção ao fato de que a intervenção é destinada à indivíduos com alto risco de TAs, principalmente por abordar temas que são sensíveis à essa população específica, como a insatisfação com o corpo devido a internalização de ideais irreais corporais, diretamente relacionados ao desenvolvimento dos TAs (STICE *et al.*, 2019).

Outra evidência descrita por essa meta-análise foi de que os efeitos das intervenções são significativamente maiores para os indivíduos que apresentam idade igual ou superior a 15 anos. De acordo com os autores, considerando o grupo de adolescentes, quanto maior for a idade da participante, mais eficazes são os resultados, principalmente pelo fato de que esses indivíduos apresentam maior risco de surgimento de TAs, além do fato de que possuem maior capacidade de compreensão sobre os assuntos tratados nas sessões (STICE; SHAW; MARTI, 2007).

Há de se destacar que os programas de prevenção aos TAs precisam ser avaliados e adaptados às diferentes realidades culturais. Ou seja, precisam ser culturalmente sensíveis e, quando necessário, adaptados ao contexto de aplicação. Com base nessa premissa, Amaral, Stice e Ferreira (2019) testaram a eficácia do *Body Project* em adolescentes brasileiros, no âmbito escolar. Nomeando o programa então de “O Corpo em Questão”. Para a sua amostra, participaram 62 adolescentes, alocados em grupos de intervenção e controle. Verificou-se redução na insatisfação corporal, na influência sociocultural da mídia, na internalização do ideal de magreza e aumento da autoestima e apreciação corporal nas meninas que participaram da intervenção, principalmente no pós-teste. Já para os meninos, a única variável que reduziu foi a busca pela muscularidade. A pesquisadora conclui dizendo que os resultados do estudo foram promissores, com indícios de eficácia do programa para redução de fatores de risco para meninas adolescentes brasileiras, com efeitos elevados para quase todas as variáveis analisadas (AMARAL; STICE; FERREIRA, 2019).

Hudson (2019) também testou a eficácia do programa, entretanto, na população de mulheres jovens adultas brasileiras. Avaliou a insatisfação corporal, a influência sociocultural na imagem corporal, a internalização do ideal de magreza, os comportamentos de risco para os TAs, os sintomas de TAs, a apreciação corporal, os sintomas depressivos, o afeto negativo e a autoestima, além de analisar os efeitos da intervenção, comparando os escores do *baseline*

e pós-intervenção intragrupos e entre os grupos. Foi também analisada a permanência dos efeitos da intervenção, no seguimento de um mês e após seis meses. Hudson (2019) verificou que a intervenção apresentou reduções significantes na insatisfação corporal, na influência da mídia, na internalização do ideal de magreza, nos comportamentos de riscos para TAs e nos sintomas depressivos, com aumento da autoestima das participantes.

Os resultados de Amaral (2019) e Hudson (2018) sugerem que o programa “O Corpo em Questão” é culturalmente sensível e apresenta eficácia para jovens adolescentes e jovens adultas brasileiras. Esses dados estão de acordo com revisões sistemáticas e meta-análises que indicam que programas baseados na dissonância cognitiva são eficazes na redução dos fatores de risco para TAs em populações seletivas, como de jovens mulheres com elevada insatisfação corporal (FINGERT *et al.*, 2006; WATSON *et al.*, 2016).

Apesar desses achados há de se destacar que os estudos que se utilizam do programa *Body Project* têm focado quase que exclusivamente a apresentação de evidências da sua eficácia em desfechos negativos, como por exemplo, redução do comer transtornado, insatisfação corporal, afeto negativo, entre outros. A eficácia do programa em desfechos positivos, como o aumento da apreciação corporal e autoestima são menos frequentes (LE *et al.*, 2017, LEVINE, 2019; SHAW; STICE, 2016; WATSON *et al.*, 2016). Isso é significativo para o campo de estudos dos TAs, pois autores advogam a favor de estratégias de promoção em saúde, sendo que alguns pesquisadores indicam não somente reduzir fatores de risco, mas promover aqueles fatores de proteção (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015).

No melhor de nosso conhecimento, aspectos relacionados ao comer intuitivo ainda não foram avaliados como exemplo de desfecho positivo nesse programa (LE *et al.*, 2017, LEVINE, 2019; SHAW; STICE, 2016; WATSON *et al.*, 2016). Com isso, acredita-se que programas de prevenção para TAs devem focar além da redução de comportamentos de risco para o desenvolvimento da doença, mas também, aumentar os estados e traços positivos. Sendo a inclusão do comer intuitivo em programas de dissonância cognitiva uma das estratégias promissoras na prevenção de TAs e que merece atenção dos pesquisadores.

3.3 COMER INTUITIVO

O conceito de comer intuitivo começou a ser desenvolvido durante a década de 1980, como um movimento “anti-dieta”, baseado em dados científicos que demonstram que dietas restritivas não são sustentáveis e contribuem para efeitos negativos, como a relação disfuncional com a comida e risco de comer transtornado (GAST; HAWKS, 1998; HAWKS;

GAST, 2000). Tem como proposta o desenvolvimento/resgate da sintonia entre a comida, o corpo e a mente (TRIBOLE; RESCH, 1995, 2020). Ou seja, ele busca a harmonia entre os 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 físicas e emocionais. Mais especificamente, o comer intuitivo tem se correlacionado com a imagem corporal positiva, apreciação corporal e satisfação com o corpo (BRUCE, 2016). E ao contrário a isso, indivíduos que apresentam uma imagem corporal depreciativa e internalização do ideal de corpo, apresentam comportamentos de alimentação controlada, rígida e restrita (contrária ao comer intuitivo) (LINARDON; MITCHELL, 2017; TYLKA; HOMAN, 2015).

Sabendo disso, estudos sobre o comer intuitivo começaram a crescer e esse modo adaptativo de alimentação passou a ser melhor entendido e justificado em estudos. Fato que pode ser melhor ilustrado pelos artigos científicos publicados em importantes bases de dados nos últimos 20 anos. Como o PubMed, no qual no ano de 2019 apresentou 52 artigos publicados e em 2020, 45 trabalhos envolvendo “*intuitive eating*”, em um total total de 284 publicações. No que concerne a base de dados Web of Science, os valores se assemelham ao anterior mencionado. O comer intuitivo foi descrito em 236 pesquisas, nas quais, 57 foram publicadas no ano de 2019 e 51 em 2020¹¹.

O termo delineado para realização destas buscas foi “*intuitive eating*”, proposto por duas nutricionistas americanas, Evelyn Tribole e Elyse Resch, em 1995. Utilizando-o para expor um modo adaptativo de alimentação com forte conexão aos sinais internos do corpo, como o da fome e da saciedade. Para elas, os indivíduos que se alimentam de forma intuitiva, estão atentos principalmente a funcionalidade corporal e não estão preocupados com comida e o fazer dieta. Confiam de forma integral no seu corpo, principalmente para dizer quando, quanto e o que comer (TRIBOLE; RESCH, 1995, 2020).

Com isso, Tylka (2006), propuseram a escala que se avalia o comer intuitivo baseado em três pilares. O primeiro consiste na permissão incondicional para comer, refere-se a autonomia que o indivíduos tem para comer quando, quanto e o que quiser. Possui alta tendência a respeitar suas vontades e desejos, sempre atendendo aos sinais do seu corpo. A permissão para comer é de grande importância para evitar a dicotomização alimentar, como a

¹¹ Busca realizada pela autora pelas bases de dados supracitadas utilizando o termo “*intuitive eating*”. Destaca-se que a busca foi realizada no intuito de identificar o quantitativo de produção sobre o tema, sem aplicação de filtros ou recursos mais avançados. Devido ao aumento crescente de publicações acredita-se que uma busca no ano corrente retornará um grande número de novos trabalhos.

classificação de alimentos em “bons ou ruins” e “aceitos ou proibidos” (TRIBOLE; RESCH, 1995, 2020).

No que se refere ao segundo pilar, as autoras consideram importante o respeito pelos sinais de fome e saciedade, representando controle e confiança sob o corpo no que diz respeito à quantidade e o momento de se alimentar. A necessidade desse se dá pelos sinais que o próprio corpo emite quando requer alimento e quando a satisfação ao alimentar é eminente, propondo então que essa sinalização sempre vai acontecer quando a confiança com o corpo é estabelecida de forma completa (TRIBOLE; RESCH, 1995, 2020). Já o terceiro pilar descreve sobre a razão do comer, sendo valioso compreender a diferença entre o comer por razão física e não emocional. Posto que representa controle do indivíduo em comer porque está realmente com fome e não em resposta a estados emocionais diversos, como ansiedade e estresse (TRIBOLE; RESCH, 1995, 2020).

Esses pilares são executados por meio de 10 princípios aplicados no cotidiano do indivíduo que pretende direcionar o seu comer de forma mais intuitiva (TRIBOLE; RESCH, 1995, 2020). São eles:

- a) rejeição da mentalidade de dieta, visto que o ato de fazer dietas podem influenciar negativamente no estabelecimento dos sinais internos do corpo (Princípio 1);
- b) honrar a fome, principalmente no que concerne ao estabelecimento do respeito entre a resposta fisiológica da fome e a permissão de se alimentar (Princípio 2);
- c) fazer as pazes com a comida, visto a influencia que a classificação dos alimentos como bons/permitidos e ruins/proibidos podem provocar privações, intensificando exageros alimentares e até mesmo compulsão alimentar (Princípio 3);
- d) desafiar o policial alimentar, refere-se a não culpabilização por não estar seguindo uma regra alimentar estabelecida e se sentir frustrado por isso, a relação com a comida deve se tornar algo prazeroso e satisfatório (Princípio 4);
- e) sentir saciedade, princípio necessário a ser praticado juntamente ao de honrar a fome, dado a importância da escuta sincera dos sinais fisiológicos do corpo relacionados ao ato de se alimentar (Princípio 5);
- f) descobrir o fator satisfação, muitas vezes esquecido entre aqueles indivíduos praticantes de dietas restritivas; está estreitamente correlacionado ao prazer de comer e a representação que os alimentos têm na vida de cada indivíduo (Princípio 6);

- g) lidar com as emoções sem utilizar a comida, através da compreensão e consciência da razão no ato de se alimentar, em virtude da ligação forte entre os sentimentos e a comida, sendo essa, frequentemente utilizada como forma de conforto e distração (Princípio 7);
- h) respeitar o corpo, refere-se a tentativa da aceitação do indivíduo ao não seguimento de padrões corporais estabelecidos pela sociedade (Princípio 8);
- i) exercitar-se sentindo a diferença, em virtude da realização de atividades físicas focadas na busca do bem-estar e da funcionalidade corporal, contrapondo, as razões estéticas (Princípio 9);
- j) honrar a saúde, o último princípio do comer intuitivo estabelece a relevância do conhecimento nutricional na garantia de prezar as necessidades físicas, sociais e culturais de cada indivíduo (Princípio 10).

Visto ao arcabouço teórico explicado por Tribole e Resch (1995, 2020) para definir o comer intuitivo e aos estudos advindos dessa teoria, no ano de 2006, Tracy Tylka e Ashley Kroon Van Diest desenvolveram o primeiro instrumento projetado para se avaliar a tendência de um indivíduo de seguir sinais fisiológicos do corpo em relação a fome e a saciedade, o referido *Intuitive Eating Scale* (IES). Esse foi validado para a população jovem feminina, por meio de quatro estudos em um total 1.260 estudantes universitárias. Apoiando a validade do construto, as autoras encontraram associação negativa entre as pontuações da IES com a sintomatologia de distúrbios alimentares, insatisfação corporal, pressão e internalização do ideal magro e massa corporal (TYLKA; KROON VAN DIEST, 2006). Em contrapartida, o instrumento foi relacionado positivamente a diversos índices de bem-estar.

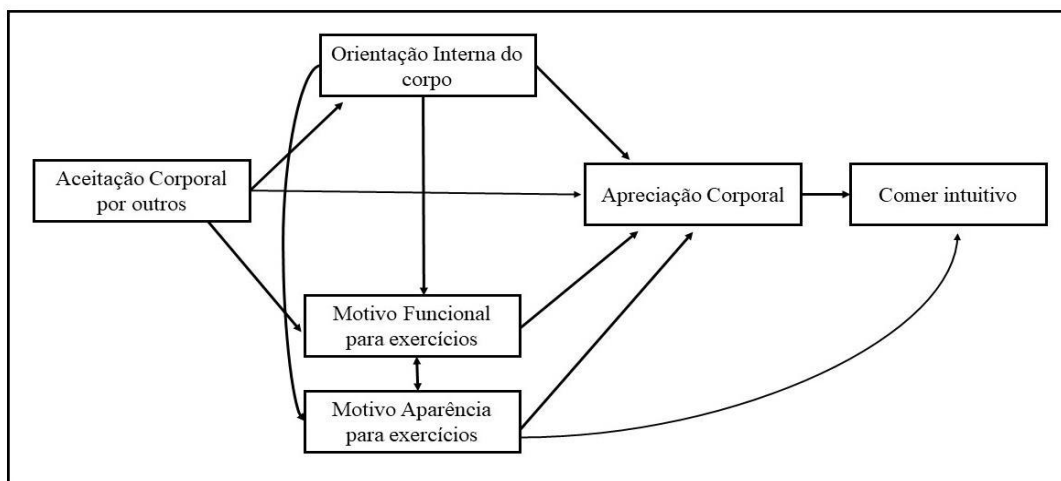
Esses desfechos foram ainda mais influentes na aplicação do comer intuitivo no meio científico e profissional. Em 2020, o IES-2 foi validada para o público do Brasil, apontando validade do instrumento em um estudo realizado com 288 indivíduos de ambos os sexos, com a idade variando entre 18 a 40 anos (SILVA *et al.*, 2020). Para os autores identificarem e consolidarem a validade do construto, utilizaram a apreciação corporal e mensagens alimentares (restritivas e críticas) percebidas por essa população como evidência de validade convergente e discriminante. Os resultados alcançados robustecem a comprovação de que o comer intuitivo é uma abordagem científica valiosa nos estudos da imagem corporal e do comportamento alimentar (SILVA *et al.*, 2020).

Naturalmente, pesquisadores dessas áreas buscaram compreender qual o mecanismo elucidativo da motivação que os indivíduos apresentam para comer de maneira mais intuitiva. O estudo mais esclarecedor até então, que apresenta um modelo teórico testado sobre esse

mecanismo foi desenvolvido por Tylka e Homan (2015), que se intitulou “Modelo de Aceitação do Comer Intuitivo”¹². As autoras delinearão caminhos causais para esse fim, confirmando a teoria por elas desenvolvidas, por meio de uma pesquisa com 406 jovens universitários, de ambos os sexos. O modelo pode ser observado na Figura 3.

Para as autoras, a aceitação corporal por outros facilita a apreciação corporal e a orientação interna do corpo, contribuindo no comer intuitivo (TYLKA; HOMAN, 2015). Sendo que dois domínios de motivos para a execução de exercício físico (funcionais e aparência) também foram ligados ao modelo. Os achados demonstraram que a aceitação do corpo, contribui para melhorar o motivo funcional dos exercícios, que indiretamente influenciam na diminuição da prática de exercício físico objetivando a aparência, por meio da maior orientação interna do corpo. Esse fatores contribuíram para a maior apreciação corporal da amostra estudada, ocasionando o ato de comer intuitivamente (TYLKA; HOMAN, 2015).

Figura 3 – Modelo Aceitação do Comer Intuitivo



Fonte: Traduzido de Tylka e Homan (2015) e adaptado pela autora (2021).

Integrando aos dados fornecidos por esse modelo causal e aos estudos de validação citados anteriormente, há muitos estudos com delineamento transversais que destacam a relação do comer intuitivo com variáveis relacionadas ao corpo e a comportamentos alimentares diversos (ANDERSON *et al.*, 2016; CARDOSO; OLIVEIRA; FERREIRA, 2020; KOLLER *et al.*, 2020; LINARDON *et al.*, 2020; SMITH *et al.*, 2020). Contudo, estudos prospectivos são essenciais para elucidar e confirmar as associações entre as variáveis estudadas.

¹² Tradução literal de “*Acceptance model of intuitive eating*”, realizada pela própria autora.

Recente pesquisa longitudinal (CHRISTOPH *et al.*, 2021) corroborou esses vínculos ao realizar uma coorte prospectiva com o intuito de avaliar como o comer intuitivo está relacionado à aspectos relacionados ao peso, a prática de dietas, comportamentos saudáveis e não saudáveis para controle de peso e compulsão alimentar. Cerca de 1.666 jovens adultos (ambos os sexos) foram questionados perante essas variáveis. Os resultados demonstram que comedores intuitivos tiveram menor envolvimento com a prática de dietas, comportamentos não saudáveis de controle de peso e compulsão alimentar no seguimento de 5 anos, comparados aos comedores menos intuitivos. Os autores explanam que quanto mais jovens os indivíduos forem, mais benefícios para a saúde podem ser promovidos pelo comer intuitivo (CHRISTOPH *et al.*, 2021).

Outra pesquisa longitudinal constata efeitos positivos do comer intuitivo (HAZZARD *et al.*, 2020). A pesquisa avaliou a associação do comer intuitivo com desfechos psicológicos e fatores de risco para TAs em 1491 indivíduos, de ambos os sexos, no seguimento de 8 anos (entre 2010 e 2018). Vale ressaltar que o *baseline* iniciou-se ainda na adolescência (idade média = 14,5 anos) e o término do estudo ocorreu até a idade jovem adulta (idade média = 22,2 anos). Essa informação é relevante no que concerne ao grupo etário com elevada incidência de TAs, os adolescentes, e subsequente prevalência em jovens adultos (HAZZARD *et al.*, 2020). A coorte revelou que ao longo dos anos, o comer intuitivo se associou negativamente a baixa autoestima, a alta insatisfação corporal, a sintomas depressivos, a comportamentos não saudáveis e extremos de controle de peso e também a compulsão alimentar. Os autores indicam e sugerem a relevância da abordagem do comer intuitivo como alvo de intervenções para melhorar a saúde psicológica e reduzir fatores de risco para TAs, em particular a compulsão alimentar (HAZZARD *et al.*, 2020).

