

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

**AVALIAÇÃO DO COMER INTUITIVO E SUAS INTER-
RELAÇÕES EM UM GRUPO DE MULHERES QUE NÃO
TIVERAM ADEÇÃO NOS PROGRAMAS DIETÉTICOS
RESTRITIVOS PARA EMAGRECIMENTO**

Autores: Amanda da Fonte Souto
Albuquerque
Bruna Albuquerque de Freitas
Orientador: Lígia Pereira da Silva
Barros

Recife
2019

Amanda da Fonte Souto Albuquerque
Bruna Albuquerque de Freitas

**AVALIAÇÃO DO COMER INTUITIVO E SUAS INTER-
RELAÇÕES EM UM GRUPO DE MULHERES QUE NÃO
TIVERAM ADESÃO NOS PROGRAMAS DIETÉTICOS
RESTRITIVOS PARA EMAGRECIMENTO**

Projeto de pesquisa apresentado
ao Programa de Graduação em
Nutrição para o Programa de
Iniciação Científica-PIC e
Trabalho de Conclusão de Curso-
TCC

Recife
2019

Amanda da Fonte Souto Albuquerque

Bruna Albuquerque de Freitas

**AVALIAÇÃO DO COMER INTUITIVO E SUAS INTER-
RELAÇÕES EM UM GRUPO DE MULHERES QUE NÃO
TIVERAM ADEÇÃO NOS PROGRAMAS DIETÉTICOS
RESTRITIVOS PARA EMAGRECIMENTO**

Projeto de pesquisa apresentado
ao Programa de Graduação em
Nutrição para o Programa de
Iniciação Científica-PIC e
Trabalho de Conclusão de Curso-
TCC

Recife, ____ de Setembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Sydia Darcila Cavalcanti Machado
Mestre

Alyne Cristine Souza da Silva
Mestre

Renata Teti Tibúrcio Maia
Mestre

IDENTIFICAÇÃO

ACADÊMICA:

Amanda da Fonte Souto Albuquerque

Estudante do curso Nutrição da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS;

Telefone: (81) 9.9737-3723

E-mail: amandadafonte@hotmail.com

ORIENTADORA:

Lígia Pereira da Silva Barros

Pós-Graduada em Nutrição Clínica pelo programa de Residência Uniprofissional na SES-PE/IMIP

Mestranda em Psicologia da Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS

Supervisora da Vivência da Prática de Nutrição na Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS

Tutora do laboratório de Técnica Dietética na Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS

Nutricionista do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP

Telefone: (81) 9.9987-0713

E-mail: ligia_nutricionista13@hotmail.com

COLABORADORA:

Bruna Albuquerque de Freitas

Estudante do curso Nutrição da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS;

Telefone: (81) 9.8878-8486

E-mail: bruna2605freitas@gmail.com

Local de realização do trabalho: Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861 – Imbiribeira, Recife-PE

Fone: 3035-7777

RESUMO

Introdução: Estudos indicam que mulheres apresentam-se mais suscetíveis a prática de dietas para emagrecimento e conseqüentemente comportamentos alimentares que comprometem a sua saúde física e emocional. Diante dessa perspectiva, o comer intuitivo surgiu como estratégia para uma alimentação mais adaptativa, com enfoque em capacitar o indivíduo a se conectar e compreender os sinais internos de fome e saciedade, assim modificando a relação com a comida de dentro para fora. **Objetivo:** Avaliar as inter-relações entre alimentação intuitiva, apreciação corporal, IMC e comportamentos alimentares restritivos em grupo de mulheres adulto jovem. **Métodos:** A pesquisa foi um estudo transversal de abordagem quantitativa, com aplicação de quatro tipos distintos de questionários, realizado apenas com mulheres (20 a 40 anos) que apresentam um histórico de dietas restritivas para emagrecimento. Os dados foram coletados a partir do preenchimento dos seguintes instrumentos: Formulário previamente estruturado, The Body Appreciation Scale-2 (BAS-2), Flexible Control (FC12), Rigid Control (RC16) e Intuitive Eating Scale (IES-2) traduzidas para o português. **Resultados:** os achados revelaram que a alimentação intuitiva foi relacionada no sentido positivo com a apreciação corporal, mostrando que quanto maior a apreciação corporal, maiores seriam a permissão incondicional para comer, confiança nos sinais de fome e saciedade e congruência corpo-comida. Em contrapartida, revelou-se que o comer flexível foi positivamente associado com o comer rígido. **Conclusão:** Nossos resultados permitem concluir que a alimentação intuitiva é benéfica para uma apreciação corporal positiva e que quanto mais cedo indivíduos se submetem a dietas restritivas maiores são seus IMC.

Palavras-chave: mulheres, comportamento alimentar, avaliação nutricional.

ABSTRACT

Introduction: Studies indicate that women are more susceptible to weight loss diets and consequently eating behaviors that compromise their physical and emotional health. Given this perspective, intuitive eating has emerged as a strategy for more adaptive eating, with the focus on enabling the individual to connect and understand the inner signs of hunger and satiety, thereby modifying the relationship with food from the inside out. **Objective:** The objective is to evaluate the interrelationships between intuitive eating, body appreciation, BMI and restrictive eating behaviors in young adult women. **Methods:** The research was a cross-sectional study of quantitative approach, applying four distinct types of questionnaires, conducted only with women (20 to 40 years old) who have a history of restrictive weight loss diets. Data were collected by completing the following instruments: Previously structured form, The Body Appreciation Scale-2 (BAS-2), Flexible Control (FC12), Rigid Control (RC16) e Intuitive Eating Scale (IES-2) translated to portuguese. **Results:** The findings revealed that intuitive eating was positively related to body appreciation, showing that the higher the body appreciation, the greater the unconditional permission to eat, confidence in hunger and satiety signs, and body-food congruence. In contrast, flexible eating was found to be positively associated with hard eating. **Conclusion:** Our results allow us to conclude that intuitive eating is beneficial for positive body appreciation and that the sooner individuals undergo restrictive diets the higher their BMI.

Key words: women, eating behavior, nutritional assessment

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	1
II. MÉTODOS.....	4
2.1. Amostra.....	4
2.2. Instrumentos.....	4
2.4. Procedimentos.....	6
2.4. Análise estatística.....	6
III. RESULTADOS.....	7
IV. DISCUSSÃO.....	9
V. CONCLUSÃO.....	12
VI. CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS.....	13
VII. CONFLITOS DE INTERESSE.....	14
VIII. AGRADECIMENTOS.....	15
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
Apêndice A. Lista de checagem.....	19
Apêndice B. Termo de consentimento livre esclarecido.....	20
Apêndice C. Instrumento de coleta de dados.....	23
Anexo 1. Intuitive eating scale-2.....	25
Anexo 2. The Body Appreciation Scale-2.....	28
Anexo 3. Controle flexível.....	29
Anexo 4. Controle rígido.....	30
Anexo 5. Normas de submissão à revista Jornal Brasileiro de Psiquiatria (JBP).....	32

I. INTRODUÇÃO

O hábito alimentar é determinante para uma alimentação saudável e sofre influência de fatores psicológicos, comportamentais, fisiológicos, cognitivos e sociais. Sendo o hábito, em geral inconsciente, ele se forma diante de um conjunto de comportamentos compreendidos nas escolhas alimentares e no ato de comer em si. O comportamento está relacionado ao que uma pessoa conhece e acredita sobre alimentação e nutrição e aquilo que sente sobre a comida. Fundamentado nessa perspectiva, comer “saudável” tem maior significado para os seres humanos, do que assegurar as necessidades fisiológicas e nutricionais.¹