Sabendo do impacto negativo da mentalidade de dieta¹³ com fins estéticos, advindos da internalização de ideais de corpo, programas tem sido desenvolvidos e aplicados com o propósito de intervir positivamente na saúde e bem-estar. Como é o caso de um estudo que desenvolveu e analisou uma intervenção sem dieta intitulada “*Brief dissonance-based non-dieting intervention*” em universiárias (WILSON *et al.*, 2020). Os autores objetivaram analisar se esse modelo de intervenção é capaz de rejeitar comportamentos de dietas não saudável, promover a aceitação corporal e aumentar a alimentação saudável. A amostra

¹³ Existem algumas abordagens que são denominadas “não dietas”, não apenas as citadas no corpo do texto. O comer intuitivo foi proposto por Tribble e Resch (1995) como uma abordagem “não-dieta”. A presente pesquisa não pretende aprofundar em todas as abordagens “não-dieta”. Contudo, destaca-se que tais abordagens são utilizadas em programas de prevenção aos TAs ou em intervenções para promoção de saúde.

consistiu em 94 mulheres, com idade média de 20,6 anos que foram subdivididas aleatoriamente em dois grupos: 1) intervenção sem dieta (*Intervention Group*); 2) educacional (*educational brochures - control*) (WILSON *et al.*, 2020). Para o primeiro, grupos de 7 mulheres se reuniram em duas sessões de 90-12 minutos, nas quais atividades estruturadas foram aplicadas induzindo dissonância sobre a aceitação corporal, rejeição de dietas não saudáveis e ideias corporais inatingíveis. Houve a oportunidade de criticar o motivo pelo qual a prática de comportamentos alimentares não saudáveis são comuns na população. Além disso, foi introduzido e ensinado sobre o comer intuitivo. Se implementou de forma ativa atividades como resolução de problemas de práticas alimentares, como por exemplo, a criação de listas de alimentos favoritos em refeições personalizadas. Para o grupo controle, as participantes receberam dois folhetos educacionais sobre imagem corporal e diretrizes do USDA *MyPlate*¹⁴, com informações sobre alimentação saudável (WILSON *et al.*, 2020).

Os resultados do estudo demonstraram que participantes da intervenção obtiveram melhorias significativas, como a redução na intenção de fazer dieta, aumento do comer intuitivo, redução da insatisfação com a imagem corporal, das preocupações alimentares e de atitudes anti-gordura em comparação aos participantes da condição controle. Além disso, o grupo intervenção relatou diminuição significativa em comer por razões externas e aumento do autocuidado. Essas mudanças foram mantidas no acompanhamento (um mês de *follow-up*). Os autores sugerem que o estudo fornece um importante avanço na literatura cinetífica ao identificar que o comer intuitivo pode ser melhorado por meio de uma intervenção (WILSON *et al.*, 2020).

Também foi descrito na literatura científica um modelo de intervenção que realizou a junção de duas abordagens trabalhadas em comportamento alimentar, o programa foi chamado de “*Eat for Life: A Work Site Feasibility Study of a Novel Mindfulness-Based Intuitive Eating Intervention*” (BUSH *et al.*, 2014). Nesse, o comer intuitivo é trabalhado concomitantemente ao *mindfulness*¹⁵ em um programa de 10 semanas de programas, visando reduzir aspectos relacionados a comportamentos alimentares disfuncionais e aumento da apreciação corporal. Participaram do estudo 177 indivíduos (grupo intervenção = 53; grupo

¹⁴ USDA *MyPlate* consiste em um material didático sobre estilo de alimentação saudável. Apresenta as seguintes orientações: a) concentre-se na variedade, quantidade e nutrição, b) escolha alimentos e bebidas com menos gordura saturada, sódio e açúcares adicionados, c) comece com pequenas mudanças para construir estilos alimentares mais saudáveis, d) apoie uma alimentação saudável para todos.

¹⁵ *Mindfulness* consiste em “consciência que emerge ao prestar atenção propositalmente, no momento presente, e sem julgar o desdobramento de experiência momento a momento (KABAT-ZINN, 2003, p. 145).

controle = 71) (BUSH *et al.*, 2014). A intervenção consistia na prática da atenção plena (*mindfulness*), palestra semanal sobre aspectos relacionados ao corpo e princípios do comer 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 alimentação intuitiva, assim como, foi disponibilizado um *compact disc* (CD) para a realização de práticas de *mindfulness*, focadas na atenção plena no comer. Vale ressaltar que o controle não recebeu nenhum tipo de intervenção (BUSH *et al.*, 2014). Os resultados da intervenção demonstram que a apreciação corporal, o comer intuitivo e a atenção plena (*mindfulness*) foram significativamente maiores no grupo de intervenção do que no grupo controle. Em relação aos aspectos centrais do comer intuitivo, também houve diferença significativa entre os grupos, como para a permissão incondicional ao comer, comer por razões físicas e não emocionais e respeito pelos sinais de fome e saciedade. Os autores suportam a ideia de que é essencial que programas promotores de saúde não foquem na prática de perda de peso e de dietas. Além de não ser eficazes por completo, podem ser prejudiciais à saúde, como por exemplo, favorecer o aparecimento de TAs (BUSH *et al.*, 2014). Esse modelo de intervenção, foi pioneiro em mesclar duas abordagens comportamentais na mudanças de padrões alimentares.

Outra intervenção de abordagem “não-dieta” utilizou os 10 princípios do comer intuitivo. Esta foi denominada *My Body Knows When* (COLE; HORACEK, 2010). Por meio de um estudo piloto randomizado, os autores avaliaram a eficácia de 10 semanas de intervenção em 61 cônjuges de militares, em desfechos como: desejo de perda de peso para se sentir mais feliz, dieta restritiva, comer emocional, pensamento constante em comida e a culpa associada. O programa teve efeitos positivos sobre a imagem corporal dos participantes, por meio do aumento do respeito ao próprio corpo, aumento da capacidade de ouvir sinais de fome e saciedade e se sentir bem com suas escolhas alimentares. Os resultados demonstraram que o programa foi eficaz em fazer a transição significativa dos participantes que possuíam uma mentalidade de dieta para comportamentos alimentares intuitivos.

Outra intervenção baseada no comer intuitivo, mas em jovens universitárias e com desfechos relacionados ao corpo e a imagem corporal, foi conduzida por Burnette e Mazzeo (2020). Os autores realizaram um estudo piloto não controlado que objetivou examinar a viabilidade, aceitabilidade e eficácia preliminar de uma intervenção em comer intuitivo em jovens universitárias (BURNETTE; MAZZEO, 2020). Esse estudo incluiu 71 mulheres, divididas em grupo intervenção e autoajuda guiada, intitulada pelos pesquisadores como

GSH¹⁶. O grupo intervenção contou com oito sessões, com intervalo de uma semana entre elas e duração de 1,5 horas cada. Os participantes do 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 (BURNETTE; MAZZEO, 2020). As avaliações online ocorreram no momento inicial ou pré-intervenção, 8 semanas (pós-intervenção) e 16 semanas (acompanhamento). Os resultados apresentados pelos pesquisadores são esperançosos. A intervenção apresentou viabilidade, retenção e comparecimento elevado do grupo intervenção em comparação ao GSH. Ambas condições demonstram eficácia na redução de comportamento alimentares desordenados, insatisfação corporal e internalização do ideal de peso e aumento da apreciação corporal, do comer intuitivo e satisfação com a vida (BURNETTE; MAZZEO, 2020).

Embora algumas iniciativas tenham incluído o comer intuitivo ou outras abordagens “não-dieta” em programas de prevenção aos TAs ou programas de promoção da saúde, até o presente momento nenhuma intervenção preventiva baseada na dissonância cognitiva (por exemplo, *Body Project*) mediu os efeitos do programa sobre o comer intuitivo (LE *et al.*, 2017, LEVINE, 2019; SHAW; STICE, 2016; WATSON *et al.*, 2016). Vale destacar que revisões sistemáticas e meta-análises indicam que os programas baseados na dissonância cognitiva são os mais eficazes na prevenção de TAs em populações seletivas de mulheres jovens adultas (LE *et al.*, 2017; WATSON *et al.* 2016). Deste modo, parece frutífera a iniciativa de inclusão do comer intuitivo como um dos desfechos a ser avaliado no programa “O Corpo em Questão”.

Considerando todo o apanhado da literatura sobre os efeitos da alimentação intuitiva na promoção da imagem corporal positiva e sabendo que, esse programa, baseado na dissonância cognitiva, é capaz de reduzir fatores de risco para TAs, se faz necessário, analisar se esse programa, em específico, é eficaz no aumento do comer intuitivo dos participantes.

¹⁶ *Guided self-help*: autoajuda guiada, tradução feita pela própria autora (2021).

4 MÉTODOS

A presente seção descreverá os procedimentos metodológicos utilizados para atingir os objetivos estabelecidos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo tem caráter quantitativo, de corte longitudinal, sendo definido como um ensaio clínico controlado e randomizado, com seguimento de seis meses, em que os procedimentos realizados seguiram as diretrizes do *Consolidated Standards of Reporting Trials* – CONSORT (SCHULZ *et al.*, 2010). Consiste em um modelo metodológico experimental, desenvolvido com seres humanos, sendo utilizado no campo científico para avaliar o efeito de intervenções em saúde (JADAD; ENKIN, 2007). Para isso, foi realizada a randomização dos participantes em dois grupos, um que recebeu a intervenção “O Corpo em Questão” (Grupo Intervenção - GI) e outro que não foi submetido a nenhum tipo de intervenção (Grupo Controle - GC).

4.2 PARTICIPANTES

Para obter uma amostra significativa foi utilizado cálculo no software GPower versão 3.1.9.2, adotando como critérios (a priori) a execução de teste de ANOVA de medidas repetidas com efeito misto, considerando α igual a 0,05, poder esperado de 80% e tamanho do efeito - menor valor de tamanho de efeito observado no estudo de Hudson (2018) igual a 0,02 (efeito dado em η^2p para atitudes alimentares inadequadas). O valor de η^2p foi convertido para f , resultando em um tamanho de efeito igual a 0,143. Foi considerada existência de dois grupos (GI e GC), e medidas repetidas (quatro momentos), com uma correlação entre medidas repetidas igual a 0,50. Utilizando esses parâmetros foi identificado um número amostral de 68 participantes. A este número foi acrescida uma taxa de perda de 30%, comum a esses tipos de estudos (AMARAL; STICE; FERREIRA, 2019; HUDSON, 2018), o que indica a necessidade de uma amostra inicial de 89 participantes.

4.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas na pesquisa estudantes do sexo feminino, que tinham entre 18 e 30 anos, de qualquer cor, raça ou etnia, que estavam regularmente matriculadas na Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares (UFJF-GV), que se voluntariaram participar da pesquisa, após a explicação dos objetivos e procedimentos que seriam realizados, bem como leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e sua assinatura.

4.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas da amostra as participantes que possuíam transtorno mental e/ou TAs (autorrelatado na coleta de dados *baseline*). Ainda foram excluídas aquelas que ao responderem perguntas sobre a insatisfação corporal (insatisfação com o corpo como um todo, insatisfação com a gordura corporal, insatisfação com a muscularidade) com nota menor a 5, em uma escala do tipo likert de 10 pontos (1 = nada insatisfeita a 10 = muito insatisfeita).

4.3 PROCEDIMENTOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Juiz de Fora, pelo número do parecer: 3.531.310 e CAAE: 18966019.5.0000.5147 (ANEXO A). As participantes foram convidadas por meio de divulgação do projeto de pesquisa na Instituição de Ensino Superior participante e também pelas redes sociais¹⁷. Para tanto, foram distribuídos cartazes e folders (APÊNDICE A), além de convite verbal em salas de aula, no qual, estavam sugeridos possíveis horários para os encontros. Foi disponibilizado campo de preenchimento destinado a sugestões de horários, solicitando também nome, contato e a demonstração de interesse em participar do projeto (APÊNDICE B).

Ao final do processo de divulgação, foi realizado um primeiro contato por telefone, com todas as voluntárias que preencheram os folders, convidando-as para um encontro em salas de aulas da UFJF-GV, a fim de explicar mais detalhadamente sobre a pesquisa. As

¹⁷ Matéria de divulgação da pesquisa: <https://www2.ufjf.br/noticias/2019/09/24/projeto-aborda-disturbios-de-imagem-corporal/>.

participantes receberam o TCLE (ANEXO B), que depois de lido, foi assinado por aquelas que quiseram participar voluntariamente da pesquisa. Assim como, o preenchimento de questionários (conjunto de instrumentos), momento este considerado pré-intervenção (*baseline*), utilizados para posterior seleção das voluntárias através dos critérios de exclusão.

Em seguida, as participantes selecionadas foram aleatorizadas através do site <www.randomization.com>, sendo designadas para o GI e GC. É importante ressaltar que o GC não recebeu nenhum tratamento ao longo da pesquisa, sendo considerado controle passivo, participando, porém, das coletas de dados em todos os quatro momentos da pesquisa em período similares aos participantes do GI. Já as participantes alocadas no GI foram distribuídas em grupos menores, formados por cinco a oito participantes, de acordo com os horários em comum marcados nos folders. Esses grupos foram mantidos ao longo de toda intervenção.

Houve ainda contato com as participantes para informar sobre o horário/dia dos grupos e confirmar a data de início da intervenção. Um dia antes de cada encontro todas as participantes eram acionadas para lembrar sobre os grupos, através de mensagens escritas e áudios pelo Whatsapp®, garantindo assim, maior aderência.

Os grupos se reuniam, em diferentes horários e dias da semana, somando quatro encontros, com intervalo entre eles de uma semana, com duração de aproximadamente 60 minutos, conforme o protocolo de intervenção (AMARAL; STICE; FERREIRA, 2019; STICE *et al.*, 2000). Logo após o término dos quatro encontros (pós-intervenção), todas as participantes preencheram os mesmos instrumentos aplicados no *baseline*. O contato com as participantes do GC aconteceu logo após o término da condução dos grupos de intervenção (pós-intervenção), para que elas também respondessem aos instrumentos. O mesmo procedimento foi realizado após um mês de intervenção nos dois grupos e foi novamente executado, após seis meses.

4.4 INTERVENÇÃO

A versão original do protocolo de intervenção é denominada *Body Project* (STICE *et al.*, 2000) e para o estudo atual, utilizou-se sua adaptação para língua portuguesa por Amaral,

Stice e Ferreira (2019), intitulada “O Corpo em Questão”¹⁸. O conteúdo e detalhes de cada sessão serão expostos mais adiante.

As atividades ocorreram em salas de aula da UFJF-GV, em dias e horários agendados, de modo a obter um ambiente apropriado para condução das mesmas. Para aquelas participantes que não puderam participar de algum encontro, foram agendadas sessões individuais em imediato, para repassar de forma resumida o que foi discutido e orientar sobre as atividades para a próxima semana, assim como descrito no protocolo original (STICE *et al.*, 2000). É importante salientar que os grupos foram conduzidos sempre pela pesquisadora responsável, com auxílio de uma líder de pares¹⁹, assim como as sessões resumidas para participantes que se ausentaram de alguma sessão.

A descrição das sessões do “O Corpo em Questão” pode ser observada nos Quadros 1, 2, 3 e 4. Estratégia específica foi utilizada na presente pesquisa para que os participantes fossem estimulados a abordar, ainda que sem conhecimento teórico, os pilares e princípios do comer intuitivo, sem, contudo, modificar nenhuma estrutura do protocolo utilizado. Destaca-se que as descrições nos Quadros 1, 2, 3 e 4 são apenas ilustrativas e não representam todas as dinâmicas que ocorreram nos inúmeros grupos conduzidos.

No *Body Project* a facilitadora das sessões atua como uma moderadora das atividades, participando das mesmas como mais um membro do grupo (STICE *et al.*, 2000). Para tanto, compartilha suas opiniões, crenças, sentimentos e comportamentos com os demais participantes, de modo que as sessões sejam interativas e mais próximas de um cenário real de interação social. É fundamental que a facilitadora participe das atividades junto aos demais membros do grupo. Assim, a cada atividade, a facilitadora conscientemente utilizava de exemplos ou situações de vida para abordar os pilares e princípios do comer intuitivo. Com isso, buscou-se estimular os participantes a pensar sobre algumas questões relacionadas aos sentimentos, crenças e comportamentos em relação à alimentação. Reitera-se que o protocolo foi integralmente seguido. Nos Quadros 1, 2, 3 e 4 abaixo, é possível observar como os pilares e princípios do comer intuitivo foram utilizados.

¹⁸ O protocolo do programa “O Corpo em Questão” pode ser acessado no site oficial do programa *Body Project* (<http://www.bodyprojectsupport.org/home>) ou por meio do link a seguir, <http://www.bodyprojectsupport.org/assets/pdf/materials/bpscriptportuguese.pdf>

¹⁹ *Peer-leader* ou líder de pares é qualquer pessoa com treinamento na aplicação do protocolo que possua idade e características sociodemográficas similares às participantes do GI. No caso da presente pesquisa a líder de pares é uma jovem universitária da mesma faixa etária das demais participantes. Cada grupo de intervenção foi conduzido pela líder de pares com auxílio de uma estudante de graduação, membro do grupo de pesquisa do orientador do presente estudo. Ao todo, foram treinadas e auxiliaram a líder, quatro estudantes. Todas mulheres, da mesma faixa etária das participantes.

Quadro 1 – Descrição do protocolo “O Corpo em Questão” e aplicação prática dos pilares e princípios do comer intuitivo na sessão 1

Descrição do protocolo “O Corpo em Questão”	Exemplos de como os pilares do comer intuitivo foram utilizados durante algumas sessões	Princípios do comer intuitivo aplicados
<ol style="list-style-type: none"> 1) Introdução e objetivo dos encontros. 2) Comprometimento verbal de participação voluntária de cada participante; Visão geral do programa e Permissão para filmagem. 3) Definição coletiva do ideal de corpo magro e sua origem (utilização de fotografias de modelos de revistas que apresentam esse padrão corporal). 4) Discussão sobre os custos associados com a perseguição do ideal de magreza para os indivíduos e sociedade. 5) Três tarefas para casa: (a) escrita de uma carta a uma adolescente, que esteja passando por problemas de imagem corporal, sobre os custos associados com a perseguição ao ideal de magreza; (b) atividade do espelho (ficar em frente ao espelho com o mínimo de vestimenta e elencar 10 qualidades positivas sobre si mesma, incluindo características físicas, emocionais, intelectuais e sociais); (c) Preencher <i>checklist</i> sobre comportamentos de perpetuação do ideal de magreza, disponibilizados pelos pesquisadores. 	<p>Foram aplicados no momento 4 (discussão dos custos associados com a perseguição do ideal de magreza para os indivíduos e sociedade). Alguns exemplos, a seguir:</p> <p>Exemplos:</p> <p>Participante: “Estou seguindo uma dieta pobre em carboidratos, pois li na internet que os carboidratos se transformam em açúcar no corpo e depois em gordura. Não quero engordar, principalmente porque o verão está chegando ”.</p> <p>Líder de pares: “Nossos corpos não entendem se o verão está se aproximando. A mídia nos influencia a buscar um corpo ideal. Portanto, acreditamos que fazer dieta para emagrecer é a coisa certa a fazer. No entanto, ao fazer isso, não dependemos mais de nossos sinais naturais de fome e saciedade para viver de acordo com uma dieta. É uma forma de desrespeitar o nosso corpo ”</p> <p>Participante: “Fico intimidado pelos meus pais quando como alimentos calóricos. Dizem que estou acima do meu peso ideal. Por isso, costumo fazer dieta ”.</p> <p>Líder de pares: Nossos pais desejam o melhor para nós, mas não conseguem sentir o que sentimos. Por exemplo, eles não sabem os motivos pelos quais você ingere alimentos calóricos. Comer “demais” para eles pode ser “pouco ou normal” para nós. É importante prestar atenção aos motivos pelos quais comemos (ou seja, se é em resposta a sinais externos, como estresse, ou se você está com fome) e por que nos descrevemos como "profissionais da dieta". Precisamos ouvir os sinais de nosso corpo. Nosso corpo se especializou em nos dizer quando e quanto comer ”.</p>	<p>Rejeitar a mentalidade de dieta</p> <p>Desafiar o policial alimentar</p> <p>Respeitar o corpo</p>

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Quadro 2 - Descrição do protocolo “O Corpo em Questão” e aplicação prática dos pilares e princípios do comer intuitivo na sessão 2

Descrição do protocolo “O Corpo em Questão”	Exemplos de como os pilares do comer intuitivo foram utilizados durante algumas sessões	Princípios do comer intuitivo aplicados
<ol style="list-style-type: none"> 1) Renovação do comprometimento voluntário de cada participante. 2) Leitura da carta a uma adolescente (filmar se desejado pela participante). 3) Leitura das qualidades positivas listadas no exercício do espelho. 4) Dramatização para desencorajar a perseguição ao ideal de magreza. 5) Duas tarefas para casa: (a) escrita de uma carta para alguém da vida das participantes que já as pressionaram para se adequar ao ideal de magreza, como os pais, irmãos, namorado(a) ou amigo(a); (b) Lista top 10 (criar uma lista com coisas que meninas/mulheres podem fazer para resistir ao ideal de magreza). 	<p>Eles foram aplicados durante "leitura de cartas" e "dramatização: desestímulo a busca pelo ideal de aparência".</p> <p>Análise de cartas:</p> <p>A líder de pares leu sua carta relatando que ela tinha um relacionamento ruim com a comida e seu próprio corpo. Ela descreveu que muitas vezes deixava de se socializar com amigos e familiares porque sempre fazia dietas milagrosas para perder peso. A influência de pessoas próximas a fez acreditar que o correto é perder peso e comer menos do que costuma comer. Ela acreditava que comer “demais” causava excesso de peso. Então ela culpou a comida. A líder de pares descreve que quando cresceu percebeu que comer não é um problema, mas um ato nutricional, social e afetivo, onde a comida não é a vilã e nem a responsável pela sua insatisfação corporal.</p> <p>Dramatização: desestímulo a busca pela aparência ideal:</p> <p>Líder de pares: “É o aniversário da minha mãe neste fim de semana. Prometi que não vou comer lanche da festa, infelizmente”.</p> <p>Participante: Você pode comer o que quiser, desde que esteja com fome e sinta que é um momento de comemoração. A comida faz parte das nossas comemorações e evitá-la só nos deixa ainda mais obcecados em comer. Além disso, isso o deixa triste, ansioso e angustiado. Saber por que e como comer é mais importante do que quanto você come.</p>	<p>Fazer as pazes com a comida</p> <p>Descobrir o fator satisfação</p>

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Quadro 3 - Descrição do protocolo “O Corpo em Questão” e aplicação prática dos pilares e princípios do comer intuitivo na sessão 3

Descrição do protocolo “O Corpo em Questão”	Exemplos de como os pilares do comer intuitivo foram utilizados durante algumas sessões	Princípios do comer intuitivo aplicados
<ol style="list-style-type: none"> 1) Renovação do comprometimento voluntário de cada participante. 2) Discussão da atividade realizada em casa: Carta-resposta foi lida por cada participante. 3) Dramatização para desafiar declarações contrárias ao ideal de magreza. 4) Todas as participantes compartilharam as razões que as levaram a se inscrever nestes encontros. 5) Desafio comportamental (listar duas coisas a participante normalmente não faz devido às preocupações com sua imagem corporal). 6) Discutir a “Lista top 10”. 7) Duas atividades para casa: (a) Ativismo corporal (escolher dois comportamentos da sua lista de 10 coisas que meninas/mulheres podem fazer para resistir ao ideal de magreza para realizar em casa/faculdade); (b) escrever uma carta para jovem eu (as participantes deveriam escrever uma carta para elas próprias quando mais jovens, relatando como evitar o desenvolvimento de problemas de imagem corporal). 	<p>Foram aplicados no momento 3 (dramatização para desafiar declarações contrárias ao ideal de magreza) e na explicação do momento 5b (desafio comportamental), alguns exemplos a seguir:</p> <p>O seguinte foi aplicado durante a “dramatização: respostas rápidas para declarações de aparência ideal” e “desafio comportamental”.</p> <p>Dramatização: respostas rápidas para declarações ideais de aparência:</p> <p>Líder de pares: “Meu treinador diz que preciso parar de tomar café da manhã se quiser chegar ao meu peso ideal.”</p> <p>Participante 1: “Em primeiro lugar, é importante que você se preocupe com a sua saúde. Não comer pode fazer você se sentir fraca. Além disso, você deve comer quando estiver com fome.”</p> <p>Desafio comportamental:</p> <p>O líder de pares deu exemplos envolvendo atitudes alimentares intuitivas que poderiam estar na lista de desafios comportamentais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Respeite os sinais internos de fome e saciedade para dizer quando e quanto comer. 2) Deixe os alimentos no prato quando sentirem saciedade. 3) Não coma em frente às telas, para ter atenção total naquele momento. 	<p>Horar a fome</p> <p>Sentir saciedade</p> <p>Honrar a saúde</p>

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Quadro 4 - Descrição do protocolo “O Corpo em Questão” e aplicação prática dos pilares e princípios do comer intuitivo na sessão 4

Descrição do protocolo “O Corpo em Questão”	Exemplos de como os pilares do comer intuitivo foram utilizados durante algumas sessões	Princípios do comer intuitivo aplicados
<ol style="list-style-type: none"> 1) Renovação do comprometimento voluntário de cada participante. 2) Discussão sobre o desafio comportamento. 3) Discussão sobre o “Ativismo corporal” 4) Leitura da carta de cada participante para a “jovem eu”. 5) Troca de ideias sobre os benefícios de participar do grupo (da intervenção). 6) Exercício de autoafirmação (as participantes foram estimuladas a continuar desafiando suas próprias preocupações com o corpo). 7) Exercícios para casa: (a) Realiza mais uma atividade/forma de “Ativismo corporal”; (b) Realizar mais um exercício de autoafirmação durante a próxima semana. 8) Fechamento. 	<p>Foram aplicados no momento 2a (discussão sobre o ativismo corporal) e no momento 3a (troca de ideais sobre os benefícios do grupo), alguns exemplos a seguir:</p> <p>Ativismo corporal: A líder de pares começou a falar sobre sua experiência no ativismo corporal. Ela se desafiou a comer não por motivos emocionais, mas fisiológicos. Ela conversou com amigos próximos sobre tentar lidar com outras emoções além da comida. Convidá-los a passear quando se sentem ansiosos, na tentativa de se reconectar com o corpo e não usar a comida como fuga de sentimentos negativos.</p> <p>Benefícios do grupo / discussão de encerramento: O líder de pares compartilhou como é importante discutir sobre a imagem corporal e o comportamento alimentar. Ela relatou sua experiência em fazer exercícios para seu próprio bem-estar e não por questões de aparência. Ela descreveu sentir respeito por seu próprio corpo. Enfatizou a importância de ouvir suas aflições e sentimentos disfuncionais em relação à comida, não como uma forma de punição e julgamento, mas como acolhimento e compaixão por si mesma.</p>	<p>Lidar com as emoções sem utilizar a comida</p> <p>Exercitar-se sentindo a diferença</p>

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

4.5 INSTRUMENTOS

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

4.5.1 Questionário sociodemográfico

Composto por questões autorreferidas (ANEXO C), como diagnóstico clínico ou não de transtornos psicológicos e/ou TAs, nome, idade, curso e período atual da universidade, massa corporal (em quilogramas), estatura (em metros), prática ou ausência de atividade física (se sim, quais, tempo em minutos, frequência na semana, tempo praticado em meses e objetivos), uso ou não de suplementos e de esteroides anabólicos (se sim, quais, tempo utilizado, se houve orientação por algum profissional e objetivos). Também foram avaliados aspectos da insatisfação corporal (insatisfação com o corpo todo, insatisfação com a quantidade de gordura e insatisfação com a quantidade de músculos), respondidos em uma escala do tipo Likert de 10 pontos (quanto maior a nota, maior a insatisfação corporal).

Posteriormente, a fim de obter características socioeconômicas das participantes foi aplicado o Critério de Classificação Econômica Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2019).

4.5.2 Internalização dos ideais corporais

O *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire* (SATAQ) é um instrumento utilizado para avaliar algumas variáveis relacionadas aos modelos socioculturais da imagem corporal. Há várias versões disponíveis na literatura, como: SATAQ-3 (AMARAL *et al.*, 2011; AMARAL *et al.*, 2013; AMARAL *et al.*, 2015; SWAMI *et al.*, 2011) e SATAQ-4 (BARRA *et al.*, 2019). Para o atual estudo será utilizada a *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4-Revised-Female* (SATAQ-4R-female), versão avaliada psicometricamente para jovens universitárias brasileiras por Claumann (2019).

Consiste em um instrumento que avalia as influências socioculturais nos ideais de aparência, por meio da internalização e pressões enfrentadas. Apresenta 31 itens, divididos em sete subescalas: 1) internalização magreza/baixa gordura corporal, 2) internalização muscular, 3) internalização atratividade geral, 4) pressões da Família, 5) pressões dos pares, 6) pressões de outras pessoas importantes e 7) pressões da mídia. Para o presente estudo foram aplicados

apenas os itens referentes a internalização, somando então, 15 itens respondidos em escala do tipo Likert de cinco pontos (1= *discordo totalmente*; 5= *concordo totalmente*). Os itens 10, 11 e 14 apresentam pontuação reversa. A pontuação total pode variar de 15 a 75. Maiores pontuações indicam maior internalização dos ideais de magreza, de muscularidade e de atratividade geral (ANEXO D). A consistência interna da internalização avaliada nos quatro momentos da pesquisa por meio do coeficiente ω de McDonald variou de 0,83 a 0,91, demonstrando consistência interna adequada.

4.5.3 Comer transtornado

Originalmente, o *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26) foi desenvolvido por Garner *et al.* (1982), com o objetivo de avaliar o comer transtornado em mulheres. Para o atual estudo foi utilizada a versão para jovens brasileiras (ANEXO E), validada por Nunes *et al.* (2005), que por meio de 26 itens, permite identificar comportamentos alimentares anormais, incluindo o hábito de fazer dietas restritivas e jejum, compulsão alimentar, práticas purgativas, como uso de laxantes e vômitos autoinduzidos.

Esse instrumento é respondido por meio de uma escala do tipo Likert de seis pontos (3 = *sempre*, 2 = *muitas vezes*, 1 = *às vezes*, 0 = *poucas vezes, quase nunca, nunca*). A questão 25 é contabilizada de forma invertida. A pontuação total pode variar de 0 a 78, quanto mais altos os valores, maiores são os riscos de comer transtornado (NUNES *et al.*, 2005). A consistência interna (ω) do comer transtornado avaliada nos quatro momentos da pesquisa variou de 0,79 a 0,85, sendo considerado valores adequados.

4.5.4 Insatisfação com o peso e a forma corporal

O *Body Shape Questionnaire - 8* (BSQ-8) é um questionário que avalia o nível de preocupação das mulheres em relação ao seu peso e a sua forma corporal. Foi criado originalmente, por Cooper *et al.* (1987), apresentando 36 itens. Mais recentemente, esse instrumento foi avaliado psicometricamente em mulheres brasileiras (SILVA *et al.*, 2014), no qual o questionário original foi reduzido para 8 itens, demonstrando bons indicadores de validade e confiabilidade.

Para o atual estudo, utilizou-se essa versão reduzida (ANEXO F) na qual as respostas são dadas em relação a preocupação com a aparência nas últimas quatro semanas em escala

do tipo Likert de seis pontos (1 = *nunca*, 2 = *raramente*, 3 = *às vezes*, 4 = *frequentemente*, 5 = *muito frequentemente*, 6 = *sempre*). O escore total pode variar de 8 a 48. Quanto maior a pontuação apresentada, maior o nível de preocupação com o peso e a forma corporal. O BSQ-8 apresentou adequada consistência interna nos quatro momentos avaliados na presente pesquisa ($\omega = 0,84$ a $0,90$).

4.5.5 Afeto negativo

A *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS), é uma escala que tem como objetivo avaliar o afeto positivo e negativo dos indivíduos, segundo suas questões psicobiológicas, de modo a refletir na maneira que esses experimentam a vida (WATSON *et al.*, 1999). Foi criada por Laurent *et al.* (1999) e diversas versões em outras línguas foram desenvolvidas com o mesmo propósito (GALINHA; PAIS-RIBEIRO, 2005; GIACOMONI; HUTZ, 2006; SANDÍN *et al.*, 1999).

Para o atual estudo utilizou-se somente a subescala referente ao afeto negativo (*Negative Affect*) avaliada psicometricamente para população brasileira, com 10 itens a serem respondidos de 19 itens totais (CARVALHO *et al.*, 2013). Estes foram respondidos de acordo com o que as participantes sentiram na última semana (1 = *muito pouco ou nada*, 2 = *um pouco*, 3 = *moderadamente*, 4 = *muito*, 5 = *excessivamente*). O escore total é dado através da média obtida para as respostas, que pode variar de 1 a 5 (ANEXO G). A consistência interna da subescala de afeto negativo (ω) nos quatro momentos avaliados apresentou valores adequados (0,89 a 0,94).

4.5.6 Autoestima

Para avaliar a autoestima, utilizou-se a versão da escala de Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) validada para a população brasileira (HUTZ; ZANON, 2011) (ANEXO H), originalmente criada por Rosenberg (1989). É composta por 10 afirmações classificadas quanto à concordância, seguindo a escala do tipo Likert de quatro pontos (1 = *discordo totalmente*, 2 = *discordo*, 3 = *concordo*, 4 = *concordo totalmente*). Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 apresentam escore reverso. A pontuação final pode variar de 10 a 40, sendo que quanto maior, maior a autoestima do respondente. A escala apresentou adequada consistência interna nos quatro momentos avaliados ($\omega = 0,88$ a $0,92$).

4.5.7 Comer intuitivo

A *Intuitive Eating Scale-2* (IES-2) foi proposta por Tylka e Kroon van Diest (2013) e avalia a capacidade dos indivíduos de seguir sinais de fome e saciedade, de escolher o que, quando e quanto comer. Para o atual estudo (ANEXO I), utilizou-se a versão avaliada para a população brasileira (SILVA *et al.*, 2020). É composta por 23 afirmações que foram respondidas em escala do tipo Likert de cinco pontos (1 = *discordo totalmente*, 2 = *discordo*, 3 = *neutro*, 4 = *concordo* e 5 = *concordo totalmente*). Os itens 1, 2, 4, 5, 9, 10 e 11 apresentam pontuação reversa. A IES-2 produz pontuações em quatro subescalas e um escore geral. A saber: permissão incondicional para comer (UPE - *Unconditional Permission to Eat*), 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 23 a 115, 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 (ω) do comer intuitivo total apresentou valores adequados em todos os momentos ($\omega = 0,88$ a $0,90$). Assim como das subescalas, UPE ($\omega = 0,77$ a $0,86$), EPRER ($\omega = 0,87$ a $0,91$), RHSC ($\omega = 0,83$ a $0,89$) e BFCC ($\omega = 0,81$ a $0,88$).

4.5.8 Apreciação corporal

A *Body Appreciation Scale-2* (BAS-2) é um instrumento utilizado para avaliar a apreciação que os indivíduos têm de seus corpos. Foi desenvolvida por Avalos *et al.* (2005), com 13 itens e mais recentemente essa escala foi revisada e atualizada, sendo chamada de BAS-2 (JUNQUEIRA *et al.*, 2019). Ela é composta por 10 itens, respondidos em 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 (ANEXO J). Na presente pesquisa a BAS-2 apresentou adequada consistência interna nos quatro momentos avaliados ($\omega = 0,93$ a $0,94$).

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Primordialmente, foi tabulado o conjunto de dados para os dois grupos (GI e GC), nos quatro momentos da pesquisa (*baseline*, pós-intervenção, 4 semanas e 24 semanas de *follow-up*) em planilhas do Microsoft Excel versão 16.0. Os dados foram transpostos para o software *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (IBM Versão 21.0). Em seguida, com a finalidade de analisar a normalidade dos dados, realizou-se o teste Komolgorov-Smirnov. Obteve-se ainda, valores adequados de assimetria ($Sk \leq 3$) e curtose ($Ku \leq 7$), certificando assim, distribuição normal dos dados.

Posteriormente, foi realizada a estatística descritiva das variáveis sob investigação, por meio da frequência absoluta e relativa, para os dados categóricos e para as variáveis discretas e contínuas, calculou-se a média e o desvio-padrão. Junto a isso, com objetivo de analisar o pareamento do GI e GC, análises de associação e comparação foram executadas a depender da natureza dos dados. Para aquelas consideradas categóricas, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) e para as numéricas, foi executado o teste *t* - Student de amostras independentes. Ainda, para verificar o efeito de todas as variáveis, efetuou-se o cálculo do *V de Cramer* e *d* de Cohen, respectivamente.