Entretanto, é comum a alimentação “saudável” ser sinônimo de alterações auto impostas na quantidade e qualidade dos alimentos ou grupos alimentares ingeridos, assim como o uso de estratégias de contagem de calorias dos alimentos e a prática de dietas da moda para fins de perda ou controle do peso corporal.^{1,2,3} Essas autoimposições podem ser medidas por escalas que analisam o controle excessivo, uma delas seria a escala de controle rígido. Outro subtipo de restrição alimentar, considerado muitas vezes uma alternativa mais saudável é o controle flexível que se refere à regulação da alimentação sistematicamente de acordo com a ingestão de práticas alimentares anteriores com o intuito de perda ponderal ou controle de peso. Porém, estudos mostram que o controle flexível não está relacionado com bem-estar psicológico, pois mesmo sendo considerado flexível, é uma prática restritiva.^{2,4}

Mesmo com surgimento incessante de novas dietas, estratégias para o emagrecimento e o maior acesso da população às informações sobre saúde e nutrição, a obesidade é crescente no Brasil e no mundo. Isso porque grande parte desses procedimentos são pautados nas dietas com baixo teor calórico, apesar de estudos já comprovarem sua ineficácia. Rigorosamente falando, o déficit energético e as privações das dietas são interpretados fisiologicamente como uma “agressão” ao corpo, logo havendo como resposta principal mecanismos que impedem a redução de peso ou até mesmo a recuperação e ganho excessivo de peso, no qual a literatura se refere como obesidade pós-restrição.⁵

Várias respostas orgânicas podem explicar o porquê da ineficácia das dietas, desde o fato de elas não respeitarem as preferências e contexto de vida dos indivíduos, até ao fato de causarem alterações na composição corporal e no metabolismo energético, provocando ciclos de perda-ganho (weight-cycling).⁵ Uma das respostas está relacionada

com a possibilidade de dietas gerarem compulsão, pois estimulam episódios de obsessão por comida, devido a distúrbios neuroendócrinos, como variação nas concentrações de leptina, que promovem o aumento do consumo alimentar e diminuição do gasto energético.⁶ Outra resposta está relacionada à composição corporal, já que no processo de perda de peso não há distinção dos tecidos corporais a serem depletados, porém o reganho de peso ocorre exclusivamente na forma de tecido adiposo. Portanto, a prescrição de dietas, além de não promover perda de peso a longo prazo, não é suficiente para o comprometimento das pessoas, nem mudança de comportamento e pode trazer inúmeras sequelas de ordem física, clínica e psicológica.^{6,7,8}

A prática de restrições alimentares com objetivo de promover perda ponderal está significativamente associada com a preocupação com a imagem corporal.⁹ A imagem corporal é inerente a qualquer pessoa, podendo ser definida como uma percepção individual a respeito da forma, limites e movimentação do corpo que abrange pensamentos e sentimentos relativos a essa percepção.¹⁰ Pelo fato da formação da imagem corporal não ser apenas um processo neurofisiológico, mas também cognitivo e sociocultural as determinações externas de padrões de beleza e experiências relacionadas ao corpo influenciam diretamente nas atitudes das pessoas para com a imagem corporal.^{10,11} Sobretudo, entre as mulheres os padrões de beleza parecem exercer maior influência, principalmente devido ao ideal de magreza disseminado na sociedade ocidental.^{12,13,14}

Em virtude de uma tendência fisiológica do sexo feminino em acumular maior gordura corporal e ter menor metabolismo basal devido à ação do hormônio estrogênio, para algumas mulheres atingir corpo magro valorizado culturalmente é muitas vezes inatingível.¹⁵ Assim, levando à prática de dietas restritivas e comportamentos insalubres para perda de peso. Ademais, as práticas alimentares restritivas nessa população estão correlacionadas com o afastamento da apreciação corporal, que é definida como aceitação e respeito corporal sem julgamentos baseados em ideais de beleza promovidos socialmente; além de aumentar o risco para transtornos alimentares.¹²

Nesse cenário, têm surgido outras estratégias opostas às prescrições de dietas, com foco em padrões alimentares adaptáveis e positivos, que mostram-se mais eficientes, pois se adaptam não apenas às necessidades nutricionais, mas também aos aspectos psicossociais do indivíduo. Dentre elas, destaca-se o Comer Intuitivo (CI) ou *Intuitive Eating*. O CI tem como objetivo resgatar a capacidade interna de resposta aos sinais da

fome e saciedade, no qual perdemos ao longo da vida devido às regras do quanto, como e quando comer, além de incentivar as práticas do comer sem culpa e sem julgamentos, valorizando o prazer no ato de se alimentar e atendendo às necessidades físicas e não-emocionais.^{13,16,18} Nessa abordagem, o indivíduo é considerado “expert” do seu próprio corpo e agente ativo no processo de mudança comportamental. Logo, as imposições externas não são relevantes para a terapia nutricional e cabe ao nutricionista apenas auxiliar o paciente nesse processo de reconexão entre comida, mente e corpo. Diante disso, vale ressaltar que para o comer intuitivo a redução de peso não é o foco da terapia, é uma possível consequência da mudança dos hábitos alimentares, podendo ela (a redução) ocorrer ou não. O que estudos internacionais de grande significância mostram refletir positivamente na autoestima, apreciação corporal, bem-estar psicológico e prática de hábitos de vida saudáveis entre as mulheres.^{20,21}

Dada a importância indiscutível de uma alimentação saudável, as dificuldades de adesão das mulheres aos programas dietéticos restritivos e diante do cenário atual, que por falta de estudos nacionais, o comer intuitivo não é utilizado em sua plenitude no Brasil, este trabalho tem como objetivo avaliar as inter-relações entre comportamentos alimentares intuitivos, apreciação corporal, IMC e comportamentos alimentares restritivos em grupo de mulheres adulto jovem.

II. MÉTODOS

2.1. Amostra

Este estudo do tipo transversal, com abordagem quantitativa foi desenvolvido na Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife-PE. Os critérios de elegibilidade incluíam ser do sexo feminino, ter histórico de realização de dietas para emagrecimento, insatisfação corporal e estar na faixa etária de 20 a 40 anos, já que muitos estudos mostram que essa faixa de idade é a mais influenciada por fatores externos. A inclusão das participantes na pesquisa prosseguiu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Foi obtida uma amostra sequencial, não probabilística, por conveniência, constituída por universitárias. O tamanho total da amostra deste estudo foi de 52 mulheres, das quais 8 foram excluídas por relatarem diagnóstico de transtornos alimentares, 15 por não apresentarem histórico de dietas para emagrecimento, 1 por não preenchimento das escalas, 1 por não apresentar histórico de dieta e apresentar transtorno alimentar e 1 por não ter idade na faixa etária de 20 a 40 anos, obtendo-se um valor final igual a 26 indivíduos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, localizada na cidade do Recife-PE, o qual obteve consentimento legal para realização da pesquisa de acordo com os princípios éticos através do parecer de nº 2.969.204. Para condução da pesquisa, levou-se em consideração os aspectos éticos de acordo com o disposto na Resolução nº 510/16, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos. Todos os indivíduos foram informados sobre os objetivos e riscos da pesquisa e concordaram em participar dela por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.2. Instrumentos

Os dados foram coletados pelos pesquisadores por meio de formulário previamente estruturado, onde os participantes responderam itens relativos ao estilo de vida, estado nutricional e responderam as seguintes escalas: The Body Appreciation Scale-2 (BAS-2), Intuitive eating scale-2 (IES-2) e as subescalas de controle flexível e controle rígido traduzidas e adaptadas para o português.

Comer intuitivo: foi utilizada a Intuitive Eating Scale- 2 de 23 itens traduzida e validada para o português do Brasil (Anexo 1).²¹ Essa escala com adequada validade e confiabilidade, auxilia pesquisadores na avaliação da tendência dos indivíduos alimentarem-se de acordo com as seguintes dimensões: Permissão Incondicional para Comer (UPE), Comer por razões físicas, em vez de emocionais (EPR), Confiança nas dicas de fome e saciedade (RHSC), Congruência de corpo-comida (B-FCC). Os itens da IES-2 (por exemplo, “Eu confio no meu corpo para me dizer quanto comer”) são classificados em uma escala de 5 pontos variando de 1 (Discordo fortemente) a 5 (Concordo fortemente). Altos escores indicam melhores níveis de comer intuitivo.

Apreciação corporal: Usamos a The Body Appreciation Scale-2 de 10 itens, traduzida para o português (Anexo 2), com finalidade de avaliar a relação entre comer intuitivo e apreciação corporal.²² Os itens da BAS-2 foram respondidos através de uma escala Likert de 5 opções: (1)Nunca, (2)Raramente, (3) Às vezes, (4) Frequentemente, (5) Sempre. As questões têm sua pontuação calculada pela média das respostas dos participantes aos itens 1 a 10. Escores mais altos refletem maior apreciação corporal.

Controle flexível: Usamos a subescala de Controle Flexível de 12 itens para medir o controle flexível e avaliar sua relação com ingestão energética e comer intuitivo (Anexo 3).³ Os itens têm sua pontuação calculada pela soma das respostas correspondentes ao controle flexível, assim, com escores variando 0 a 12.

Controle rígido: Foi usado a subescala de 16 itens do Controle Rígido da Escala de Restrição Cognitiva para medir o controle rígido (Anexo 4).³ Cada item respondido conforme a indicação de Controle Rígido pontua um valor que serão somados para chegar a um escore total variando de 0 a 16.

Dados de condições clínicas e estilo de vida: Os participantes forneceram dados relativos a condição clínica, estilo de vida, incluindo sexo, idade, tabagismo (nunca fumante, ex-fumante ou fumante atual), consumo de bebida alcoólica, presença de doenças crônicas não transmissíveis, presença de transtorno alimentar, atividade física e história de dieta (Apêndice 3).

Avaliação do estado nutricional: Para a avaliação do estado nutricional, foi utilizado o cálculo de índice de massa corporal (IMC), por meio dos dados de peso e estatura autorreferidos pelas participantes, conforme estudos têm mostrado confiabilidade e precisão desses dados autorreferidos para identificar relações em estudos epidemiológicos.²³ A classificação foi realizada a partir dos pontos de corte preconizados

pela OMS – IMC < 18,5 kg/m² (Baixo peso); IMC 18,5 - 24,9 kg/m² (Eutrofia); IMC 25 – 29,9 kg/m² (Sobrepeso); e IMC >29,9 kg/m² (obesidade).

2.4. Procedimentos

Após a aprovação do projeto, os pesquisadores entraram em contato com coordenação e diretoria da faculdade para explicar todo o procedimento de coleta e solicitar autorização para realizar a coleta durante o período inicial ou final das aulas. Foram selecionados os dias mais adequados para a coleta, que aconteceram entre os meses de fevereiro e junho de 2019.

No dia de coleta, os pesquisadores explicaram sobre os objetivos, procedimentos da coleta e riscos da pesquisa e distribuíram o TCLE. Assim, os recrutados que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, por meio da assinatura do termo, responderam os questionários de avaliação.

2.4. Análise estatística

As informações das participantes foram distribuídas em frequências percentuais e divididas em grupos. Os dados foram tabulados no programa Excel® para Windows e a análise estatística dos dados foi realizada no software SPSS 18.0 para Windows®. Foi adotado o nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

As variáveis foram testadas quanto à normalidade utilizando o teste Kolmogorov-Smirnov e o teste Shapiro-Wilk. Algumas variáveis apresentaram-se não normais ($p < 0,05$) e utilizou-se o teste U de Mann-Whitney para verificação de diferenças destas. A utilização do teste de Mann-Whitney não demonstrou relação estatisticamente significativa entre os dados. Utilizou-se a correlação de Pearson e a correlação de Spearman para avaliação da associação entre as variáveis do estudo.

III. RESULTADOS

Foram captadas 52 mulheres para o estudo, antes das análises dos dados, as participantes que não preenchiam os critérios de elegibilidade foram descartadas da amostra, o que resulta em 26 observações disponíveis para análise (50% dos participantes). Desses 53,8% estavam na faixa etária de 20-24 anos, 11,5 % estavam na faixa etária de 25-29 anos, 11,5% estavam na faixa etária de 30-34 anos, 11,5 % estavam na faixa etária de 35-40 anos e 11,5% não referiram à idade.

Das participantes, 50% (n=13) eram eutróficos, 30,76% (n=8) estavam com sobrepeso, 3,8% (n=1), obeso grau 1, 3,8% (n=1), obeso grau 2 e 11,5% (n=3) não responderam.

Quanto ao relato da idade da primeira dieta, a média entre as participantes foi 16,42 anos, sendo predominante o início da prática de dietas entre 15-20 anos, conforme mostra na Tabela 1. Visto uma tendência de correlação inversamente proporcional entre idade da primeira dieta e IMC, sem significância estatística.

Após a contabilização das covariáveis, a alimentação intuitiva apresentou efeito direto na apreciação corporal ($p < 0,05$) e tendência de correlação negativa com IMC. Observou-se, também, que os scores atingidos na BAS-2 correlacionaram-se as subescalas da IES-2, revelando ser diretamente proporcional à confiança dos sinais de fome e saciedade ($p < 0,01$), permissão incondicional pra comer e congruência corpo-comida ($p < 0,05$). A subescala do comer por razões físicas ao invés de emocionais, por sua vez, foi negativamente associada ao score total da BAS-2, embora sem significância estatística.

Foi identificada uma sobreposição conceitual entre controle flexível e controle rígido, no qual foram relacionados diretamente ($p < 0,05$), mostrando que as variáveis desses questionários tendem a mudar linearmente. Ao associar controle flexível às demais subescalas nosso estudo verificou correlação positiva entre controle flexível e congruência corpo-comida ($p < 0,05$). Verificou-se a ocorrência de correlação positiva acima de 0,7 entre as perguntas dos questionários, porém não houve significância estatística.

Tabela 1. Idade da primeira dieta

Idade da primeira dieta	Número de participantes	Porcentagem %
Inferior a 10 anos	1	3,8
10-14 anos	6	23,1
15-20 anos	12	46,1
21-25 anos	2	7,7
Superior a 25 anos	3	11,5
Não responderam	2	7,7
Total	26 participantes	100

IV. DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou as inter-relações entre as escalas de alimentação intuitiva (IES-2), de apreciação corporal (BAS-2), de Controle Flexível e Controle rígido em grupo de mulheres com idade de 20 a 40 anos.