Para comparar os dois grupos (GI e GC) e avaliar cada desfecho ao longo do tempo, foi realizada uma análise por intenção de tratar, por meio de modelos mistos. Esse método tem a habilidade de lidar com dados faltantes, por meio do método de máxima verossimilhança (SCHAFER; GRAHAM, 2002). Em cada modelo, utilizou-se como preditores o tempo, os grupos analisados (GI e GC) e a interação grupo *versus* tempo. Em todos os modelos foi adicionado uma interceptação aleatória dos sujeitos, assim como a variância da correlação explicada.

O melhor ajustamento para o modelo foi eleito conforme valores de *Bayesian Information Criteria* (BIC) e de *Akaike Information Criteria* (AIC). Sendo que, quanto menores forem, melhor se dão os ajustamentos (BAUTISTA; PAVLAKIS; RAJAGOPAL, 2018; GREVEN; KNEIB, 2010). Para o atual estudo, um efeito quadrático foi adicionado, garantindo um efeito não linear do tempo ao longo dos quatro momentos do estudo. Diferenças entre as médias marginais estimadas foram analisadas em todos os momentos e calculado o tamanho de efeito (*d* de Cohen). Consideraram-se os seguintes valores, com suas respectivas classificações: 0,20-0,50 (pequeno), 0,50-0,80 (médio) e acima de 0,80 (grande), conforme proposto por Cohen (1992).

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 todos os dados descritivos, a fim de caracterizar a amostra quanto aos aspectos sociodemográficos, econômicos, de saúde e nível de insatisfação com a gordura, musculatura e com o corpo como um todo. Um total de 203 universitárias preencheu os *folders*, manifestando interesse em participar da pesquisa. Destas, 156 responderam ao protocolo de pesquisa no momento *baseline*, ou seja, pré-intervenção. Foram excluídas aquelas que não atingiram o escore de insatisfação elevada ($n = 31$), que autorrelataram presença de algum transtorno mental e/ou alimentar ($n = 37$) e com idade inferior/superior a necessária ($n = 14$), resultando assim, em 74 jovens aptas a participar da pesquisa.

No que se refere aos cursos ingressados pelas participantes, a graduação em Nutrição foi a mais frequente, com 26,3% das participantes no GI e 36,1% no GC. Seguido de uma ordem decrescente, os demais cursos presentes foram: Direito (GI = 18,4%; GC = 16,7%), Educação Física (GI = 21,8%; GC = 2,8%), Fisioterapia (GI = 5,3%; GC = 16,7%), Administração (GI = 13,2%; GC = 8,3%), Ciências Econômicas (GI = 10,5%; GC = 5,6%), Farmácia (GI = 5,3%; GC = 2,8%), Odontologia (GI = 0%; GC = 5,6%) e Ciências Contábeis (GI = 0%; GC = 5,6%). Não houve discrepância de distribuição entre os grupos quanto ao curso ingressado ($\chi^2 (8) = 13,36, p = 0,100; V - Cramer = 0,425$), assim como, ao período no qual as participantes estavam em seus cursos ($\chi^2 (9) = 8,708, p = 0,368; V - Cramer = 0,343$). O GI e GC não apresentaram diferenças estatisticamente significantes quanto à idade, IMC, insatisfação com o corpo, com a musculatura e gordura, ou qualquer outra característica sociodemográfica avaliada (Tabela 1), indicando assim, bom pareamento entre os grupos.

Tabela 1 – Análises descritivas dos dados sociodemográficos, insatisfação com o corpo, com a musculatura e gordura divididas entre os Grupo Intervenção (GI) e Controle (GC).

Variáveis	Grupo Intervenção (n = 38)	Grupo Controle (n = 36)	χ^2 ou teste t	p	V de Cramer/ d de Cohen
Idade¹ (anos)	20 (1,24)	21 (2,79)	-1,691	0,09	0,97
IMC¹ (kg/m²)	22,84 (4,23)	23,48 (7,73)	-0,60	0,54	0,10
Insatisfação com o corpo¹	6,47 (1,71)	5,61 (1,66)	-0,93	0,35	0,51
Insatisfação com a gordura¹	5,59 (2,56)	4,50 (2,11)	-0,26	0,79	0,46
Insatisfação com a musculatura¹	5,62 (2,09)	4,16 (1,78)	-0,63	0,52	0,75
CCEB²					
A	7 (18,4%)	6 (16,7%)			
B1	4 (10,5%)	6 (16,7%)			
B2	15 (39,5%)	10 (27,8%)	2,925	0,71	0,19
C1	6 (15,8%)	10 (27,8%)			
C2	5 (13,2%)	3 (8,3%)			
D-E	1 (2,6%)	1 (2,7%)			
Praticante de atividade física²					
Sim	17 (44,7%)	15 (41,5%)	0,07	0,79	0,03
Não	21 (55,3%)	21 (58,5%)			
Tipo de atividade física²					
Musculação	5 (29,5%)	8 (53,3%)			
Caminhada/corrida	3 (17,0%)	1 (6,7%)			
Crossfit [®]	4 (23,7%)	3 (20,0%)	3,39	0,84	0,21
Esportes coletivos	4 (23,9%)	2 (13,4%)			
Dança	1 (5,9%)	1 (6,6%)			
Uso de suplemento alimentar²					
Sim	2 (5,3%)	1 (2,8%)	0,29	0,58	0,06
Não	36 (94,7%)	36 (97,2%)			

Legenda: ¹ Resultado expresso em média e desvio-padrão – $M (DP)$; ² Resultado expresso em frequência absoluta e relativa – $N (%)$; χ^2 : Teste qui-quadrado; t : teste t de amostras independentes; p : valor de p ; V de Cramer: tamanho de efeito para as variáveis categóricas; d de Cohen: tamanho de efeito para as variáveis numéricas.

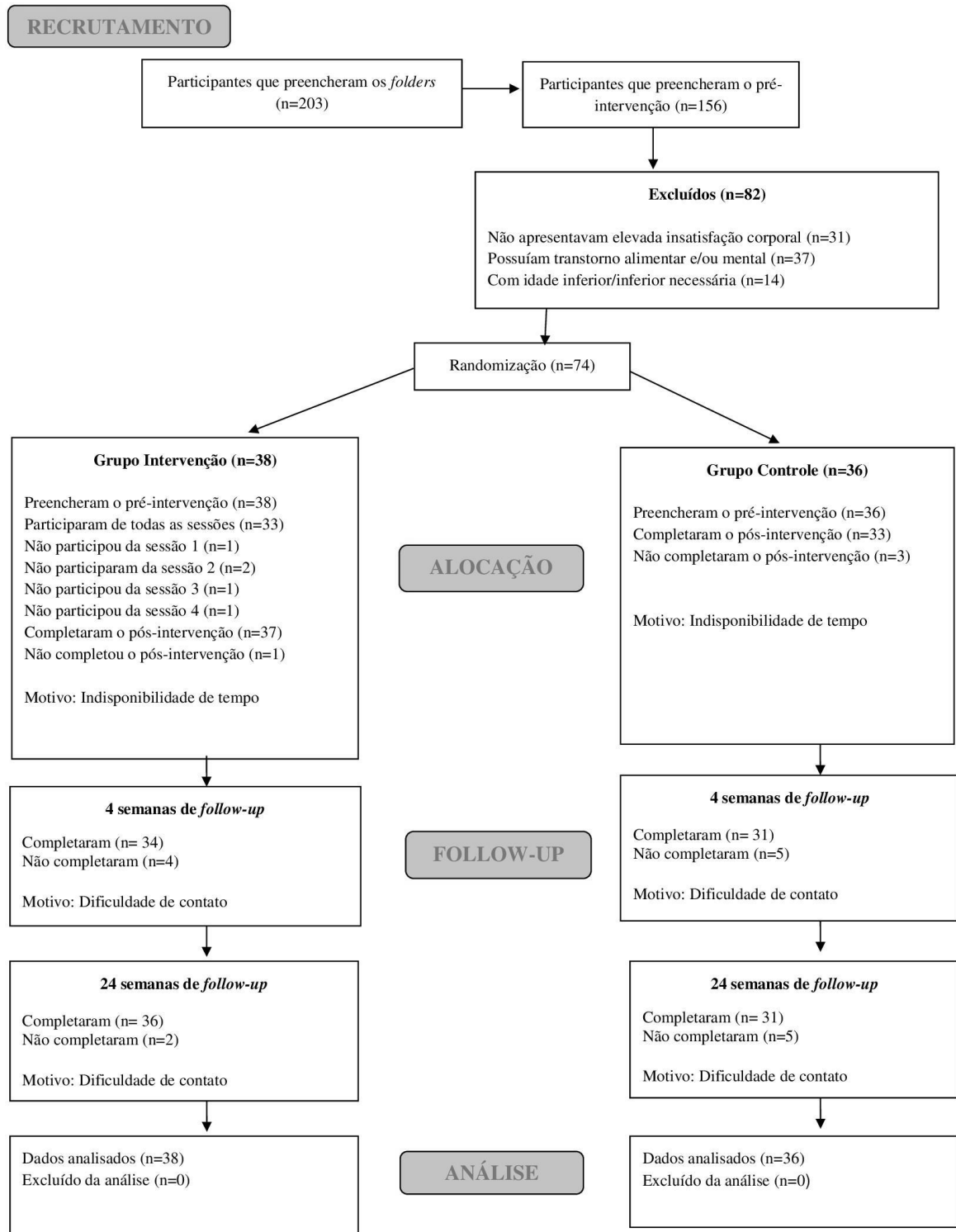
Fonte: Elaborada pela autora (2021).

5.2 TAXA DE RETENÇÃO

Para o cálculo da taxa de retenção da intervenção considerou-se a perda das participantes nas etapas da pesquisa, como pode ser observado pela Figura 4. Um total de 38 participantes foi alocado no GI e respondeu ao protocolo de pesquisa no momento *baseline*. Destas, 33 receberam a intervenção completa, resultando em uma taxa de retenção de 86,84%. Em relação ao seguimento das quatro semanas de estudo, 34 participantes do GI responderam aos questionários, obtendo-se assim, taxa de retenção de 89,47%. E em seguida, com seguimento de 24 semanas, a taxa de retenção aumentou, alcançando 94,73% para o GI.

Em contrapartida, o GC iniciou o estudo com 36 participantes, obtendo perda de três destes no momento pós-intervenção, com a taxa de retenção de 91,66%. Com o passar das semanas de seguimento, obteve-se a mesma proporção de perda para 4 e 24 semanas, alcançando 86,11% de taxa de retenção.

Figura 4 - Diagrama do CONSORT detalhando o fluxo de participantes através do estudo



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

5.3 EFEITOS DA INTERVENÇÃO

A Tabela 2 apresenta as médias marginais estimadas para cada variável analisada, desde o momento *baseline* até as 24 semanas de *follow-up*, para ambos os grupos (GI e GC). Além disso, o tamanho de efeito foi calculado, por meio do *d* de Cohen. Logo após, na Tabela 3, são descritas as estimativas de efeitos fixos e os componentes da variância para todas as variáveis estudadas.

5.3.1 Internalização dos ideais de corpo

Como demonstrado na Tabela 3, houve efeito significativo do tempo ($b = 0,06$; $t = 2,68$ $p < 0,001$) e interação grupo x tempo ($b = -0,34$; $t = -9,87$ $p < 0,001$), indicando que na trajetória da internalização do ideal de corpo ao longo do tempo, o GI apresentou escores inferiores quando comparados ao GC. Os resultados da internalização do ideal de corpo, revelaram redução significativa para as médias marginais estimadas no momento pós-intervenção, 4 semanas e 24 semanas de *follow-up* no GI em comparação ao GC (Tabela 2).

5.3.2 Comer transtornado

No que se refere às estimativas para o comer transtornado, também houve significância para o tempo ($b = 0,04$; $t = 2,28$; $p = 0,02$) e para a interação do grupo x tempo ($b = -0,21$; $t = -8,07$ $p < 0,001$), com a redução dos escores do comer transtornado no GI conforme o tempo de seguimento, comparado ao GC. Os escores do EAT-26 demonstraram redução estatisticamente significativa no GI em comparação ao GC em todos os momentos posteriores a intervenção, segundo suas médias marginais. Como podem ser observados na Tabela 2, diferenças estatisticamente significantes foram observadas no momento pós-intervenção, 4 semanas e 24 semanas de *follow-up*.

5.3.3 Insatisfação com o peso e a forma corporal

Houve redução dos escores de insatisfação com o peso e a forma corporal ao longo do tempo ($b = 0,05$; $t = 3,03$ $p = 0,003$), conforme demonstrado na Tabela 3. No que se refere a interação grupo x tempo ($b = -0,23$; $t = -8,32$; $p < 0,001$), também é possível observar

reduzidas taxas de preocupação com corpo do GI em comparação ao GC. Os resultados de insatisfação com o peso e a forma corporal (Tabela 2) indicaram uma redução estatisticamente significativa das participantes do GI quando comparadas às participantes do GC no momento pós-intervenção, em 4 semanas e 24 semanas de *follow-up*.

5.3.4 Afeto negativo

Ao analisar os efeitos para o afeto negativo, verificou-se que os resultados suportam apenas parcialmente as hipóteses iniciais do estudo. Não foi observado efeito significativo do tempo ($b = 0,56$; $t = - 0,23$; $p = 0,81$) (Tabela 3), tão pouco interação grupo x tempo ($b = - 0,07$; $t = - 1,77$; $p = 0,07$). É possível observar pequeno decréscimo nos escores obtidos pelas participantes do GI ao longo do tempo (Tabela 2). Entretanto, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre o GI e GC nos momentos pós- intervenção e 4 semanas de *follow-up*. Contudo, foi observada diferença estatisticamente significativa em 24 semanas de *follow-up* ($p < 0,05$) (Tabela 2).

5.3.5 Autoestima

Na Tabela 3, pode-se notar que o efeito tempo foi significativo ($b = - 0,03$; $t = -3,08$; $p < 0,001$), bem como, a interação tempo x grupo ($b = - 0,17$; $t = 10,18$; $p < 0,001$) para autoestima. Na Tabela 2 verifica-se que o aumento da autoestima nas mulheres foi significativo naquelas que participaram das intervenções, tanto no momento pós-intervenção, quanto nos *follows-up* de 4 e 24 semanas.

5.3.6 Comer intuitivo

Os resultados do comer intuitivo (IES-2) demonstraram significância do tempo ($b = - 0,01$; $t = - 3,24$ $p < 0,001$) e da interação grupo x tempo ($b = 0,01$; $t = 8,56$ $p < 0,001$) (Tabela 3), indicando assim, que a intervenção foi eficaz no aumento do comer intuitivo das participantes ao longo do seguimento do estudo. Os resultados dos escores da IES-2 indicaram aumento significativo do comer intuitivo nas mulheres participantes do GI em comparação ao GC, no momento pós-intervenção, em 4 semanas e 24 semanas de *follow-up* (Tabela 2).

Análises separadas das quatro subescalas da IES-2 também foram realizadas. Foi observado efeito significativo do tempo ($b = -0,00$; $t = -3,34$; $p < 0,001$) e da interação grupo x tempo ($b = 0,01$; $t = 4,33$; $p < 0,001$) para a subescala ‘Permissão incondicional para comer’ (Tabela 3). Também foi observado efeito significativo do tempo ($b = -0,00$; $t = -2,10$; $p = 0,03$) e da interação grupo x tempo ($b = 0,01$; $t = 4,72$; $p < 0,001$) para a subescala ‘Respeito aos sinais de fome e saciedade’ (Tabela 3). Para a subescala ‘Comer por razões físicas e não emocionais’ não foi observado efeito significativo do tempo ($b = -0,001$; $t = -0,67$; $p = 0,50$), apenas, para a interação grupo x tempo ($b = 0,01$; $t = 5,71$; $p < 0,001$). Assim como para a subescala ‘Congruência pela escolha de alimentos para corpo’, na qual o efeito também não foi significativo para o tempo ($b = -0,00$; $t = -1,22$; $p = 0,22$). Observando significância apenas para interação grupo x tempo ($b = 0,00$; $t = 2,40$; $p = 0,01$), conforme demonstrado na Tabela 3.

É possível observar na Tabela 2, aumento significativo dos escores da subescala ‘Permissão incondicional para comer’ na comparação GI e GC nos momentos pós-intervenção, 4 semanas e 24 semanas de *follow-up*. Na Tabela 2, também pode ser observada a diferença estatisticamente significativa entre o GI e GC para as subescalas ‘Respeito aos sinais de fome e saciedade’ e ‘Comer por razões físicas e não emocionais’ em 4 semanas de *follow-up*, indicando escores superiores no GI. Já a subescala ‘Congruência pela escolha de alimentos para corpo’ não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos em nenhum momento do estudo (Tabela 2).

5.3.6 Apreciação corporal

Em relação a apreciação corporal (Tabela 3) foi possível observar efeito tempo significativo ($b = -0,03$; $t = 2,04$; $p < 0,001$), assim como, interação tempo x grupo ($b = 0,22$; $t = 9,46$; $p < 0,001$). Permitindo dizer que, a intervenção possibilitou o aumento da apreciação corporal das mulheres, conforme foi hipotetizado. Especificamente, os resultados da apreciação corporal, revelaram aumento significativo em mulheres alocadas no GI em comparação aquelas do GC, tanto no momento pós-intervenção, quanto nos *follow-up* de 4 e 24 semanas. (Tabela 2)

Tabela 2 – Médias marginais estimadas em cada momento do estudo para os grupos intervenção (GI) e controle (GC).