Tendo em vista os resultados de pesquisas anteriores associados aos comportamentos alimentares restritivos para emagrecimento, ganho de peso subsequente e relações inversas com apreciação corporal, ambos prevalente, sobretudo, entre a população feminina. A alimentação intuitiva, por sua vez, tem ganhado popularidade na comunidade científica e prática clínica como alternativa à prática de dietas por refletir na melhora da autoestima e prática de hábitos de vida saudáveis, além de ser considerado fator protetor de distúrbios alimentares, como, compulsão alimentar.^{13, 16,21}

Foi observado, entre a amostra, que a predominância do início das práticas de dietas para emagrecimento foi entre 15 e 20 anos de idade, e embora não tenham sido estudados nessa pesquisa os fatores causais da prática de dietas, esse desfecho poderia estar associado com a percepção errônea do peso e emagrecimento que demonstram serem altamente prevalentes na adolescência, como presumiu Cuypers et al. em estudo realizado na Noruega que acompanhou adolescentes eutróficos por 11 anos.¹⁴ Considerando esse período um estágio da vida em que os comportamentos de risco podem ser estabelecidos e, em longo prazo, gerar comprometimento da saúde física e mental, nossos resultados sugerem, ainda, que o IMC correlacionou-se negativamente com a idade da primeira dieta. Esse efeito pode ser justificado pela propensão de pessoas que se submetem a dietas restritivas ganharem mais peso do que foi perdido, corroborando para o aumento do IMC.^{5,7}

Encontramos, também, uma correlação positiva significativa entre os escores totais atingidos da IES-2 e a BAS-2. De um modo geral, este resultado é consistente com os achados de Craven e Tylka, sugerindo, portanto, que alimentação intuitiva está associada com maior apreciação corporal.^{24,22} A BAS-2 correlacionou-se, também, significativamente com os construtos permissão incondicional para comer (UPE), dependência dos sinais de fome e saciedade (RHSC) e congruência na escolha do alimento corporal (BFCC). Esses resultados apontam para o fato de que à medida que mantemos uma relação de respeito e amor pelo corpo desenvolvemos maior conexão corporal, ao passo que, expandimos a consciência nas necessidades fisiológicas individuais e honramo-as.^{16,21,36}

Quanto ao construto comer por razões físicas em vez de emocionais sua correlação negativa com a BAS-2, poderia ser justificada pelo fato do ato de comer ser influenciado não apenas pelas necessidades fisiológicas como também emocional, o que é denominado como fome hedônica.¹ A fome hedônica é sensível às emoções e palatabilidade dos alimentos, mas talvez não havendo relação com a apreciação corporal. Além de que no presente estudo a variável emoção e outros fatores causais da fome hedônica não foram analisados.

A alimentação intuitiva promove comportamentos saudáveis baseado na escolha dos alimentos para atender necessidades fisiológicas e não apenas emocionais, com isso seu foco mostra-se independente da mudança de peso e parece ser uma característica importante do bem-estar e melhora da saúde.^{2,4,13} Fundamentado nessa perspectiva, nosso estudo encontrou tendências de correlações inversas entre os escores da IES-2 e IMC, ou seja, quanto maiores os comportamentos alimentares intuitivos, menor é o IMC. Essa conclusão, ainda que sem significância estatística não pode ser ignorado, uma vez que estudos como os de Camilleri et al., Tylka e Duarte corroboram com o achado do presente estudo.^{40, 2, 4, 22, 33}

Com relação aos comportamentos alimentares restritivos, foi observado que o controle flexível estava positivamente relacionado ao construto congruência corpo-comida (BFCC). Apesar dessas correlações com os construtos da IES-2, nossas análises demonstraram o controle flexível está significativamente relacionado de forma positiva com o controle rígido assim como Tylka e Westenhoefer et. al. já haviam documentado.^{4,44} Nossos achados, assim como o de Tylka questiona a utilidade do controle flexível como padrões alimentares mais adaptáveis e positivos, uma vez que é provável ao estimular o controle flexível que práticas de controle rígido sejam reforçadas.⁴

Este estudo avança ao apresentar dados de uma variável até então pouco estudada no Brasil: a alimentação intuitiva. Esta apresentou associação com apreciação corporal e IMC. No entanto, este estudo apresenta algumas limitações que merecem destaque.

A primeira limitação diz respeito à utilização de escalas desenvolvidas para uso, pelo menos inicialmente, em populações de língua inglesa. Embora tenham sido traduzidas para o português brasileiro, três dessas escalas não foram validadas e não passaram por um processo de adaptação cultural. Estudos com validação da BAS-2, escala de controle flexível e escala de controle rígido para o português do Brasil devem ser realizados para permitir a análise mais fidedigna do comportamento alimentar da

população. Em segundo lugar, os resultados foram obtidos a partir de dados transversais, portanto a causalidade não pode ser demonstrada.⁴⁶

A terceira limitação diz respeito aos dados de peso e altura serem de medidas de auto-relato. Outro ponto está relacionado às características da amostra, já que foram recrutadas em uma amostra não probabilística por conveniência, composta por mulheres predominantemente branca, captadas em ambiente universitário e com idade entre 20-40 anos. Em quarto lugar, o tamanho da amostra foi um impeditivo para dados significativos.

Os resultados desse estudo apontam para a necessidade de pesquisas futuras com uma amostra maior e heterogênea. Estudos futuros devem incluir pessoas de sexo masculino, maior número de adultos de maior faixa etária, indivíduos de diferentes classes econômicas e minorias étnicas para capturar uma população mais representativa.

V. CONCLUSÃO

Os dados desta pesquisa permitem concluir que as mulheres que se alimentam de forma intuitiva apresentam maior apreciação corporal. Além disso, mulheres que apresentaram restrição alimentar mais precocemente apresentaram maior IMC. Nosso estudo ressalta o importante papel do estímulo à autonomia alimentar através de comportamentos alimentares mais adaptativos como a alimentação intuitiva no que diz respeito à apreciação corporal e IMC.

VI. CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Amanda da Fonte Souto Albuquerque - Participou da concepção e do desenho do estudo, da análise e da interpretação dos dados, da redação e da revisão do conteúdo intelectual.

Bruna Albuquerque de Freitas - Participou da concepção e do desenho do estudo, da análise e da interpretação dos dados, da redação e da revisão do conteúdo intelectual.

VII. CONFLITOS DE INTERESSE

Não houve conflitos de interesse.

VIII. AGRADECIMENTOS

A todas as mulheres, pela disponibilidade para participar da pesquisa; à Faculdade Pernambucana de Saúde, pela disponibilização das salas para coleta de dados e à orientadora, por todo apoio e orientação.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C. Nutrição comportamental. 1th ed. Barueri, SP: Editora Manole; 2015.
2. Tylka TL, Calogero RM, Daniélsdóttir S. Intuitive eating is connected to self-reported weight stability in community women and men. *Eating disorders*. 2019.
3. Westenhoefer J, Stunkard AL, Pudel V. Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint. *International Journal of Eating Disorders*. 1999; 26(1): 53-64.
4. Tylka TL, Calogero RM, Daniélsdóttir S. Is intuitive eating the same as flexible dietary control? Their links to each other and well-being could provide an answer. *Appetite*. 2015; v. 95: 166-175.
5. Dulloo, AG, Jacquet J, Montani, JP. How dieting makes some fatter: from a perspective of human body composition autoregulation. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2012; v. 71(3): 379-389.
6. Júnior JD, Pedrosa RG, Trapegui J. Aspectos atuais da regulação do peso corporal: ação da leptina no desequilíbrio energético. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 2004; v. 40 (3): 273-287.
7. Pietiläinen KH, Saarni SE, Kaprio J, Rissanen A. et al. Does dieting make you fat? A twin study. *International Journal of Obesity*. 2012; v. 36 (3): 456.
8. Oliveira APSV, Silva MM. Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. *Revista Psicologia e Saúde*. 2014; v. 6 (1): 74-82.
9. Freitas SGR, Albano RD, Da cunha DT. À sombra do estereótipo de beleza: qualidade de vida e fatores associados em mulheres. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2016; 11: 1367-1383.
10. Guerrero MF, Molina SF, Ramirez MS, Muñoz AS. A. Satisfacción e índice de masa corporal y su influencia en el autoconcepto físico. *Rev Esp Salud Pública*. 2019; 93: e201908058.
11. Irvine KR, McCarty K, McKenzie, KJ, Pollet TV, Cornelissen KK, Tovée MJ, Cornelissen PL. Distorted body image influences body schema in individuals with negative bodily attitudes. *Neuropsychologia*. 2019; 122: 38-50.
12. Beintner I, Emmerich OLM, Vollert B, Taylor CB, Jacobi C, 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*. 2019: 101307.
13. Avalos LC, Tylka TL. Exploring a model of intuitive eating with college women. *Journal of Counseling Psychology*. 2006; 53 (4): 486.
14. Cuypers K, Kvaloy K, Bratberg G, Midthjell K, Holmen J, Holmen TL. Being normal weight but feeling overweight in adolescence may affect weight development into young adulthood-an 11-year followup: the HUNT study, Norway. *Journal of obesity*. 2012; 2012.
15. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 12th ed. Elsevier Brasil; 2006.
16. Meneses L, Torres S, Miller KM, Barbosa MR. Extending the use of the Body Appreciation Scale-2 in older adults: A Portuguese validation study. *Body image*. 2019; 29:74-81.
17. Almeida JC, Rodrigues TC, Silva FM, Azevedo MJ. Revisão sistemática de dietas de emagrecimento: papel dos componentes dietéticos. *Arquivos brasileiros de endocrinologia & metabologia= Brazilian archives of endocrinology and metabolism*. 2009 Jul; v. 53 (5): 673-687.

18. Tribble E, Resch E. Intuitive eating. 3th ed. Macmillan, 2012.
19. Van dyke N, Drinkwater EJ. Review article relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. *Public health nutrition*. 2014; 17 (8): 1757-1766.
20. Kerin JL, Webb HJ, Zimmer-Gembeck MJ. Intuitive, mindful, emotional, external and regulatory eating behaviours and beliefs: An investigation of the core components. *Appetite*. 2019; 132: 139-146.
21. Da silva WR, Neves NA, Ferreira L, Campos JADB. A psychometric investigation of Brazilian Portuguese versions of the Caregiver Eating Messages Scale and Intuitive Eating Scale-2. 2018; 4.
22. Tylka TL, Wood-Barcalow NL. The Body Appreciation Scale-2: item refinement and psychometric evaluation. *Body image*. 2015; 12: 53-67.
23. Spencer EA, Appleby PN, Davey GK, Key TJ. Validity of self-reported height and weight in 4808 EPIC–Oxford participants. *Public Health Nutrition*. 2002; 5(4), 561–565.
24. Craven MP, Fekete EM. Weight-related shame and guilt, intuitive eating, and binge eating in female college students. 2019; 33: 44-48.
25. Hawks S, Merrill RM, Madanat HN. The intuitive eating scale: Development and preliminary validation. *American Journal of Health Education*. 2004; 35 (2): 90-99.
26. Tylka TL. Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology*. 2006; 53 (2): 226.
27. Tylka TL, Kroon van diest AM. The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*. 2013; 60 (1):137.
28. Torres AAL. Ponto de equilíbrio entre a Ciência da Nutrição e “Fat Studies”. *DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2016; 11: 1201-1212.
29. Nunes MA, Olinto MT, Barros FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2001 Mar; 23(1): 21-27.
30. Ulian MD, Gualana B, Benatti FB, Ferraz PLC, Roble OJ, Modesto BT, et al. Eu tenho um corpo gordo, e agora? Relatos de mulheres obesas que participaram de uma intervenção não prescritiva, multidisciplinar e baseada na abordagem “Health at every size®”. *DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2016; 11 (3): 697-722.
31. De souza LK, Hutz CS. A autocompaixão em mulheres e relações com autoestima, autoeficácia e aspectos sociodemográficos. *Psico*. 2016; 47 (2): 89-98.
32. Mann T, Tomiyama AJ, Westling E, Lew AM, Samuels B, Chatman J. Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *American Psychologist*. 2007; 62 (3): 220.
33. Duarte C, Gouveia JP, Mendes A. Psychometric Properties of the Intuitive Eating Scale-2 and Association with Binge Eating Symptoms in a Portuguese Community Sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2016; 16 (3).
34. Natacci LC, Júnior MF. The three factor eating questionnaire-R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição*. 2011; 24 (3): 383-394.

35. Brevers D, Rogiers A, Defontaine A, Cheron G, Clarinval AM, Foucart J, et al. Implementation intention for initiating intuitive eating and active embodiment in obese patients using a smartphone application. *Frontiers in psychiatry*. 2017; 8.
36. Schoenefeld SJ, Webb JB. Self-compassion and intuitive eating in college women: Examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. *Eating Behaviors*. 2013; 14 (4): 493-496.
37. Spoor KD, Madanat H. Relationship between body image discrepancy and intuitive eating. *International quarterly of community health education*. 2016; 36 (3): 189-197.
38. Bacon L, Stern JS, Loan MV, Kleim NL. Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *Journal of the American Dietetic Association*. 2005; 105 (6): 929-936.
39. Smith T, Hawks SR. Intuitive eating, diet composition, and the meaning of food in healthy weight promotion. *American Journal of Health Education*. 2006; 37 (3): 130-136.
40. Camillere GM, Méjean C, Bellisle F, Andreeva V, Kesse-Guyto E, Hercberg S, Péneau S. Intuitive Eating Dimensions Were Differently Associated with Food Intake in the General Population–Based NutriNet-Santé Study, 2. *The Journal of nutrition*. 2016; 147 (1): 61-69.
41. Madden CE, Leong SL, Gray A, Horwath CC. Eating in response to hunger and satiety signals is related to BMI in a nationwide sample of 1601 mid-age New Zealand women. *Public Health Nutrition*. 2012; 15 (12): 2272-2279.
42. Augustus-horvath CL, Tylka TL. The acceptance model of intuitive eating: A comparison of women in emerging adulthood, early adulthood, and middle adulthood. *Journal of counseling psychology*. 2011; 58 (1): 110.
43. Camilleri GM, Méjean C, Bellisle F, Andreeva VA, Kesse-guyor E, Hercberg S, Péneau S. Intuitive eating is inversely associated with body weight status in the general population-based NutriNet-Santé study. *Obesity*. 2016; 24 (5): 1154-1161.
44. Westenhoefer J et al. Cognitive and weight-related correlates of flexible and rigid restrained eating behaviour. *Eating behaviors*. 2013; 14(1): 69-72
45. Hercberg S, Castetbon K, Czernichow S, Malon A, Mejean C, Kesse E, Touvier M, Galan P. The Nutrinet-Sante Study: a web-based prospective study on the relationship between nutrition and health and determinants of dietary patterns and nutritional status. *BMC public health*. 2010; 10 (1): 242.
46. Maxwell SE, Cole DA. Bias in cross-sectional analyses of longitudinal mediation. *Psychological methods*. 2007; 12(1): 23.

Apêndice A. Lista de checagem

Nome: _____

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- SEXO FEMININO
- IDADE ENTRE 20 E 40 ANOS
- HISTÓRICO DE PRÁTICA DE DIETAS
- HISTÓRICO DE INSATISFAÇÃO CORPORAL

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- GESTANTE
- CONDIÇÃO CLÍNICA COM DIETOTERAPIA ESPECÍFICA
- DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO ALIMENTAR

CONCLUSÃO

- ELEGÍVEL
- NÃO ELEGÍVEL

SE ELEGÍVEL, CONCORDA EM PARTICIPAR?

- SIM
- NÃO

Apêndice B. Termo de consentimento livre esclarecido

Faculdade Pernambucana de Saúde

TCLE- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Acompanhamento não prescritivo baseado na abordagem “Intuitive Eating” em grupo de mulheres que não tiveram adesão nos programas dietéticos restritivos para emagrecimento

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:

Você está sendo convidada como voluntária a participar do projeto de pesquisa: Acompanhamento não prescritivo baseado na abordagem “Intuitive Eating” em grupo de mulheres que não tiveram adesão nos programas dietéticos restritivos para emagrecimento. O objetivo desse projeto é avaliar os impactos do acompanhamento, sob o estado nutricional e hábitos alimentares de grupo de mulheres adulto jovem.