INSTRUMENTOS	Pré-intervenção Média (EP)		Pós-intervenção Média (EP)		4 semanas <i>follow-up</i> Média (EP)		24 semanas <i>follow-up</i> Média (EP)		<i>d</i> Cohen entre as condições		
	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	Pós-intervenção	4 semanas de <i>follow-up</i>	24 semanas de <i>follow-up</i>
SATAQ-4R- <i>female</i>	49,70 (1,52)	50,35 (1,56)	42,74*** (1,45)	51,98 (1,48)	37,08*** (1,57)	53,35 (1,58)	42,01*** (1,64)	53,39 (1,70)	1,04 (0,52, 1,48)	1,71 (1,12, 2,17)	1,04 (0,56, 1,53)
BSQ-8	26,25 (1,37)	26,57 (1,41)	21,93** (1,32)	28,03 (1,35)	18,35*** (1,40)	29,26 (1,42)	19,71*** (1,45)	29,22 (1,51)	0,76 (0,26, 1,20)	1,27 (0,73, 1,72)	1,06 (0,54, 1,51)
EAT-26	15,50 (1,21)	15,79 (1,24)	11,10** (1,15)	16,90 (1,17)	7,51*** (1,24)	17,90 (1,25)	10,33*** (1,29)	19,89 (1,35)	0,79 (0,32, 1,27)	1,37 (0,82, 1,83)	1,19 (0,66, 1,64)
PANAS	2,84 (0,15)	2,78 (0,15)	2,62 (0,13)	2,76 (0,13)	2,44 (0,15)	2,75 (0,15)	2,44* (0,16)	2,93 (0,17)	0,14 (0,32, 0,59)	0,32 (0,14, 0,78)	0,60 (0,11, 1,04)
IES-2 total	3,18 (0,09)	3,15 (0,09)	3,45** (0,08)	3,05 (0,08)	3,66*** (0,09)	2,97 (0,09)	3,47*** (0,09)	3,02 (0,09)	0,80 (0,34, 1,29)	1,25 (0,75, 1,75)	0,82 (0,34, 1,29)
IES-2- UPE	3,96 (0,11)	3,65 (0,11)	4,10*** (0,10)	3,49 (0,10)	4,22*** (0,11)	3,35 (0,11)	4,18*** (0,12)	3,35 (0,12)	1,01 (0,51, 1,48)	1,31 (0,79, 1,80)	1,14 (0,64, 1,62)
IES-2- EPRER	2,71 (0,14)	2,74 (0,14)	3,10 (0,13)	2,71 (0,14)	3,41*** (0,14)	2,68 (0,15)	3,09 (0,15)	2,71 (0,16)	0,48 (0,01, 0,93)	0,83 (0,35, 1,30)	0,40 (0,06, 0,86)
IES-2- RHSC	3,03 (0,12)	3,09 (0,12)	3,29 (0,11)	2,98 (0,12)	3,51*** (0,13)	2,88 (0,13)	3,36 (0,13)	2,99 (0,14)	0,44 (0,02, 0,90)	0,79 (0,32, 1,26)	0,45 (0,01, 0,91)
IES-2- BFCC	3,20 (0,14)	3,32 (0,14)	3,34 (0,13)	3,24 (0,13)	3,44 (0,14)	3,18 (0,14)	3,28 (0,15)	3,21 (0,16)	0,13 (0,33, 0,58)	0,31 (0,16, 0,76)	0,07 (0,01, 0,12)
BAS-2	32,27 (1,18)	32,75 (1,21)	37,02** (1,14)	31,91 (1,16)	40,90*** (1,21)	31,21 (1,22)	37,92*** (1,25)	31,32 (1,30)	0,73 (0,23, 1,17)	1,31 (0,76, 1,76)	0,85 (0,35, 1,30)
EAR	28,41 (0,83)	28,18 (0,83)	31,91*** (0,78)	27,25 (0,79)	34,76*** (0,83)	26,48 (0,84)	32,59*** (0,87)	26,74 (0,90)	0,98 (0,46, 1,42)	1,87 (1,26, 2,35)	1,38 (0,83, 1,40)

Legenda: GI: Grupo Intervenção; GC: Grupo Controle; EP: Erro padrão; SATAQ-4-*female*: *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4- Female* (subescalas de Internalização Magro/Pouca gordura corporal e Internalização Muscular/Atlético); BSQ-8: *Body Shape Questionnaire-8*; EAT-26: *Eating Attitudes Test-26*; PANAS: *Positive and Negative Affect Schedule* (subscala de afetos negativos); IES-2: *Intuitive Eating Scale-2*; IES-2- UPE: Subscala da IES-2 (*Unconditional Permission to Eat*); IES-2- EPRER: Subscala da IES-2 (*Eating for Physical Rather than Emotional Reasons*); IES-2- RHSC: Subscala da IES-2 (*Reliance on Hunger and Satiety Cues*); IES-2- BFCC: Subscala da IES-2 (*Body-Food Choice Congruence*); BAS-2: *Body Appreciation Scale-2*; EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg.

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

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Tabela 3 - Estimativas de efeitos fixos e componentes da variância para as variáveis

Parâmetros	Efeitos Fixos						Variância	
	Interceptação γ (EP)	Tempo γ (EP)	Grupo γ (EP)	Tempo x Grupo γ (EP)	Tempo x Tempo γ (EP)	Tempo x Tempo x Grupo γ (EP)	Entre os sujeitos γ (EP)	Interceptação γ (EP)
SATAQ-4R-FEMALE	50,28*** (1,57)	0,06** (0,02)	-0,30 (2,20)	-0,34*** (0,03)	-0,00* (0,00)	0,00*** (0,00)	18,76*** (1,99)	72,20*** (12,76)
BSQ-8	26,51*** (1,41)	0,05** (0,01)	-0,08 (1,97)	-0,23*** (0,02)	-0,00** (0,00)	0,00*** (0,00)	11,83*** (1,25)	61,38*** (10,70)
EAT-26	15,75*** (1,24)	0,04* (0,01)	-0,07* (1,74)	-0,21*** (0,02)	-0,00* (0,00)	0,00*** (0,00)	11,40*** (1,21)	45,59*** (8,05)
PANAS NEGATIVO	27,80*** (1,55)	-0,00 (0,03)	0,56 (2,16)	-0,07 (0,04)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	31,34*** (3,33)	57,97*** (11,19)
IES-2	3,15*** (0,09)	-0,00** (0,00)	0,021 (0,12)	0,01*** (0,00)	0,00** (0,00)	-0,00*** (0,00)	0,04*** (0,00)	0,27*** (0,46)
IES-2- UPE	3,66*** (0,11)	-0,00*** (0,00)	0,29 (0,16)	0,01*** (0,00)	0,00** (0,00)	-0,00*** (0,00)	0,12*** (0,01)	0,35*** (0,06)
IES-2- EPRER	2,74*** (0,14)	-0,00 (0,00)	-0,04 (0,20)	0,01*** (0,00)	0,00 (0,00)	-0,00*** (0,00)	0,13*** (0,01)	0,67*** (0,11)
IES-2- RHSC	3,10*** (0,12)	-0,00* (0,00)	-0,07 (0,18)	0,01*** (0,00)	0,00* (0,00)	-0,00*** (0,00)	0,15*** (0,01)	0,45*** (0,08)
IES-2- BFCC	3,32*** (0,14)	-0,00 (0,00)	-0,12 (0,20)	0,00* (0,00)	0,00 (0,00)	-0,00* (0,00)	0,18*** (0,01)	0,60*** (0,10)
BAS	32,78*** (1,22)	-0,03* (0,01)	-0,70 (1,70)	0,22*** (0,02)	0,00* (0,00)	-0,00*** (0,00)	8,64*** (0,91)	45,72*** (7,96)
EAR	28,22*** (0,84)	-0,03* (0,01)	0,04 (1,17)	0,17*** (0,01)	0,00** (0,00)	-0,00*** (0,00)	4,68*** (0,49)	21,18*** (3,71)

Legenda: EP: Erro padrão; SATAQ-4-female: *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4- female* (subescalas de Internalização Magro/Pouca gordura corporal e Internalização Muscular/Atlético); BSQ-8: *Body Shape Questionnaire-8*; EAT-26: *Eating Attitudes Test-26*; PANAS: *Positive and Negative Affect Schedule* (subscala de afetos negativos); IES-2: *Intuitive Eating Scale-2*; IES-2- UPE: Subscala da IES-2 (*Unconditional Permission to Eat*); IES-2- EPRER: Subscala da IES-2 (*Eating for Physical Rather than Emotional Reasons*); IES-2- RHSC: Subscala da IES-2 (*Reliance on Hunger and Satiety Cues*); IES-2- BFCC: Subscala da IES-2 (*Body-Food Choice Congruence*); BAS-2: *Body Appreciation Scale-2*; EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg.

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

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a eficácia de uma intervenção preventiva, baseada na dissonância cognitiva, na redução de fatores de risco para TAs e no aumento da apreciação corporal, comer intuitivo e autoestima em jovens adultas brasileiras. Vale evidenciar que tais objetivos são encorajadores, visto a incipiência de programas preventivos para os TAs realizados na população brasileira, que segundo revisões sistemáticas com metanálises, apresentam altos índices de eficácia contra essas psicopatologias (LE *et al.*, 2017; STICE *et al.*, 2019; WATSON *et al.*, 2016). Além disso, a incorporação da abordagem do comer intuitivo ao longo do programa proposto, através das experiências vivenciadas pela líder dos grupos é uma estratégia pioneira nesse tipo de intervenção, configurando uma ação promissora quanto a promoção de fatores protetores aos TAs. A intervenção apresentou alta taxa de retenção, com valor acima de 80% em todas as etapas da pesquisa. Verificou-se ainda a redução de três dos quatro fatores de risco para os TAs avaliados no estudo e o aumento dos fatores protetores na população jovem feminina brasileira. Nota-se que as participantes alocadas no GI apresentaram reduções significantes e superiores ao GC para a insatisfação corporal, internalização dos ideais corporais e comer transtornado. E redução significativa para o afeto negativo em 24 semanas de *follow-up*. Bem como, aumento da autoestima, apreciação corporal e comer intuitivo em todos os momentos de seguimento do estudo para o GI comparado ao GC.

Um motivo que explica a alta eficácia desse tipo de intervenção em diversas populações, incluindo o Brasil, é o fato de que as participantes têm a possibilidade de abordar temas sensíveis a sua realidade de vida, portanto, sua realidade cultural (STICE *et al.*, 2000). Por exemplo, o objetivo primário da intervenção consiste na crítica sobre a internalização do ideal de corpo magro (STICE *et al.*, 2000; STICE *et al.*, 2001; STICE *et al.*, 2006; STICE *et al.*, 2011, STICE *et al.*, 2013; STICE; TROST; CHASE, 2003), que também é uma realidade para as brasileiras (AMARAL; FERREIRA, 2017; CARVALHO *et al.*, 2017). Além disso, o protocolo apresenta certa maleabilidade, permitindo que os participantes transfiram o conteúdo das sessões para questões pessoais e individuais, realinhando com o que tem relação com a própria vida.

No que concerne a taxa de retenção, o valor encontrado após a intervenção foi de 86,84%, sendo superior aos demonstrados pela literatura científica internacional que observou valores que variam entre 39% a 77% para o mesmo programa (BP) (LINVILLE *et al.*, 2015;

STICE; MARTI; CHENG, 2014; STICE; YOKUM; WATERS, 2015b). Ao comparar aos estudos nacionais, também é possível constatar que a taxa de retenção obtida na atual intervenção foi similar ou superior a demais estudos. A taxa de retenção do atual estudo é similar ao de Hudson (2018), no qual se observa retenção de 85,71% em uma amostra de jovens universitárias. Se comparado à primeira intervenção baseada na dissonância cognitiva realizada com adolescentes brasileiras, o resultado da presente investigação apresenta valores superiores. Amaral, Stice e Ferreira (2019) obtiveram uma taxa de retenção de 50,6%.

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 em comparação às adolescentes. Isso pode ser justificado pela própria natureza do programa. Para que a dissonância cognitiva ocorra é necessária uma maior compreensão sobre os conteúdos discutidos, bem como maior interação entre as participantes, bem como ativa rejeição dos ideais corporais. Conseqüentemente, observa-se maior aderência ao programa por mulheres com maior idade. Meta-análises de Stice, Shaw e Marti (2007) e Le *et al.* (2017) apontam inclusive para maior eficácia de programas de prevenção em amostras com idade igual ou superior a 15 anos. Tal fato, novamente, parece estar associado à conexão entre idade, retenção e, conseqüentemente, eficácia do programa.

Um objetivo inovador desse trabalho foi introduzir de forma inovadora alguns exemplos do comer intuitivo na intervenção. Sabe-se que o comer intuitivo é um fator protetor para o desenvolvimento de TAs (CARDOSO; OLIVEIRA; FERREIRA, 2020; KOLLER *et al.*, 2020), bem como é contrário a restrição dietética e métodos compensatórios para perda de peso (LINARDON; MITCHELL, 2017; TYLKA; CALOGERO; DANÍELSDÓTTIR, 2020). A literatura científica tem apontado para o fato de que o comer intuitivo está inversamente relacionado aos fatores de risco para TAs supracitados. Logo, uma das hipóteses do presente estudo foi que a redução dos escores em instrumentos avaliativos dos fatores de risco para TAs seria acompanhada pelo aumento dos escores obtidos na IES-2, instrumento destinado a avaliação do comer intuitivo.

Tal hipótese foi confirmada. Houve aumento do escore total da IES-2 para o GI quando comparado ao GC no momento pós-intervenção, em quatro semanas e 24 semanas de *follow-up*. Os tamanhos de efeitos foram elevados em todos os momentos (*d* de Cohen = 0,80 - 1,25) sendo obtido maior efeito em quatro semanas de *follow-up*.

O GI mostrou maiores aumentos no comer intuitivo (pontuação total IES-2) em comparação ao GC. Embora o “O Corpo em Questão” não tenha sido elaborado para incluir princípios do comer intuitivo, os resultados apoiam a eficácia da intervenção em aumentar o comer intuitivo. Este resultado pode ser explicado por associações bem conhecidas (ou seja, correlação inversa) entre comer intuitivo e resultados avaliados comuns de intervenções de dissonância cognitiva. Estudos observacionais e longitudinais encontraram associações entre maiores escores de comer intuitivo e níveis mais baixos de insatisfação corporal (BURNETTE; MAZZEO, 2020; HAZZARD *et al.*, 2020), da internalização ideal de magreza (BURNETTE; MAZZEO, 2020; TYLKA; KROON VAN DIEST, 2013; WEBB; HARDIN, 2016) e comer transtornado (BRUCE; RICCIARDELLI, 2016; BURNETTE; MAZZEO, 2020; CARDOSO; OLIVEIRA; FERREIRA, 2020). Embora não testado aqui, as melhorias no comer intuitivo podem ter resultado de reduções na internalização ideal do corpo, característica central do programa. Estudos futuros podem avaliar os efeitos da mediação das mudanças de internalização do ideal de magreza no comer intuitivo.

Quando analisadas as subescalas do IES-2, percebe-se que mulheres adultas jovens atribuídas ao GI apresentaram aumentos significativamente maiores na subescala de ‘Permissão incondicional para comer’ em comparação ao CG ao longo do tempo. Os tamanhos de efeito foram grandes em todos os momentos (d de Cohen = 1,01 - 1,21). A comparação das médias dos grupos revelou que as condições não diferiram no momento pós-intervenção e no acompanhamento de 24 semanas nas subescalas ‘Respeito aos sinais de fome e saciedade’, ‘Comer por razões físicas e não emocionais’ e ‘Congruência pela escolha de alimentos para corpo’. No entanto, os ganhos de intervenção foram observados em 4 semanas de acompanhamento, com grandes tamanhos de efeito encontrados para as subescalas ‘Respeito aos sinais de fome e saciedade’ e ‘Comer por razões físicas e não emocionais’. Não está claro por que apenas os efeitos da subescala ‘Permissão incondicional para comer’ foram mantidos em todos os momentos.

Os resultados das subescalas ‘Respeito aos sinais de fome e saciedade’ e ‘Comer por razões físicas e não emocionais’ sugerem que as mudanças em algumas características do comer intuitivo podem exigir muito tempo. As participantes podem precisar de mais tempo (ou seja, mais semanas) para assimilar o conteúdo do programa para que modificações em algumas características do comer intuitivo (ou seja, ‘Comer por razões físicas e não emocionais’ e ‘Respeito aos sinais de fome e saciedade’) possam ser observadas. Isso parece especialmente verdadeiro para a subescala ‘Congruência pela escolha de alimentos para

corpo'. Algumas características do comer intuitivo são bem mais difíceis de internalizar, pois dependem de ouvir os sinais de fome e saciedade e distinguir o motivo pelo qual o indivíduo pretende comer. No entanto, a 'Permissão incondicional para comer' tem maior relação com "ser capaz" ou "ser incapaz" de comer tudo o que seu corpo deseja ou precisa. As intervenções com base na dissonância cognitiva parecem ser mais eficazes na produção de mudanças nas crenças e pensamentos internalizados. Uma revisão sistemática dos programas de prevenção de TAs revelou que intervenções mais longas tendem a promover efeitos maiores (STICE; SHAW; MARTI, 2007).

Além disso, os exemplos do comer intuitivo incorporados no protocolo da intervenção foram mais voltados para a "permissão incondicional para comer". Não foi realizado exercícios sobre percepção de fome e saciedade, para conectar à estes sinais, bem como, não foi realizada nenhuma atividade para a distinguir o comer físico do emocional. Portanto, para maiores mudanças nessas subescalas podem necessitar de um maior envolvimento das participantes, por meio de atividades educacionais.

Outra explicação para a eficácia do "O Corpo em Questão" em aumentar o comer intuitivo pode ser melhorias na apreciação corporal (ANDREW; TIGGEMANN; CLARK, 2016; AVALOS; TYLKA, 2006; HOMAN; TYLKA, 2018; IANNANTUONO; TYLKA, 2012; TYLKA; KROON VAN DIEST, 2013). Os resultados demonstraram que as participantes do GI tiveram aumentos significativamente maiores na apreciação corporal em comparação ao GC, com efeitos moderados a grandes encontrados em *follow-up* (d de Cohen = 0,73-1,31). O modelo de aceitação do comer intuitivo postula que a aceitação do corpo por outras pessoas ajuda as mulheres a valorizar seu corpo e resistir a adotar uma perspectiva de observador de seu corpo, o que contribui para seu comer intuitivo (AUGUSTUS-HORVATH; TYLKA, 2011; AVALOS; TYLKA, 2006). Por meio da análise de mediação, Oswald et al. (2017) encontraram efeitos diretos da apreciação do corpo na 'Permissão incondicional para comer', 'Respeito aos sinais de fome e saciedade' e 'Comer por razões físicas e não emocionais'. Novamente, não podemos afirmar que as melhorias no comer intuitivo foram mediadas por diminuições na internalização ideal do corpo ou, alternativamente, por aumentos na apreciação corporal. No entanto, com base em estudos anteriores, essas são possíveis explicações. Estudos futuros devem avaliar ambas as hipóteses.