O(os) procedimento(s) de coleta de dados será da seguinte forma: preenchimento de um formulário previamente estruturado em que os voluntários informarão dados sociodemográficos e de estilo de vida; e preenchimento (durante as sessões do tratamento) do Questionário de frequência alimentar (QFA), do Recordatório de 24h, da The Body Appreciation Scale-2 (BAS-2), da Intuitive eating scale-2 (IES-2) e das subescalas de controle flexível e controle rígido traduzidas e adaptadas para o português. O acompanhamento dos participantes consistirá em um acompanhamento grupal com encontros quinzenais durante seis meses (12 encontros) de 1 hora e 30 minutos a 2 horas, onde serão aplicadas dinâmicas que versam sobre alimentação. Os grupos serão compostos por oito participantes e coordenado por um nutricionista.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:

Os métodos empregados trazem riscos mínimos aos sujeitos que aceitaram a participar da pesquisa, pois nenhum procedimento durante a dinâmica em grupo ocasiona intervenção física para coleta de dados, e o conteúdo do questionamento invade minimamente a esfera íntima e psicológica dos participantes. Dessa forma, como maneira de preservá-los e reduzir as chances de acarretar constrangimento, essas informações serão colhidas em local reservado, de maneira informal e o pesquisador disponibilizará um horário para feedback individual em toda sessão do tratamento. Os benefícios proporcionados pela

pesquisa serão relacionados ao reestabelecimento da autonomia alimentar, autoestima, saúde e qualidade de vida.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você será livre para recusar-se a participar, retirar o consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores tratarão a identidade da entrevistada com padrões profissionais de sigilo. Não será identificado o nome ou o material que indique a participação sem a sua permissão. Uma via deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E IDENTIFICAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE:

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores Amanda da Fonte Souto Albuquerque e Bruna Albuquerque de Freitas certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: Amanda da Fonte Souto Albuquerque, telefone (81) 997373723 ou endereço de email amandadafonte@hotmail.com e Bruna Albuquerque de Freitas, telefone (81) 99837-7351 ou endereço de e-mail bruna2605freitas@gmail.com ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sito à Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira. Telefone (81) 3312.7755 que funciona de segunda a sexta-feira no horário de 8h30 às 11h30 (manhã) e 14h às 16h30 (tarde) e pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br.

O CEP da Faculdade Pernambucana de Saúde objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

Apêndice C. Instrumento de coleta de dados

Nome:		Idade:	
Sexo: () F () M	Estado civil:	Peso:	Altura:
Filhos: () Sim Quantos: () Não			
Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Superior incompleto Qual curso: _____ () Superior completo Qual curso: _____			
Consumo de bebidas alcoólicas: () Sim () Não			
Tabagismo: () Nunca fumante () Ex-fumante () Fumante atual			
Exercícios físicos: () Sim () Fazia anteriormente () Não			
Alergias alimentares: () Sim Qual/Quais? _____ () Não			
Doenças crônicas: () Sim Qual/Quais? _____ () Não			
Diagnóstico de transtorno alimentar: () Sim () Não			
Gravidez: () Sim () Não			
Medicação em uso: () Sim Qual/Quais? _____			

Não

Satisfação corporal: Eu estou satisfeita com meu corpo atual

Eu nunca estive satisfeita com meu corpo

Eu não estou satisfeita com meu corpo atual

Histórico de dietas para emagrecimento:

Sim Com que idade você iniciou a sua primeira dieta?_____

Não

Anexo 1. Intuitive eating scale-2

ESCALA DE ALIMENTAÇÃO INTUITIVA-2

Para cada item, circule a resposta que melhor caracteriza suas atitudes ou comportamentos.

1. Eu tento evitar comidas ricas em gordura, carboidratos ou calorias.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente
2. Eu como quando estou emotivo(a) (por exemplo: ansioso(a), deprimido(a), triste), mesmo não estando com fome.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente
3. Se eu estiver com vontade de comer um certo tipo de comida, eu me permito comer.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente
4. Eu fico triste comigo mesmo(a) se como algo que não é saudável.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente
5. Eu como quando me sinto sozinho(a), mesmo não estando com fome.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente
6. Eu confio no meu corpo para me dizer quando comer.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente
7. Eu confio no meu corpo para me dizer o que comer.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente
8. Eu confio no meu corpo para me dizer o quanto comer.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente
9. Eu tenho “comidas proibidas” que não me permito comer.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente

10. Eu uso a comida para me ajudar a aliviar minhas emoções negativas.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente
11. Eu como quando estou estressado(a), mesmo não estando com fome.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente
12. Eu consigo lidar com minhas emoções negativas (ansiedade, tristeza) sem ter que usar a comida como uma forma de conforto.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente
13. Quando eu estou entediado(a), eu NÃO como alguma coisa só por comer.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente
14. Quando me sinto sozinho(a), eu NÃO uso a comida como uma forma de conforto.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente
15. Eu descobri outras formas, diferentes de comer, para lidar com o estresse e a ansiedade.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente
16. Eu me permito comer a comida que eu tenho vontade naquele momento.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente
17. Eu NÃO sigo dietas ou regras que definem o que, onde e o quanto eu devo comer.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente
18. Na maioria das vezes, eu tenho vontade de comer comidas nutritivas.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo fortemente
19. Principalmente, eu como alimentos que ajudam meu corpo a funcionar bem.

1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo
fortemente
20. Principalmente, eu como alimentos que dão disposição e energia para meu corpo.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo
fortemente
21. Eu confio na minha fome para me dizer quando comer.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo
fortemente
22. Eu confio na minha sensação de saciedade para me dizer quando devo parar de comer.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo
fortemente
23. Eu confio no meu corpo para me dizer quando devo parar de comer.
1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Neutro 4. Concordo 5. Concordo
fortemente

Anexo 2. The Body Appreciation Scale-2

ESCALA DE APRECIÇÃO DO CORPO - 2

Para cada item, circule a resposta que melhor caracteriza seu sentimento em relação a situação proposta.

1. Eu respeito meu corpo.

1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Às vezes, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre.

2. Eu me sinto bem com meu corpo.

1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Às vezes, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre.

3. Sinto que meu corpo tem pelo menos algumas boas qualidades.

1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Às vezes, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre.

4. Eu tomo uma atitude positiva em relação ao meu corpo.

1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Às vezes, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre.

5. Estou atento às necessidades do meu corpo.

1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Às vezes, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre.

6. Eu sinto amor pelo meu corpo.

1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Às vezes, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre.

7. Eu aprecio as características diferentes e únicas do meu corpo.

1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Às vezes, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre.

8. Meu comportamento revela minha atitude positiva em relação ao meu corpo; Por exemplo, eu levanto minha cabeça e sorrio.

1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Às vezes, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre.

9. Estou confortável no meu corpo.

1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Às vezes, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre.

10. Eu sinto que sou bonita, mesmo que eu seja diferente das imagens da mídia de pessoas atraentes (por exemplo, modelos, atrizes / atores).

1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Às vezes, 4 = Frequentemente, 5 = Sempre.

Anexo 3. Controle flexível

Flexible Control (FC12)

Para cada item, circule a resposta que melhor caracteriza seu sentimento em relação a situação proposta.

1. Quando eu atinjo minha cota de calorias, eu fico bem em não comer mais nada.
(Verdadeiro – Falso)
2. Eu deliberadamente faço pequenas ações como meios de controlar o peso.
(Verdadeiro – Falso)
3. Quando eu estou dieta se eu comer algo que não é permitido eu conscientemente como menos por algum tempo para compensar.
(Verdadeiro – Falso)
4. Eu conscientemente me controlo nas refeições para não ganhar peso.
(Verdadeiro – Falso)
5. Eu presto muita atenção as mudanças em meu corpo.
(Verdadeiro – Falso)
6. Qual o seu grau de consciência do que você está comendo?
(Nem um pouco – Ligeiramente – Moderadamente – Extremamente)
7. Qual a probabilidade de você, conscientemente, comer menos que deseja?
(Improvável – Ligeiramente improvável – Moderadamente provável – Muito provável)
8. Se eu comer um pouco mais um dia, eu compenso no dia seguinte.
(Verdadeiro – Falso)
9. Eu me preocupo com meu corpo, mas eu continuo apreciando uma variedade de comidas.
(Verdadeiro – Falso)
10. Eu prefiro comida light que não engorda.
(Verdadeiro – Falso)
11. Se eu comer um pouco mais durante uma refeição, eu compenso na próxima refeição
(Verdadeiro – Falso)
12. Você deliberadamente restringe a sua ingestão durante refeições mesmo sabendo que você quer mais?
(Sempre – Frequentemente – Raramente – Nunca)

Anexo 4. Controle rígido

Rigid Control (RC16)

Para cada item, circule a resposta que melhor caracteriza seu sentimento em relação a situação proposta.

1. Eu tenho uma boa noção da quantidade de calorias nas comidas mais comuns.
(Verdadeiro – Falso)
2. Eu conto calorias como um meio consciente de controlar meu peso.
(Verdadeiro – Falso)
3. Quantas vezes você faz dieta em um esforço consciente de controle de peso?
(Raramente – Às vezes – Geralmente – Sempre)
4. Uma variação de 2,5kg afeta a maneira que você vive?
(Nem um pouco – Um pouco – Moderadamente – Muito)
5. O sentimento de culpa após você comer muito ajuda você a controlar sua ingestão?
(Nunca – Raramente – Frequentemente – Sempre)
6. Com que frequência você evita se empanturrar de uma comida tentadora?
(Quase nunca – Raramente – Geralmente – Quase sempre)
7. Qual a probabilidade de você comprar comidas de baixa caloria?
(Improvável – Ligeiramente improvável – Moderadamente provável – Muito provável)
8. Eu como comidas dietéticas mesmo que não tenha um gosto bom.
(Verdadeiro – Falso)
9. A dieta é um meio muito chato de perder peso.
(Verdadeiro – Falso)
10. Eu prefiro pular uma refeição do que parar no meio de uma refeição.
(Verdadeiro – Falso)
11. Eu alterno entre tempos em que faço dietas rigorosas e tempos em que não presto muita atenção no que eu como e o quanto eu como.
(Verdadeiro – Falso)
12. Às vezes eu pulo refeições para evitar ganhar peso.
(Verdadeiro – Falso)
13. Eu evito algumas comidas mesmo gostando delas.
(Verdadeiro – Falso)
14. Eu tento manter um planejamento, quando perco peso.

(Verdadeiro – Falso)

15. Sem um plano de dieta eu não consigo saber como controlar meu peso.

(Verdadeiro – Falso)

16. Resultado rápido é o mais importante para mim em uma dieta.

(Verdadeiro – Falso)

Anexo 5. Normas de submissão à revista *Jornal Brasileiro de Psiquiatria (JBP)*

O **Jornal Brasileiro de Psiquiatria (JBP)** é o periódico oficial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Ele é o jornal psiquiátrico com maior tradição no Brasil, sendo regularmente publicado há mais de 70 anos.

O *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* esforça-se para publicar estudos de alta qualidade que tenham como objetivo o avanço do conhecimento sobre os transtornos mentais e a melhoria da assistência e cuidado dos pacientes que sofrem destas condições. O *Jornal* visa educar e atualizar clínicos, acadêmicos e pesquisadores em psiquiatria, psicologia, sociologia e em outros campos científicos relacionados à saúde mental.

Jornal Brasileiro de Psiquiatria publica artigos originais, relatos breves, revisões, cartas ao editor e editoriais que sirvam aos objetivos acima mencionados, como também aqueles com características eurísticas, que possam auxiliar os pesquisadores a vislumbrar novas linhas de estudo e investigação. Todos os manuscritos são revisados por pareceristas anônimos o mais rápido possível.

Preparação dos manuscritos

Tipos de artigos aceitos:

O *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* publica os seguintes tipos de manuscritos:

- Artigos originais – Relatos de estudos originais baseados na excelência científica em psiquiatria, e que proporcionem um avanço na pesquisa clínica e experimental. Artigos originais devem conter novos dados, oriundos de um número representativo de pacientes, utilizando métodos adequados e confiáveis. Os artigos não devem ultrapassar 4.000 palavras.
- Relatos breves – Pequenos relatos de estudos originais, avaliações ou estudos-piloto, contendo no máximo 2.000 palavras e 15 referências.
- Revisões – Revisões sistemáticas objetivas e concisas desenhadas para reunir informações relevantes e atualizadas sobre um tópico específico de particular interesse e importância em psiquiatria e saúde mental. Os autores devem analisar e discutir criticamente a literatura disponível. Revisões devem conter no máximo 6.000 palavras.
- Cartas ao editor – São comunicações discutindo artigos recentemente publicados neste jornal, descrevendo pesquisas originais, relato de casos ou descobertas científicas relevantes. As cartas não devem ter mais de 500 palavras e cinco referências.
- Editoriais – Comentários críticos e baseados em evidências feitos por pesquisadores com grande experiência em uma área específica do

conhecimento, a pedido dos editores deste jornal. Devem conter no máximo 900 palavras e cinco referências.

Originalidade e autoria

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria somente considera para publicação manuscritos compostos de material original, que não estão submetidos para avaliação em nenhum outro periódico, ou que não tenham sido publicados em outros meios. As únicas exceções são resumos com menos de 400 palavras. Os autores devem identificar tabelas, figura e/ou qualquer outro material que tenham sido publicados em outros locais, e obter a autorização dos proprietários dos direitos autorais antes de reproduzir ou modificar esses materiais. Ao submeter um manuscrito, os editores entendem que os autores estão de acordo e seguem estas exigências, que todos os autores participaram substancialmente do trabalho, e que cada um deles reviu e aprovou a versão submetida. Assim, cada autor precisa declarar sua contribuição individual ao artigo na carta de apresentação (veja abaixo)

Declaração de conflitos de interesse e suporte financeiro

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria exige que todos os autores declarem individualmente qualquer potencial conflito de interesse e/ou qualquer tipo de suporte financeiro para o estudo obtido nos últimos três anos ou em um futuro previsível. Esta declaração inclui, mas não está limitada à compra e venda de ações, bolsas, fomentos, empregos, afiliações, *royalties*, invenções, relações com organizações financiadoras (governamentais, comerciais, não-profissionais, etc.), aulas, palestras para indústrias farmacêuticas, patentes (solicitadas, registradas, em análise ou fase de preparação) ou viagens; independente do valor envolvido. Se um ou mais autores não possuem conflitos de interesse a serem declarados, isto precisa ser explicitamente informado (p.ex. Drs. Leme Lopes e Nobre de Mello não possuem conflitos de interesse a serem declarados). Os autores interessados em obter mais informações sobre este tópico podem ler um editorial publicado no *British Medical Journal*, intitulado "*Beyond conflict of interest*", que está disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7154/281>.

Os conflitos de interesse e declarações de suporte financeiro devem ser escritos em uma sessão separada, intitulada "Conflitos de Interesse", após a seção "Contribuições Individuais".

Questões éticas

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria considera a integridade ética a pedra fundamental da pesquisa científica e da assistência a seres humanos. Assim, na seção intitulada "Métodos", os autores devem identificar a aprovação e o comitê de ética da instituição que revisou o estudo. Ainda, em caso de estudos envolvendo seres humanos, os autores devem declarar explicitamente que todos os participantes concordaram em participar da pesquisa e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, os autores devem descrever os métodos empregados para avaliar a capacidade dos voluntários em entender e dar seu consentimento informado para participar do estudo, além de descrever também as estratégias utilizadas no estudo para garantir a proteção dos participantes. Finalmente, em caso de estudos envolvendo animais, os autores devem declarar que as normas institucionais e nacionais para o cuidado e emprego de animais de laboratório foram estritamente seguidas.