Ao melhor do nosso conhecimento, não há estudos clínicos randomizados semelhantes que testaram a eficácia do "O Corpo em Questão" em aumentar o comer intuitivo em mulheres jovens. Portanto, não podemos fazer comparações em relação aos nossos resultados

e estudos anteriores. No entanto, nossos achados com relação à internalização ideal de magreza, insatisfação corporal e comer transtornado replicaram os resultados encontrados em várias revisões sistemáticas e meta-análises que avaliaram a eficácia das intervenções baseadas na dissonância cognitiva (ou seja, *The Body Project*) (LE *et al.*, 2017; STICE *et al.*, 2019; WATSON *et al.*, 2016). Le *et al.* (2017) resumiram os achados para prevenção seletiva e verificaram que as intervenções com base na dissonância cognitiva produzem efeitos pequenos a moderados em uma série de resultados, incluindo dieta, internalização do ideal de corpo magro, insatisfação corporal e afeto negativo na pós-intervenção e no seguimento de 12 meses. Watson *et al.* (2016) sugeriram que as intervenções com base na dissonância cognitiva são a abordagem com melhor suporte para a prevenção seletiva, mostrando efeitos moderados a grandes. Intervenções como *The Body Project* mostraram evidências de superioridade no momento pós-intervenção e em acompanhamento médio de 12 meses em comparação com o programas que visam a promoção de peso saudável, e tiveram eficácia superior em comparação com vários outros programas (WATSON *et al.*, 2016). Deve ser destacado o valor de incluir o comer intuitivo em intervenções preventivas, uma vez que uma série de estudos apontou que o comer intuitivo está inversamente relacionado aos fatores de risco para TAs (isto é, internalização ideal de magreza, insatisfação corporal e comer transtornado) (BRUCE; RICCIARDELLI, 2016; HAZZARD *et al.*, 2020; SMITH *et al.*, 2020).

Tomados em conjunto, os resultados apoiam que os programas de prevenção com base na dissonância cognitiva podem ser eficazes em aumentar o comer intuitivo enquanto mantém sua eficácia na redução dos fatores risco para TAs em mulheres adultas jovens. Nossos resultados são encorajadores e indicam a necessidade de testar pequenas mudanças nos protocolos de intervenção, a fim de incluir o comer intuitivo de forma mais acentuada nos programas de prevenção. Isso é especialmente importante para que se possa observar mudanças mais significativas em ‘Respeito aos sinais de fome e saciedade’ e ‘Comer por razões físicas e não emocionais’.

Junto as melhorias nos escores do comer intuitivo no programa, foi possível identificar, que a internalização do corpo ideal apresentou redução significativa nos escores obtidos pelo GI nos três momentos após a intervenção quando comparado ao GC. Resultado apreciável quanto à prevenção de TAs, uma vez que essa variável é previsora do desenvolvimento de insatisfação corporal, conforme demonstram Carvalho, Alvarenga e Ferreira (2017) e Stice *et al.* (1994). Para os autores, ao internalizar um ideal de corpo, as mulheres se sentem insatisfeitas com seus corpos e buscam formas de alcançar determinado

estereótipo corporal, gerando uma série de mudanças comportamentais (CARVALHO; ALVARENGA; FERREIRA, 2017; STICE *et al.* 1994). O resultado do presente estudo corrobora com dados prévios que apontam para a eficácia do programa na redução da internalização dos ideais de corpo em adolescentes brasileiras (AMARAL; STICE; FERREIRA, 2019) e mulheres jovens (HUDSON, 2018). Assim como, com trabalhos internacionais que também realizaram intervenções baseadas na dissonância cognitiva, observando reduções da internalização dos ideais corporais (STICE *et al.*, 2000, 2006).

No que concerne aos tamanhos de efeito, nota-se que a intervenção apresentou magnitude elevada em todos os momentos pós-intervenção, principalmente logo após realizá-la (d de Cohen = 1,04 - 1,71), valor superior ao encontrado pela recente metanálise (d de Cohen $d = 0,57$) (STICE *et al.*, 2019). Vale ressaltar que os estudos aqui comparados não utilizaram a SATAQ-4R-*female* para analisar a internalização dos ideais corporais, mas aplicaram versões mais antigas com o mesmo fim, como é o caso da SATAQ-3 (AMARAL; STICE; FERREIRA, 2019), SATAQ-4 (HUDSON, 2018), IBSS-R e SATAQ (STICE *et al.*, 2000) e IBSS-R (STICE *et al.*, 2006).

No que diz respeito à insatisfação corporal das jovens universitárias, avaliada pelo BSQ-8, observou-se redução significativa nos escores após a intervenção e ao longo do *follow-up*, resultado semelhante ao de Amaral, Stice e Ferreira (2019) e Hudson (2018). Assim como, para o tamanho de efeito, o atual trabalho encontrou valores de moderado a alto para a insatisfação corporal (d de Cohen = 0,76 - 1,27). Ao comparar com os estudos nacionais, é possível observar semelhança aos achados, com valores variando de alto (d de Cohen = 0,92; AMARAL; STICE; FERREIRA, 2019) a moderado (d de Cohen = 0,47; HUDSON, 2015).

Levando em consideração a literatura internacional, em especial intervenções baseadas na dissonância cognitiva em adolescentes e jovens adultas, é possível observar a eficácia do programa na redução da insatisfação corporal no momento pós-intervenção e em seis meses de *follow-up* (STICE *et al.*, 2006). Assim como, foi estatisticamente significativo no GI no momento pós-intervenção e 4 semanas de *follow-up* no estudo de STICE *et al.* (2000). Em relação ao tamanho de efeito, estudos que também encontraram redução na insatisfação corporal na execução do *The Body Project*, apresentaram moderada magnitude em seus efeitos principalmente pós-intervenção, como demonstra Greif, Becker e Hildebrandt (2015) com valor de d de Cohen = 0,63 e Stice *et al.* (2013) apresentando tamanho de efeito d de Cohen = 0,64 no pós-intervenção. Metanálise recente (STICE *et al.*, 2019) encontrou valor

um pouco inferior aos citados (d de Cohen = 0,42), no qual segundo a classificação aqui utilizada (COHEN, 1982) o considera baixo em magnitude.

Assim como citado anteriormente para a internalização dos ideais corporais, houve diferenças quanto aos instrumentos utilizados para se avaliar a insatisfação corporal nos trabalhos aqui comparados. Como são os casos do *Body Shape Questionnaire* (BSQ) (AMARAL; STICE; FERREIRA, 2019; CAMARINHAS, 2015; STICE *et al.*, 2000) e *Body Parts Dissatisfaction Scale* (GREIF; BECKER; HILDEBRANDT, 2015; STICE *et al.*, 2006, 2013). É importante considerar tais diferenças na comparação entre estudos e que novos estudos sejam realizados com o propósito de verificar possíveis impactos dessas medidas na variação dos resultados obtidos. Entretanto, com os resultados aqui apresentados e os demais listados é possível afirmar que intervenções baseadas na dissonância cognitiva são eficazes na redução da insatisfação corporal de mulheres jovens.

No que tange o comer transtornado verificou-se redução significativa para o GI logo após a intervenção e em quatro semanas de *follow-up*, tendo sido observado ligeiro aumento nas 24 semanas de *follow-up*. Os valores observados ao final do seguimento do estudo não retornaram aos escores observados no momento inicial da pesquisa, sugerindo que o programa manteve seus efeitos sobre o comer transtornado em até seis meses. Hudson (2018) encontrou resultados semelhantes, por meio do *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26), nos quais, o comer transtornado no GI apresentou redução significativa no momento pós-intervenção e no seguimento de seis meses quando comparado as participantes do GC. Nesse mesmo estudo, o valor da magnitude do efeito foi considerado baixo para o comer transtornado (d de Cohen = 0,22), se diferindo da atual pesquisa, onde essa variável esteve em efeito forte (d de Cohen = 0,82) após a intervenção, seguindo com aumento do efeito ao longo da pesquisa (d de Cohen = 1,37 em 4 semanas e d de Cohen = 1,19 em 24 semanas de *follow-up*).

Em relação à pesquisa realizada com adolescentes do sexo feminino (AMARAL; STICE; FERREIRA, 2019), a intervenção proposta não foi capaz de reduzir o risco de comer transtornado, avaliada pelo EAT-26. Os autores sugerem que esse resultado esteja associado ao fato de que foi verificado baixo escore para o comer transtornado das participantes no momento *baseline* (média igual a 11,76). Ou seja, a amostra já possuía reduzido risco para TAs previamente à intervenção, pois não utilizou como critério de inclusão o elevado ponto de corte para a insatisfação corporal no pré-intervenção, contrário ao atual estudo.

Com o mesmo objetivo, Stice *et al.* (2000) analisaram que após a intervenção, as participantes do GI, apresentaram reduções significativas em comportamentos de restrição,

através dos seguintes instrumentos: *Dutch Restrained Eating Scale* - DRES (VAN STRIEN; FRIJTERS; VAN STAVEREN; DEFARES; DEURENBERG, 1986) e *Dietary Intent Scale* - DIS (STICE, 1998). Já Butryn *et al.* (2014) encontraram efeito significativo e tamanho de efeito moderado para sintomas de TAs (d de Cohen = 0,54), examinado pelo *Eating Disorder Diagnostic Scale* - EDDS (STICE; FISHER; MARTINEZ, 2004). É possível observar que os estudos aqui comparados quanto aos programas com base na dissonância cognitiva, utilizaram instrumentos diferentes para avaliar o comer transtornado. Apesar disso, o atual programa e demais possuem indícios de eficácia na redução de riscos para TAs, para populações seletivas, com risco para TAs.

Com relação ao afeto negativo, não foi observada diferença significativa entre os grupos após a intervenção e no *follow-up* de quatro semanas. Verificou-se diferença significativas entre os grupos quanto aos escores da PANAS (subescala de afeto negativo) apenas em 24 semanas de *follow-up*, com efeitos moderados. Vale ressaltar que essa diferença não se refere à diminuição dos escores do GI e sim, ao aumento deste no GC.

Ao analisar outros estudos que também avaliaram o afeto negativo em intervenções baseadas em dissonância cognitiva é possível observar que Hudson (2018) também não identificou interação grupo x tempo significativa para a variável. Entretanto, tanto o GI quanto o GC apresentaram reduções do afeto negativo ao longo do tempo, fato que não ocorreu na presente pesquisa para o GI. Os achados se diferem também em relação aos estudos de Amaral, Stice e Ferreira (2019), Stice *et al.* (2006) e Stice *et al.* (2000), nos quais os escores para a PANAS reduziram no GI comparado ao GC ao decorrer do tempo.

Uma possível justificativa para os resultados encontrados seja devido à baixa pontuação obtida pelas participantes para essa variável no momento pré-intervenção, sendo reduzida a possibilidade de melhora (efeito prático). Como é possível observar no trabalho, as médias marginais na PANAS no GI no momento *baseline* foi bastante reduzido ($M = 2,84$, $EP = 0,15$).

Os resultados da presente pesquisa apontaram melhorias nos escores de apreciação corporal e a autoestima. A apreciação corporal aumentou no GI comparado ao GC após as participantes receberem a intervenção e se manteve elevada até o final do seguimento (24 semanas de *follow-up*). Esse resultado corrobora com os dados observados por Amaral, Stice e Ferreira (2019) em adolescentes. Àquelas que participaram da intervenção apresentaram escores consideravelmente mais altos para a apreciação corporal do que o GC (AMARAL; STICE; FERREIRA, 2019). Contudo, resultado divergente foi identificado por Hudson

(2018). Embora a autora tenha verificado aumento da apreciação corporal para o GI após seis meses de seguimento, não foi verificada interação grupo x tempo. A autora supõe que o aumento da apreciação corporal encontrada pode ter sido ocasionado pela intervenção, já que o mesmo não foi notado nas participantes do GC, mas ressalta a importância de ter cautela quanto à inferência do resultado (HUDSON, 2018).

Ademais, os estudos internacionais aqui listados para comparações não avaliaram aspectos da imagem corporal positiva. Entretanto, é bem descrito na literatura científica sobre a importância de se garantir não somente redução dos fatores de riscos para os TAs, mas também aumentar atitudes, comportamentos e sentimentos sobre a aceitação da aparência, de forma a amar e respeitar o próprio corpo, independente da forma física (ANDREW *et al.*, 2016; DANIELS; GILLEN; MARKEY, 2018; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015). Com isso, pode-se concluir que estudos futuros devem ser realizados visando a promoção de fatores protetores para o desenvolvimento de TAs em programas preventivos com base na dissonância cognitiva, para que se confirme ainda mais os benefícios de se possuir uma imagem corporal positiva.

Por fim, foi avaliada a autoestima, variável importante na impulsão dessas características adaptativas da aceitação corporal. Observou-se aumento significativo nos escores do GI quando comparado ao GC. O tamanho de efeito apresentou maior magnitude em 24 semanas de *follow-up*. Pode-se afirmar que, a intervenção foi capaz de aumentar a autoestima das participantes, com efeitos mantidos elevados até o fim do estudo. Amaral, Stice e Ferreira (2019) e Hudson (2018) verificaram eficácia do programa baseado com base na dissonância cognitiva no aumento da autoestima em participantes que realizaram intervenções semelhantes, como efeitos significantes ao longo do tempo.

Interessante destacar que todas as três variáveis que estimulam sentimentos positivos com o corpo e com os alimentos (comer intuitivo, apreciação corporal e autoestima) apresentaram efeitos significativos do GI ao longo do tempo. Com isso, é notório perceber que o programa “O Corpo em Questão” instiga a reflexão das participantes sobre os ideais corporais e quais os custos que as levam a buscá-los. As discussões voltadas para a alimentação, somadas aos estímulos em desafiar as preocupações com seus corpos surtiram efeito além da diminuição da depreciação e insatisfação corporal. Ou seja, impulsionou também o comer intuitivo.

Os efeitos dessa intervenção variaram de fracos a fortes em magnitude logo após a intervenção em todos os momentos da pesquisa (d de Cohen = 0,13 - 1,87) segundo os valores

propostos por Cohen (1988). Vale ressaltar que o tamanho de efeito em um mês de *follow-up* aumentou para todas as variáveis do estudo. Este resultado é destacado por diversos autores ao indicar que há necessidade de um maior tempo para a internalização das discussões dos grupos e efeito concreto da dissonância cognitiva nas participantes (STICE; SHAW; MARTI, 2007). Além disso, o número de sessões também influencia no efeito encontrado nos programas no tocante a dissonância cognitiva, sendo que programas que apresentam um maior número de encontros apresentaram efeitos mais significativos (LE *et al.*, 2017; STICE; SHAW; MARTI, 2007; WATSON *et al.*, 2016).

Com isso, a presente pesquisa apresenta resultados promissores e que merecem destaque na implementação e desenvolvimento de programas preventivos para redução de fatores de riscos para TAs. Apresenta indícios fortes de que intervenções baseadas na teoria da dissonância cognitiva podem promover a apreciação corporal e reduzir comportamentos e crenças disfuncionais em relação aos corpos. Isso se deve principalmente ao número de sessões executadas (quatro ou mais), potencializando os efeitos do programa. Além disso, o ato de interação ao longo dos encontros favorece a oportunidade de reflexão das participantes acerca dos conteúdos e exercícios realizados, onde as trocas das vivências pessoais são empreendidas em cada grupo (LE *et al.*, 2017; STICE *et al.*, 2019). E, não obstante, o contato e a empatia entre as participantes são surpreendentemente observados, a busca pelo conhecimento acerca dos padrões irrealis de beleza e a possível crítica a eles são o que empiricamente o que levam a resultados tão promissores.

Adicionalmente, é importante ressaltar alguns pontos fortes do trabalho. A presente pesquisa se trata de um ensaio clínico controlado randomizado, delineamento mais robusto para atingir o objetivo desta pesquisa. Além disso, o trabalho utiliza análise por intenção de tratar para lidar com os dados faltantes, o que possibilita lidar com perdas amostrais naturais ao longo da pesquisa. Vale pontuar que essa técnica favorece a identificação dos efeitos reais da intervenção, evitando possíveis vieses de confusão. Nesse sentido, destaca-se que nos trabalhos de Amaral, Stice e Ferreira (2019), bem como de Hudson (2018), ambos realizados com amostra de mulheres brasileiras, não foi utilizada análise de intenção de tratar. Por fim, esta é a primeira pesquisa que introduz como variável desfecho o comer intuitivo no programa “O Corpo em Questão”. Embora seja bem descrita na literatura a associação do comer intuitivo com demais variáveis de risco para o TAs, até o presente momento esse desfecho não havia ainda sido avaliado nesse programa.

Apesar desses avanços, algumas limitações do estudo merecem ser enumeradas. O GC tem como característica não ter recebido nenhum tipo de intervenção, sendo caracterizado como inativo. Fato que pode culminar na presença de efeito placebo. Portanto, torna-se importante que futuros trabalhos utilizem GC que recebam alguma intervenção, limitando esse viés na pesquisa. Outro ponto a ser citado consiste na forma de avaliação das variáveis, ou seja, ao uso de instrumentos de autorrelato. Vale destacar que essa é uma estratégia largamente utilizada nestes tipos de estudo. Para reduzir vieses como, por exemplo, de desejabilidade social (MORGADO *et al.*, 2017) e confiabilidade dos instrumentos, foram utilizadas estratégias específicas. Quanto a desejabilidade social, a aplicação dos questionários ocorreu em espaços reservados de sala de aula, nos quais as participantes respondiam individualmente o protocolo de pesquisa. Em relação a confiabilidade dos dados, análise de consistência interna foi realizada para todos os instrumentos de medida, em todos os momentos da pesquisa. Ademais, todos os instrumentos utilizados apresentam indícios psicométricos de validade e confiabilidade para jovens mulheres brasileiras.