Registro de experimentos clínicos

Antes de submeter um manuscrito para avaliação pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria, os ensaios clínicos precisam ser registrados em uma base pública de registros de experimentos clínicos. Um ensaio clínico é aqui definido como qualquer pesquisa que recruta prospectivamente seres ou grupos de humanos para receber uma ou mais intervenções (farmacológica ou não), a fim de se avaliar seu impacto na saúde. Estes ensaios podem ser registrados antes ou durante o recrutamento dos voluntários. Para ser considerada válida, uma base de registros de ensaios clínicos precisa ser acessível gratuitamente ao público, deve possuir mecanismos que possibilitem ser pesquisáveis eletronicamente, deve ser aberta para o registro de todos os ensaios prospectivos e gerenciada por uma agência sem fins lucrativos. Alguns exemplos são a *National Institutes of Health Clinical Trials* (<http://www.clinicaltrials.gov>), a *Netherlands Trial Register* (<http://www.trialregister.nl>), a *UMIN Clinical Trials Registry* (<http://www.umin.ac.jp/ctr>) e o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>), entre outras. O nome do estudo e sua URL, o nome da base de registro de ensaios clínicos e sua URL, assim bem como o número de registro do estudo devem ser descritos imediatamente após a seção "Conflito de Interesses".

Estrutura geral do manuscrito

Abreviações devem ser evitadas. Porém, abreviações oficiais podem ser usadas, desde de que a primeira menção do termo no texto seja feita de forma completa e

por extenso, seguida de sua abreviação entre parênteses. Os autores devem usar o nome genérico dos medicamentos, ao invés de seus nomes comerciais.

Todas as páginas devem ser numeradas, com a contagem total de palavras indicada na primeira página (não devem ser contadas as palavras do resumo em português e inglês, das referências e das figuras e ilustrações).

A primeira página deve conter o título, o título curto (ambos em português e em inglês), a contagem total de palavras do manuscrito, o nome dos autores e suas afiliações. O título do artigo não deve conter siglas ou acrônimos. O título curto deve conter até 50 caracteres (incluindo espaços) e um máximo de cinco palavras. Diferente do título, o título curto deve aparecer no topo de cada página do manuscrito (no mesmo idioma que o manuscrito foi escrito).

A segunda página deve conter o resumo em português e o número de registro do experimento (quando aplicável, ver acima). O resumo deve ser informativo, claro e sucinto, descrevendo o conteúdo do manuscrito em até 250 palavras. Para artigos originais, relatos breves e revisões, o resumo deve ser estruturados em 4 tópicos: objetivo(s), métodos, resultados e conclusões. Após o resumo, devem ser incluídas até cinco palavras-chave. Estas palavras, se possível, devem ser retiradas da lista de termos MeSH do Index Medicus e ser escolhidas considerando sua utilidade para a localização do artigo. Para artigos escritos em português, estes termos podem ser encontrados nos *Descritores de Ciências da Saúde*, publicados pela BIREME.

A terceira página deve conter o resumo e as palavras-chave em inglês. Ambos devem ser equivalentes às suas versões em português.

A quarta página deve conter o início ou toda a Introdução. Em artigos originais, relatos breves e revisões, a Introdução deve ser seguida pelas seções Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Contribuições Individuais, Conflitos de Interesses, Agradecimentos e referências; nesta ordem. Apesar do Jornal Brasileiro de Psiquiatria não estipular um número máximo de páginas, os autores devem sempre respeitar o número máximo de palavras e referências permitidas para cada tipo de artigo. Tabelas e figuras devem vir após as referências, devem ser citadas no texto, e o local desejado para sua inserção deve ser indicado no manuscrito.

Introdução - Deve incluir uma revisão sucinta de toda a literatura diretamente relacionada ao assunto em questão, além disso, deve descrever os objetivos do estudo.

Métodos - Deve relatar o desenho do estudo e descrever detalhadamente os métodos empregados, de forma a permitir que outros autores sejam capazes de replicá-lo.

Resultados - Devem ser descritos de forma lógica, sequencial e sucinta, usando-se, ocasionalmente, o auxílio de tabelas e figuras.

Discussão - A discussão deve limitar-se a destacar as conclusões do estudo, considerando as similaridades e diferenças dos seus resultados e daqueles de outros autores, as implicações dos seus resultados, as limitações do seu estudo e as perspectivas futuras.

Conclusões - Os autores devem especificar, de preferência em parágrafo único e curto, somente as conclusões que podem ser respaldadas pelos dados do estudo, assim como sua importância clínica (sem generalizações excessivas).

Contribuições individuais - Nesta seção, o manuscrito deve descrever as contribuições específicas feitas por cada um dos autores. Para ser considerado um autor, cada colaborador deve preencher, no mínimo, todas as seguintes condições: (1) ter contribuído significativamente na concepção e desenho dos estudos, ou na análise e interpretação dos dados; (2) ter contribuído substancialmente na elaboração do artigo, ou revisado criticamente o seu conteúdo intelectual e (3) ter aprovado sua versão final a ser publicada.

Conflitos de interesse - Cada autor deve revelar qualquer potencial conflito de interesse (financeiro ou não) que possa ter potencial de ter enviesado o estudo. Caso um ou mais dos autores não possuam conflitos de interesse a serem declarados, isto deve ser afirmado explicitamente (ver seção Declaração de Conflitos de Interesse e Suporte Financeiro)

Agradecimentos - Nesta seção, os autores devem reconhecer as assistências pessoais e técnicas recebidas, assim como fornecer informação detalhada a respeito de todas as fontes de financiamento ou outras formas de auxílio econômico.

Referências - Devem seguir o estilo Vancouver ("*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication*" [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html]), ordenadas de acordo com a sua citação no texto. Exemplos:

Artigos:

- Versiani M. A review of 19 double-blind placebo-controlled studies in social anxiety disorder (social phobia). *World J Biol Psychiatry*. 2000;1(1):27-33.
- Appolinario JC, McElroy SL. Pharmacological approaches in the treatment of binge eating disorder. *Curr Drug Targets*. 2004;5(3):301-7.
- Dekker J, Wijdenes W, Koning Y A, Gardien R, Hermandes-Willenborg L, Nusselder H, et al. Assertive community treatment in Amsterdam. *Community Ment Health J*. 2002;38:425-34.

Livros:

- Goodwin FFK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press; 1990.

Capítulos de livros:

- Heimberg RG, Juster HR. Cognitive-behavioral treatments: literature review. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. *Social Phobia – Diagnosis Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press, 1995.

Referências a páginas da internet:

- Associação Brasileira de Psiquiatria – Diretrizes para a Indústria da moda. Recomendações da Comissão Técnica Brasileira de Grupos Especializados no Estudo e Tratamento de Transtornos Alimentares. [http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/comissao ta/diretrizes moda.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/comissao%20ta/diretrizes%20moda.pdf). Acessado em 12 de Abril de 2007.

Tabelas e figuras:

Todas as tabelas e figuras devem seguir a formatação do estilo da APA (*Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition*). Além disso, todas devem ser numeradas com algarismos arábicos e ter suas respectivas legendas. Devem ainda estar em formato digital próprio para a sua reprodução. Cada tabela deve ser autoexplicativa, e não deve repetir informações apresentadas no texto. Os lugares para a inserção das tabelas devem ser claramente assinalados no texto.

Ilustrações e fotografias devem ser enviadas em arquivos de alta resolução, nos formatos .tif ou .jpg.