Embora os efeitos tenham sido estabelecidos por meio de acompanhamento de 24 semanas, outra limitação do estudo consiste na impossibilidade de determinar se os efeitos do programa se estendem por um período mais longo de acompanhamento. Isso pode ser particularmente valioso para testar a eficácia do programa na melhoria de características específicas do comer intuitivo, como "respeito de estímulos internos para a fome e saciedade" e "comer por motivos físicos em vez de emocionais". 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 obteve elevada aceitação demonstrando ser de interesse para as jovens participantes, com resultados estimuladores quanto a redução de fatores de risco e aumento dos fatores protetores para os TAs. 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

O presente estudo conclui que a intervenção “O Copo em Questão” foi capaz de reduzir fatores de riscos para TAS e aumentar fatores protetores. Em especial, destaca-se o aumento do comer intuitivo em jovens mulheres com elevada insatisfação corporal após a realização da intervenção. Efeitos significativos da intervenção foram observados para quase todas as medidas avaliadas em praticamente todos os momentos de seguimento.

REFERÊNCIAS

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil: Padrão de Classificação Econômica. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2018. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
- ÁGH, T. *et al.* A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. **Eating Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 3, n. 21, p. 353-364, 2016.
- ALLEN, K. L. *et al.* DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 122, n. 3, p. 720-732, 2013.
- AMARAL, A. C. S.; FERREIRA, M. E. C. Body dissatisfaction and associated factors among Brazilian adolescents: A longitudinal study. **Body Image**, v. 22, p. 32-38, 2017.
- AMARAL, A. C. S. Imagem Corporal de adolescentes: descrição e intervenção preventiva em âmbito escolar. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.
- AMARAL, A. C. S. *et al.* Avaliação psicométrica do Questionário de Atitudes Socioculturais em Relação à Aparência-3 (SATAQ-3) para adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 4, p. 471-479, 2015.
- AMARAL, A. C. S. *et al.* Equivalência semântica e avaliação da consistência interna da versão em português do Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (SATAQ-3). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1487-1497, 2011.
- AMARAL, A. C. S. *et al.* Psychometric evaluation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 among Brazilian young adults. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 16, p. e94, 2013.
- 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.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- 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. 463–474, 2016.
- ANDREW, R.; TIGGEMANN, M.; CLARK, L. The protective role of body appreciation against media-induced body dissatisfaction. **Body Image**, v. 15, p. 98–104, 2015.

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. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

ARGYRIDES, M.; KKELI, N. Predictive factors of disordered eating and body image satisfaction in cyprus. **International Journal of Eating Disorders**, v. 48, n.4, p. 431–435 , 2015.

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. 486–497, 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.

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.

BACON, L.; APHRAMOR, L.. Weight science: Evaluating the evidence for a paradigm shift. **Clinical Nutrition: The Interface Between Metabolism, Diet, and Disease**, v. 10, n. 9, p. 335–366, 2013.

BAILEY, S.; RICCIARDELLI, L. Social comparisons, appearance related comments, contingent self-esteem and their relationships with body dissatisfaction and eating disturbance among women. **Eating behaviors**, v. 11, n. 2, p. 107-12, 2010

BARDONE-CONE, A. *et al.* Aspects of Self-Concept and Eating Disorder Recovery: What Does the Sense of Self Look Like When an Individual Recovers from an Eating Disorder?. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 29, n. 7, p. 821-846, 2010.

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.

BEAUVOIR, S. O segundo sexo: experiência vivida. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1949.

BEINTNER, I. *et al.* Eating Behaviors Promoting positive body image and intuitive eating in women with overweight and obesity via an online intervention : Results from a pilot feasibility study. **Eating Behaviors**, v. 34, n. 6, p. 10130, 2019.

BRUCE, L. J.; RICCIARDELLI, L. A. A systematic review of the psychosocial correlates of intuitive eating among adult women. **Appetite**, v. 1, n. 96, p. 454-472, 2016.

- 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. 2, p. 1–13, 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.
- BUTRYN, M. L. *et al.* Do participant, facilitator, or group factors moderate effectiveness of the Body Project? Implications for dissemination. **Behaviour Research and Therapy**, v. 61, p. 142–149, 2014.
- BUTTERS, J. W.; CASH, T. F. Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 55, n. 6, p. 889–897, 1987.
- CAFRI, G. *et al.* Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. **Clinical Psychology Review**, v. 25, n. 2, p. 215-239, 2005.
- CAMPANA, A.N.N.B. Relações entre as dimensões da imagem corporal: um estudo com homens brasileiros. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2011.
- CAMPANA, A. N. N. B.; TAVARES, M. C. G. C. F. **Avaliação da Imagem Corporal: instrumentos e diretrizes para pesquisa**. São Paulo: Phorte, 2009.
- CARDOSO, A.; OLIVEIRA, S.; FERREIRA, C. Negative and positive affect and disordered eating: The adaptive role of intuitive eating and body image flexibility. **Clinical Psychologist**, v. 24, n. 2, p. 176–185, 2020.
- CARVALHO, H. W. D. *et al.* Structural validity and reliability of the positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Evidence from a large Brazilian community sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. 2, p. 169-172, 2013.
- CARVALHO, P. H. B. Adaptação e avaliação do modelo teórico de influência dos Três Fatores de Imagem Corporal para jovens brasileiros. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.
- CARVALHO, P. H. B.; ALVARENGA, M. S.; FERREIRA, M. E. C. An etiological model of disordered eating behaviors among Brazilian women. *Appetite*, v. 116, p. 164-172, 2017.
- 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.
- 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.
- 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.
- COHEN, J. A power primer. **Psychological Bulletin**, v. 112, n. 1, p. 155-159, 1992.
- COLE RE, HORACEK T. Effectiveness of the "My Body Knows When" intuitive-eating pilot program. **American Journal of Health Behavior**, v. 34, n. 3, p. 286-97, 2010.
- CRAVEN, M. P.; FEKETE, E.M. Weight-related shame and guilt, intuitive eating, and binge eating in female college students. **Eating Behaviors**, v. 33, n. 7, 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.* Risk and maintenance factors for young women's DSM-5 eating disorders. **Archives of Women's Mental Health**, v. 20, n. 6, p. 721–731, 2017.
- DONDZILO, L. *et al.* Drive for Thinness Versus Fear of Fat: Approach and Avoidance Motivation Regarding Thin and Non-thin Images in Women. **Cognitive Therapy and Research**, v. 43, n. 3, p. 585-593, 2019.
- 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, 2016.
- DYE, H. Does Internalizing Society and Media Messages Cause Body Dissatisfaction, in Turn Causing Disordered Eating? **Journal of Evidence-Informed Social Work**, São Paulo, v. 1, n. 0, p. 1-11, 2015.
- FERNANDES, R. *et al.* Self-esteem, body image and depression in adolescents with different nutritional conditions. **Revista de Salud Pública**, v. 19 n. 1, p. 66-72, 2017.
- FERREIRA, M. E. C. *et al.* Imagem Corporal: Contexto Histórico e Atual. In: FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F. F. R. (org.). **Imagem corporal: Reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014, p. 15-47.
- FESTINGER, L. A theory of social comparison processes. **Human Relations**, v. 7, n. 2, p. 117-140, 1954.
- 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
- reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014.

FISHER, S. The evolution of psychological concepts about the body. In Cash, T. & Pruzinsky, T (Eds.). **Body images**. New York: The Guilford Press, 1990.

FITZSIMMONS-CRAFT, E. *et al.* Mediators of the relationship between thin-ideal internalization and body dissatisfaction in the natural environment. **Body image**, v. 18, n. 7, p. 113-122, 2016.

FORTES L. S. *et al.* Influência da insatisfação corporal direcionada à magreza na restrição alimentar e nos sintomas bulímicos: uma investigação prospectiva com jovens nadadoras. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 40, n. 3, 2018, p. 242-247, 2015.

FREDRICKSON, B. L.; LOSADA, M. F. Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. **American Psychologist**, v. 60, n. 7, p. 678–686, 2005.

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.

GALINHA, I. C.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - estudo psicométrico. **Análise Psicológica**, v. 23, n. 2, p. 219-227, 2005.

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

GARNER, D. M. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. **Psychological medicine**, v. 12, n. 4, p. 871-878, 1982.

GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. Body Image in anorexia nervosa: measurement theory and clinical implications. **International Journal Psychiatry in Medicine**, v. 11, n. 3, p. 263-284, 1981.

GIACOMONI, C. H; HUTZ, C.S. Positive and Negative Affect Schedule for children: development and validation studies. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 10, n. 2, p. 235-245, 2006.

GILLEN, M. M. Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. **Body Image**, v. 13, p. 67–74, 2015.

GORDON, R. An operational classification of disease prevention. In: STEINBERG, J.; SILVERMAN, M. (eds.). **Preventing Mental Disorders: A Research Perspective**. Rockville: 57 US Department of Health and Human Services, National Institute of Mental Health, 1987. p. 20-26.

GREIF, R.; BECKER, C.B.; HILDEBRANDT, T. Reducing eating disorder risk factors: A pilot effectiveness trial of a train-the-trainer approach to dissemination and implementation. **International Journal of Eating Disorders**, v. 48, n. 8, p. 1122–1131, 2015.

GREVEN, S.; KNEIB, T. On the behavior of marginal and conditional Akaike information criteria in linear mixed models. **Biometrika**, v. 97, n. 4, p. 773-789, 2010.

GROGAN, S. Promoting Positive Body Image in Males and Females: Contemporary Issues and Future Directions. **Sex Roles**, v. 63, n. 9-10, p. 757-765, 2010.

GROWER, P.; WARD, L. Monique; TREKELS, Jolien. Expanding Models Testing Media Contributions to Self-Sexualization. **SAGE Open**, v. 9, n. 2, p. 1-14, 2019.

GUERDJIKOVA, A. I. *et al.* Update on Binge Eating Disorder. **Medical Clinics of North America**, v. 103, n. 4, p. 669-680, 2019.

HAY, P. J.; TOUYZ, S.; SUD, R. Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: A review. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 46, n. 12, p. 1136-1144, 2012.

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, p. 287-294, 2020.

HELFERT, S.; WARSCHBURGER, P. The impact of peer and parental pressure on body dissatisfaction in adolescent boys and girls. **Body image**, v. 8, n. 2, p. 101-9, 2011.

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.

HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revision of the Adaptation, Validation, and Normatization of the Rosenberg Self-Esteem Scale. **Avaliação Psicológica**, v. 10, n. 1, p. 41-49, 2011.

HUDSON, T. A. Avaliação da eficácia do programa “o corpo em questão” em jovens adultas: um ensaio clínico controlado e randomizado. 2018. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018.

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.

JACOBI, C.; ABASCAL, L.; TAYLOR, C. B. Screening for eating disorders and highrisk behavior: caution. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 36, n. 3, p. 280-95, 2004.

JENKINS, P. E. *et al.* Eating disorders and quality of life: A review of the literature. **Clinical Psychology Review**, v. 31, n. 1, p. 113-121, 2011.

KABAT-ZINN, J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 10, n. 2, p. 144-156, 2003.

KOLLER, K. A. *et al.* Body appreciation and intuitive eating in eating disorder recovery. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 8, p. 1261-1269, 2020.

- KROON VAN DIEST, A.M.; PEREZ, M. Exploring the integration of thin-ideal internalization and self-objectification in the prevention of eating disorders. **Body Image**, v. 10, n. 1, p. 16–25, 2013.
- LAURENT, J. et al. A measure of positive and negative affect for children: Scale development and preliminary validation. **Psychological Assessment**, v. 11, n. 3, p. 326-338, 1999.
- LAUS, M. F. *et al.* Geographic location, sex and nutritional status play an important role in body image concerns among Brazilian adolescents. **Journal of Health Psychology**, v. 18, n. 3, p. 311-312, 2012.
- LAUS, M. F. *et al.* Geographic location, sex and nutritional status play an important role in body image concerns among Brazilian adolescents. **Journal of Health Psychology**, v. 18, n. 3, p. 311-312, 2012.
- 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.
- LEAL, G.V. S.; PHILIPPI, S.T.; ALVARENGA, M.S. Unhealthy weight control behaviors, disordered eating, and body image dissatisfaction in adolescents from São Paulo, Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 3, p. 264–270, 2020.
- LEARY, M. R. et al. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 92, n. 5, p. 887-904, 2007.
- LEAVELL, S.; CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- LEVINE, M. P. Prevention of eating disorders: 2019 in review. **Eating Disorders**, v. 28, n. 1, p. 6–20, 2020.
- LIM, S. A.; YOU, S. Effects of Self-Esteem and Depression on Abnormal Eating Behavior among Korean Female College Students: Mediating Role of Body Dissatisfaction. **Journal of Child and Family Studies**, v. 26, n. 1, p. 176–182, 2017.
- LINARDON, J.; MITCHELL, S. Rigid dietary control, flexible dietary control, and intuitive eating: Evidence for their differential relationship to disordered eating and body image concerns. **Eating Behaviors**, v. 26, n.8, p.16–22, 2017.
- 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.
- MARTINS, C. R.; PETROSKI, E. L. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino de uma cidade de pequeno porte: prevalência e correlações. **Motricidade**, v. 11, n. 2, p. 94-106 2015.
- MARTINS, C. R.; PETROSKI, E. L. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino de uma cidade de pequeno porte: prevalência e correlações. **Motricidade**, v. 11, n. 2, p. 94-106, 2015.

- MCCABE, M. P. *et al.* Accuracy of body size estimation: Role of biopsychosocial variables. **Body Image**, v. 3, n. 2, p. 163–171, 2006.
- 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. *et al.* Internalization of Appearance Ideals and Cosmetic Surgery Attitudes: A Test of the Tripartite Influence Model of Body Image. **Sex Roles**, v. 65, n. 78, 469-477, 2011.
- MIRANDA, V. P. N. *et al.* Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 1, p. 25-32, 2012.
- MORGADO, F. R. *et al.* Scale development: Ten main limitations and recommendations to improve future research practices. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 30, n. 1, p. 1–20, 2017.
- MRAZEK, P. J.; HAGGERTY, R. J. (eds.). **Reducing risks for mental disorders: Frontiers for prevention intervention research** (Report of the Institute of Medicine's Committee on Prevention of Mental Disorders). Washington: National Academy Press, 1994.
- MURRAY, K.; RIEGER, E.; BYRNE, D. Body image predictors of depressive symptoms in adolescence. **Journal of Adolescence**, v. 69, n. 8, p. 130–139, 2018.
- NG, S. K.; BARRON, D.; SWAMI, V. Factor structure and psychometric properties of the body appreciation Scale among adults in Hong Kong. **Body Image** v. 13, p. 1–8, 2015.
- NUNES, M. A. *et al.* The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 38, n. 11, p. 1655-1662, 2005.
- OSWALD, A.; CHAPMAN, J.; WILSON, C. Do interoceptive awareness and interoceptive responsiveness mediate the relationship between body appreciation and intuitive eating in young women? **Appetite**, v. 109, p. 66–72, 2017.
- PETERSON C. *A Primer in Positive Psychology*. New York: Oxford University Press, 2006.
- ROUNSEFELL, K. *et al.* Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. **Nutrition and Dietetics**, v. 77, n. 1, p. 19–40, 2020.
- RODGERS, R.; CABROL, H.; PAXTON, S. J. An exploration of the tripartite influence model of body dissatisfaction and disordered eating among Australian and French college women. **Body Image**, London, v. 8, n. 1, p. 208-215, 2011.
- ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press. 1965.
- RUFINO, K. A. *et al.* Body dissatisfaction and suicidal ideation among psychiatric inpatients with eating disorders. **Comprehensive Psychiatry**, v. 84, n. 7, p. 22–25, 2018.

SANDÍN, B. et al. The PANAS scales of positive and negative affect: factor analytic validation and cross-cultural convergence. **Psicothema**, v. 11, n. 1, p. 37-51, 1999.

SCHAFER, J. L.; GRAHAM, J. W. Missing data: our view of the state of the art. **Psychological Methods**, v. 7, n. 2, p. 147-177, 2002.

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

SCHULZ, K. F.; ALTMAN, D. G.; MOHER, D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **BMC Medicine**, v. 8, n. 1, p. 1-9, 2010.

SELIGMAN, M. E.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology. An introduction. **The American psychologist**, v. 55, n. 1, p. 5-14, 2000.

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-, 2011.

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 - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, 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.

SHAW, H.; STICE, E. The implementation of evidence-based eating disorder prevention programs. **Eating Disorders**, v. 24, n. 1, p. 71-78, 2016.

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**, p. 104817, 2020.

SPRINGER, E. A. *et al.* Effects of a body image curriculum for college students on improved body image. **International Journal of Eating Disorders** v. 26, n. 1, p. 13-20, 1999.

STICE, E. A review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. **Clinical Psychological Review**, Tarrytown, v. 14, n. 7, p. 633-661, 1994.

STICE, E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 128, n. 5, p. 825-848, 2002.

STICE, E. *et al.* A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. **International Journal of Eating Disorders**, v. 29, n. 3, p. 247-62, Apr. 2001.

STICE, E. *et al.* An effectiveness trial of a new enhanced dissonance eating disorder

prevention program among female college students. **Behaviour Research and Therapy**, v. 51, n. 12, p. 862–871, 2013.

STICE, E. *et al.* Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: A randomized efficacy trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 74, n. 2, p. 263–275, 2006.

STICE, E. *et al.* Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. **International Journal of Eating Disorders** v. 27, n. 2, p. 206–217, 2000.

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. *et al.* Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 126, n. 1, p. 38–51, 2017.

STICE, E.; DESJARDINS, C. D. Interactions between risk factors in the prediction of onset of eating disorders: Exploratory hypothesis generating analyses. **Behaviour Research and Therapy**, v. 105, n. 1, p. 52–62, 2018.

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.; MARTI, C. N.; DURANT, S. Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. **Behaviour Research and Therapy**, v. 49, n. 10, p. 622–627, 2011.

STICE, E.; NATHAN, M.C.; ROHDE, P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 122, n. 2, p. 445–457, 2013.

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 of Clinical Psychology**, v. 3, p. 207–231, 2007.

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.

SWAMI, V. *et al.* Bodies in nature: Associations between exposure to nature, connectedness to nature, and body image in U.S. adults. **Body Image**, v. 18, n. 9, p. 153–161, 2016.

SWANSON, S. *et al.* Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results

from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. **Archives of General Psychiatry**, v. 7, n. 68, p. 714-723, 2011.

THOMPSON, J. K. *et al.* **Exacting beauty**: Theory, assessment and treatment of body image disturbance. Washington: APA, 1999.

TYLKA, T. L. **Body positive**: Understanding and improving body image in science and practice, Cambridge University Press, 2018.

TYLKA, T. L.; CALOGERO, R. M.; DANÍELSDÓTTIR, S. Intuitive eating is connected to self-reported weight stability in community women and men. **Eating Disorders**, v. 28, n. 3, p. 256-264, 2020.

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. Oxford University Press, New York, NY, 2019.

TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. L. The body appreciation scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. **Body Image**, v. 12, n. 1, p. 53–67, 2015a.

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, 2015b.

UCHÔA, F. N. M. *et al.* Influence of body dissatisfaction on the self-esteem of brazilian adolescents: A cross-sectional study. **International Journal of Environmental Research, and Public Health**, v. 17, n. 10, p. 1–11, 2020.

VALE, A. M. O.; KERR, L. R. S.; BOSI, M. L. M. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 121-132, 2011.

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 Researchy**, Amsterdam, v. 53, n. 5, p. 1.007-1.020, 2002.

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, D. **Positive affectivity**: the disposition to experience pleasurable emotional states. In: SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J.(eds.). **Handbook of positive psychology**. New York: Oxford University Press, 2005. p. 106-119.

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.

WEBB, J.B.; HARDIN, A. S. An integrative affect regulation process model of internalized

weight bias and intuitive eating in college women. **Appetite**, v. 102, n. 7, p. 60–69, 2016.

WILSON, R. E. *et al.* Brief non-dieting intervention increases intuitive eating and reduces dieting intention, body image dissatisfaction, and anti-fat attitudes: A randomized controlled trial. **Appetite**, v. 148, n. 5, p. 104556, 2020.

WOOD-BARCALOW, N. L.; TYLKA, T.L.; AUGUSTUS-HORVATH, C. L. "But I Like My Body": Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. **Body Image**, v. 7, n. 2, p. 106-16, 2010.

WOOD, A. M.; FROH, J.J.; GERAGHTY, A.W. A. Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. **Clinical Psychology Review**, v. 30, n. 7, p. 890–905 , 2010

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção preventiva na redução de fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares e sua eficácia no aumento da alimentação intuitiva, apreciação corporal e autoestima em jovens adultas: um ensaio clínico controlado randomizado

Pesquisador: Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18966019.5.0000.5147

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.531.310

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Identificação dos riscos e as possibilidades de desconfortos e benefícios esperados, estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

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.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO A (continua) – Parecer do Comitê de Ética



Continuação do Parecer 3.021.010.

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 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 CPEs. 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.

Recomendações:

Sugere-se nos critérios de inclusão, retirar a seguinte frase "que após a explicação dos objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como leitura do TCLE, optem pela participação voluntária no estudo"; nos de exclusão: "Serão ainda excluídas aquelas que porventura solicitem encerramento de sua participação, por intermédio de manifestação expressa, livre esclarecida, e ainda aquelas que solicitarem expressamente a não utilização de seus dados".

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 Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa dezembro de 2021.

Endereço:	JOSE LOURENCO KILMER S/N		
Bairro:	SÃO PEDRO	CEP:	36.036-900
UF:	MG	Município:	JUIZ DE FORA
Telefone:	(32)2102-3788	Fax:	(32)1102-3788
E-mail:	cep.pesquisa@ufjf.edu.br		

ANEXO A (continua) – Parecer do Comitê de Ética



Continuação do Parecer: 2.031.310

Considerações Finais a critério do CEP:

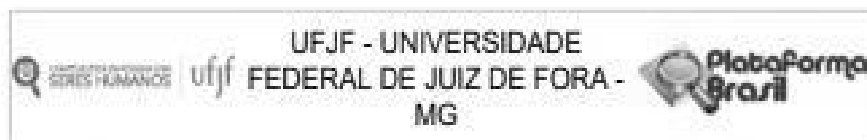
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio 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_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1401979.pdf	09/08/2019 10:05:48		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinfraestrutura.pdf	09/08/2019 10:05:33	Pedro Henrique Barbert de Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	folhadarosto.pdf	08/08/2019 11:52:27	Pedro Henrique Barbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_J.pdf	23/07/2019 17:00:58	Pedro Henrique Barbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_I.pdf	23/07/2019 17:00:47	Pedro Henrique Barbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_H.pdf	23/07/2019 17:00:35	Pedro Henrique Barbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_G.pdf	23/07/2019 17:00:24	Pedro Henrique Barbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_F.pdf	23/07/2019 16:59:06	Pedro Henrique Barbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_E.pdf	23/07/2019 16:58:54	Pedro Henrique Barbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_D.pdf	23/07/2019 16:58:42	Pedro Henrique Barbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_C.pdf	23/07/2019 16:58:29	Pedro Henrique Barbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_B.pdf	23/07/2019 16:57:26	Pedro Henrique Barbert de Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO_A_TCLE.pdf	23/07/2019 16:56:39	Pedro Henrique Barbert de Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto_Detalhado_Thaina_Richelli	23/07/2019	Pedro Henrique	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3766 Fax: (32)1102-3766 E-mail: cep.propres@ufjf.edu.br

ANEXO A (continua) – Parecer do Comitê de Ética



Continuação do Parecer: 33313.pdf

/ Brochura Investigador	pdf	18:58:28	Barbent de Carvalho	Aceito
----------------------------	-----	----------	---------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 26 de Agosto de 2019

Assinado por:
Jubal Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N			
Bairro: SAO PEDRO		CEP: 36.030-600	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA		
Telefone: (32) 2102-3788	Fax: (32) 2102-3788	E-mail: cep.proposico@ufjf.edu.br	

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntária da pesquisa "Intervenção preventiva na redução de fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares e sua eficácia no aumento da alimentação intuitiva, apreciação corporal e autoestima em jovens adultas: um ensaio clínico controlado randomizado". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é o fato de que intervenções desse seguimento se mostram como potencial na prevenção de transtornos alimentares, bem como aumento da apreciação corporal, autoestima e alimentação mais intuitiva, fatores que estão forte e diretamente relacionados com a saúde e qualidade de vida da população. Neste estudo pretendemos avaliar a eficácia de uma intervenção preventiva na redução dos fatores de risco para os transtornos alimentares (distúrbios de imagem corporal, internalização dos ideais de corpo, comportamentos de risco para transtornos alimentares), assim como verificar sua eficácia na promoção da alimentação mais intuitiva (comer intuitivo), apreciação corporal e autoestima em jovens adultas brasileiras.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: pedir que responda alguns questionários e se for de seu desejo, participar de quatro sessões do programa de intervenção que tem como atividades, discutir sobre o ideal feminino propagado pela mídia, tentando entender a origem e perpetuação desse ideal. Vamos ainda debater os custos em perseguir esse ideal e propor que escreva um e-mail, bem como pediremos que faça um autorrelato após uma breve exposição ao espelho. Você será convidada a realizar uma simples dramatização para desencorajar a busca pelo ideal corporal, além de ser incentivada a pensar em maneiras para resistir à pressão de perseguir o "ideal cultural", planejando formas futuras de resistir a essas pressões. Além disso, questões relacionadas a alimentação serão discutidas, de modo a criar senso crítico relacionado a práticas restritivas, de culpabilização às escolhas alimentares e a comportamentos negativos de forma geral a alimentação. Juntas teremos discussões com outros participantes a fim de desafiar declarações negativas sobre o próprio corpo e o do outro.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: riscos mínimos como responder questionários e participar de discussões em grupo, ou seja, riscos de atividades cotidianas. Contudo, por se tratar de discussões relacionadas ao corpo você pode sentir desconforto ou mal-estar ao responder as perguntas ou participar das discussões. Assim, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, os pesquisadores (especialistas em imagem corporal), que receberam treinamento técnico especializado para condução das atividades, fornecerão todo suporte necessário. 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 de imagem corporal no País, além de diminuir os riscos de adquirir comportamentos orientados a problemas de saúde como distúrbios de imagem corporal, transtornos alimentares, assim como auxiliar outras pessoas que poderão se beneficiar do programa no futuro.

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 fizemos 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 Nº 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: (35) 99114-3073 E-mail: pedro.berbert@ufjf.edu.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO C - Questionário sociodemográfico

Você possui diagnóstico de transtorno mental ou transtorno alimentar? Se sim, Qual?

1. Nome: _____

2. Idade: _____ anos.

3. Você é estudante do ensino superior?

Não.

Sim.

Qual curso? _____

Período do curso? _____

4. Qual a sua massa corporal (peso corporal)? _____ quilogramas (kg).

5. Qual a sua altura? _____ metros.

6. Você pratica atividade física?

Não.

Sim. Qual(is)? _____

Quanto tempo de atividade física você pratica na semana? _____ (total em minutos)

Com que frequência (vezes na semana)? _____ vezes.

Há quanto tempo (em meses)? _____ meses.

Com qual(is) objetivo(s)? _____

7. Faz uso de suplementos alimentares?

Não

Sim.

Qual(is)? _____

Há quanto tempo utiliza? _____

Foi orientada a utilizar o suplemento por algum profissional? _____

Com qual(is) objetivo(s)? _____

8. Faz uso de esteroides anabólicos?

Não.

Sim.

Qual(is)? _____

Há quanto tempo utiliza? _____

Foi orientada a utilizar a substância por algum profissional? _____

Com qual(is) objetivo(s)? _____

9. Em uma escala de 1 a 10, o quanto diria que está satisfeita com o seu corpo como um todo?
_____ (informe somente um número de 1 a 10)

10. Em uma escala de 1 a 10, o quanto diria que está satisfeita com a quantidade de gordura em seu corpo?
_____ (informe somente um número de 1 a 10)

11. Em uma escala de 1 a 10, o quanto diria que está satisfeita com a quantidade de músculos em seu corpo?
_____ (informe somente um número de 1 a 10)

12. 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. Vamos começar? No domicílio tem?

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	1	2	3	+4
1) Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					

2) Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
3) Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
4) Quantidade de banheiros					
5) DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
6) DVD de automóvel					
7) Quantidade de geladeiras					
8) Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
9) Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
10) Quantidade de lavadora de louças					
11) Quantidade de fornos de micro-ondas					
12) Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
13) Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					
A água utilizada neste domicílio é proveniente de?					
1	Rede geral de distribuição				
2	Poço ou nascente				
3	Outro meio				
Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:					
1	Asfaltada/Pavimentada				
2	Terra/Cascalho				

13. Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Marque aqui	Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
()	Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário incompleto
()	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário completo/Ginásio incompleto
()	Fundamental completo / Médio incompleto	Ginásio completo / Colegial incompleto
()	Médio completo / Superior incompleto	Colegial completo / Superior incompleto
()	Superior completo	Superior completo

**ANEXO D - Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire -4R – Female
(SATAQ-4R-F)**

<p align="center">Leia com atenção cada um dos itens a seguir e indique o número que melhor reflete o quanto você concorda com a afirmação.</p>	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
1- É importante, para mim, parecer musculosa					
2- É importante, para mim, parecer bem nas roupas que eu uso					
3- Eu quero que meu corpo pareça bem magro					
4- Eu penso muito em parecer musculosa					
5- Eu penso muito na minha aparência					
6- Eu penso muito em parecer magra					
7- Eu quero ter boa aparência					
8- Eu quero que meu corpo pareça musculoso					
9- Eu NÃO penso muito na minha aparência					
10- Eu NÃO quero que meu corpo pareça musculoso					
11- Eu quero que meu corpo pareça bem esbelto (magro/com pouca gordura corporal)					
12- É importante, para mim, ser atraente					
13- Eu penso muito em ter pouquíssima gordura corporal					
14- Eu NÃO penso muito na minha imagem					
15- Eu gostaria de ter um corpo que parecesse bem musculoso					

ANEXO E- *Eating Attitudes Test – 26 (EAT-26)*

Por favor responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1. Fico apavorado(a) com a ideia de estar engordando.						
2. Evito comer quando estou com fome.						
3. Sinto-me preocupado(a) com os alimentos.						
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinto(a) que não sou capaz de parar.						
5. Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.						
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que como.						
7. Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batata).						
8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.						
9. Vomito depois de comer.						
10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer.						
11. Preocupo-me com o desejo de ser mais magro(a).						
12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.						
13. As pessoas me acham muito magro(a).						
14. Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo.						
15. Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.						
16. Evito comer alimentos que contenham açúcar.						
17. Costumo comer alimentos dietéticos.						
18. Sinto que os alimentos controlam a minha vida.						
19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos.						
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.						
21. Passo muito tempo pensando em comer.						
22. Sinto desconforto após comer doces.						
23. Faço regimes para emagrecer.						
24. Gosto de sentir meu estômago vazio.						
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.						
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições.						

ANEXO F – *Body Shape Questionnaire* – 8 (BSQ-8)

Responda às questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas 4 semanas, usando a legenda:	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
5. Você anda preocupada (o) achando que seu corpo não é firme o suficiente?						
11. Você já se sentiu gorda (o) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento?						
15. Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com sua forma física?						
20. Você sente vergonha de seu corpo?						
21. A preocupação frente à sua forma física a (o) leva a fazer dieta?						
22. Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio (por exemplo, pela manhã)?						
25. Você acha injusto que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magras que você?						
28. Você se preocupa com o fato de estar ficando cheia (o) de “dobras” ou “banhas”?						

ANEXO G - Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada em que medida sentiu cada uma das emoções na última semana:	Muito pouco ou nada (1)	Um pouco (2)	Moderadamente (3)	Muito (4)	Excessivamente (5)
1) Ativo					
2) Alerta					
3) Atento					
4) Determinado					
5) Entusiasmado					
6) Empolgado					
7) Inspirado					
8) Interessado					
9) Forte					
10) Com medo					
11) Envergonhado					
12) Aflito					
13) Culpado					
14) Hostil					
15) Irritável					
16) Inquieto					
17) Nervoso					
18) Apavorado					
19) Chateado					

ANEXO H - Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

Leia cada frase com atenção e faça um X na opção mais adequada:	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.				
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.				
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.				
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.				
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.				
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.				
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.				
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.				
9. Às vezes eu me sinto inútil.				
10. Às vezes eu acho que não presto para nada.				

ANEXO I - *Intuitive Eating Scale – 2 (IES-2)*

Marque a resposta que melhor caracteriza suas atitudes ou comportamentos	Discordo Totalmente (1)	Discordo (2)	Neutro (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
1 - Eu tento evitar comidas ricas em gordura, carboidratos ou calorias					
2- Eu como quando estou emotivo (a) (por exemplo: ansioso (a), deprimido (a), triste), mesmo não estando com fome					
3- Se eu estiver com vontade de comer um certo tipo de comida, eu me permito comer					
4- Eu fico triste comigo mesmo (a) se como algo que não é saudável					
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					
9- Eu tenho „comidas proibidas” que não me permito 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					
12- Eu consigo lidar com minhas emoções negativas (ansiedade, tristeza) sem ter que usar a comida como uma forma de conforto					
13- Quando eu estou entediado (a), eu NÃO como alguma coisa só por comer					
14- Quando eu me sinto sozinho (a), eu NÃO como uma forma de conforto					
15- Eu descobri outras formas, diferentes de comer, para lidar com o estresse e a ansiedade					
16- Eu me permito comer a comida que eu tenho vontade naquele momento					
17- Eu NÃO sigo dietas ou regras que definem o que, onde e o quanto eu devo comer					
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					
21- Eu confio na minha fome para me dizer quando comer					
22- Eu confio na minha sensação de saciedade para me dizer quando devo parar de comer					
23- Eu confio no meu corpo para me dizer quando devo parar de comer					

ANEXO J - *Body Appreciation Scale – 2 (BAS-2)*

Leia cada frase com atenção e faça um X na opção mais adequada:	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.				
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.				
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.				
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.				
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.				
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.				
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.				
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.				
9. Às vezes eu me sinto inútil.				
10. Às vezes eu acho que não presto para nada.				

ANEXO K - Declaração de infraestrutura**DECLARAÇÃO**

Eu **Ângelo Márcio Leite Denadai**, na qualidade de responsável (Diretor) pelo Instituto de Ciências da Vida da Universidade Federal de Juiz de Fora (Campus Governador Valadares), autorizo a realização da pesquisa intitulada "Intervenção preventiva na redução de fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares e sua eficácia no aumento da alimentação intuitiva, apreciação corporal e autoestima em jovens adultas: um ensaio clínico controlado randomizado" a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador **Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho**; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Governador Valadares, 09 de agosto de 2019.



Prof. Dr. Ângelo Márcio Leite Denadai
Diretor
Instituto de Ciências da Vida
UFJF/SV - Selo: 1565009

Prof. Dr. Ângelo Márcio Leite Denadai
Diretor do Instituto de Ciências da Vida

Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares

ANEXO L - Aprovação no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC)

Approved Submission - RBR-2f57cs

You forwarded this message on Tue 6/2/2020 8:53 AM

Translate message to: English | Never translate from: Portuguese (Brazil)

R **registrorobec@gmail.com**
Mon 6/1/2020 3:55 PM
To: You; rebec@icict.fiocruz.br; dtostes@gmail.com

Url do registro(trial url):<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-2f57cs/>
Numero de Registro (Register Number):RBR-2f57cs

Prezado Registrante,

Temos o prazer de informar que seu estudo foi publicado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (**ReBEC**).

Agradecemos por seu registro e colaboração e, desde já, nos colocamos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir, seja em caso de atualização do registro ou, até mesmo, uma nova submissão.

Por favor, não hesite em contactar-nos.

Cordialmente,

ReBEC Staff - ReBEC/ICICT/LIS
Av. Brasil 4036 - Maré - sala 807
Rio de Janeiro RJ CEP: 21040-360
Tel: +55(21)3882-9227

Você gosta do que você vê no espelho?

Mulheres de 18 a 30 anos estão sendo convidadas para um programa que visa promover a aceitação corporal.

O Programa "O Corpo em Questão" consiste em 4 encontros semanais, com 1 hora de duração cada um.

Sinta-se bem com seu corpo!



Caso tenha interesse e para mais informações,
entre em contato:

Thainá Richelli O. Resende
WhatsApp: (33) 9 9988-2565
E-mail: thaina.richelli@gmail.com

APÊNDICE B – Formulário de disponibilidade



Você gosta do que você vê no espelho?

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que pretende promover a aceitação corporal, ajudando meninas a se sentirem melhor com seu corpo.

Consiste em quatro encontros semanais, com 1 hora de duração, e a resposta a alguns questionários.

Isso é só um levantamento!

Os encontros serão apenas uma vez por semana!

Seja feliz com seu corpo!

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: _____