

**Revista de APS**<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>

Alimentação intuitiva na Atenção Primária: prática do nutricionista e percepção do usuário

Intuitive Eating in Primary Care: Nutritionist's Practice And Patient's Perception

Amanda Brognoli Donini¹, Manuela de Faria Barcellos José², Vanessa Siveira³,
Tatiane Meirelles de Deus⁴, Thaís Titon de Souza⁵

RESUMO

O aumento de peso da população mundial tem levado a alterações no comportamento alimentar com o objetivo de reduzir a ingestão energética e consequentemente o peso. Porém, a restrição alimentar tem se mostrado não ser sustentável a longo prazo e ainda pode ser responsável pela falha das tentativas de emagrecimento. A alimentação intuitiva aparece como uma alternativa de modelo de alimentação que se relaciona ao bem-estar físico e mental e pode ser orientada por um nutricionista. O objetivo do estudo foi observar a percepção dos usuários a respeito dos atendimentos nutricionais na lógica da alimentação intuitiva. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada através da aplicação de um guia de atendimento na lógica da alimentação intuitiva e de aplicação de um roteiro de entrevista pré-estruturado com os participantes da pesquisa. O estudo foi realizado em cinco Unidades Básicas de Saúde de um município do sul do Brasil. O guia de atendimento foi aplicado em cinco consultas quinzenais. A análise de dados foi realizada através de análise de conteúdo temática categorial. Participaram deste estudo 17 usuários selecionados de acordo com os critérios de inclusão. Destes, 5 (29,4%) desistiram da pesquisa durante o período de coleta de dados e 3 foram retirados devido às faltas nas consultas (11,8%) e por não ter respondido sobre o motivo da desistência (5,9%). Para cada uma das respostas às perguntas do roteiro de entrevista pré-estruturado, foram identificadas de uma a cinco categorias. Sobre os motivos que levaram a pessoa a buscar o atendimento nutricional, foram identificadas as categorias "saúde", "estética, emagrecimento ou insatisfação corporal" e "melhora da relação com a comida". Em relação às expectativas sobre o atendimento, foram identificadas as categorias "informação nutricional",

¹ Nutricionista. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: amanda-donini@hotmail.com

² Nutricionista. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

³ Nutricionista.

⁴ Nutricionista. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - SMS Florianópolis.

⁵ Nutricionista. Escola de Saúde Pública - SMS Florianópolis.

“auxílio no emagrecimento” e “comer disfuncional”. Para as perguntas sobre o que o participante achou do atendimento nutricional e como descreveria a forma de atendimento foram identificadas as categorias “diferente do método tradicional”, “centrado na pessoa”, “surpresa por encontrar essa forma de atendimento no SUS” e “processo de autoconhecimento”. Sobre como a pessoa avalia o atendimento nutricional, foi identificada a categoria “expectativas superadas”. Em relação a como a pessoa se sentiu sendo atendida daquela forma, foram identificadas quatro categorias: “foco no emagrecimento”, “expectativa”, “centrada na pessoa” e “com melhoras na relação com o corpo e com a comida”. Para a pergunta como está a sua relação com a comida após o tratamento?, foram identificadas quatro categorias: “mentalidade de dieta”, “mudança de pensamento e atitude em relação a alimentação”, “autoconhecimento e consciência alimentar” e “esperança de melhorar”. Podemos concluir que a alimentação intuitiva está alinhada com a humanização proposta no SUS e ao método clínico centrado na pessoa, além de ter sido bem aceita pelos participantes da pesquisa, e que se coloca como ferramenta para a promoção da alimentação saudável na APS de uma forma abrangente e humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Comportamento alimentar. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Nutrição em Saúde Pública.

ABSTRACT

The weight gain of the world's population has led to changes on feeding behavior to try to reduce energy intake and consequently weight. However, the food restriction is not sustainable in the long run and may still be responsible for the failure of attempts of weight loss. Intuitive eating appears as an alternative feeding model that relates to physical and mental well-being and which can be oriented by a nutritionist. The aim of the study was to observe the users' perception regarding nutritional care in the logic of intuitive eating. It is a qualitative research, carried out through the application of an intuitive eating guide and the application of a script of a pre-structured interview with the participants of the research. The study was carried out in five Basic Health Units of a city in southern Brazil. The guide was applied in 5 biweekly consultations. Data analysis was performed through analysis of categorical thematic content. Seventeen users were selected according to the inclusion criteria. From these, 5 (29.4%) dropped out of the survey during the data collection period, 2 (11.8%) were withdrawn due to lack of consultations and 1 (5.9%) was withdrawn because she didn't give an answer about the reason for the discontinuation. For each of the answers to the pre-structured interview script questions, one to five categories were identified. Regarding the reasons that led the person to seek nutritional care, the categories "Health", "Aesthetics, weight loss or body dissatisfaction" and "Improvement of the relationship with food" were identified. Regarding the expectations on care, the categories "nutritional information", "aid in weight loss" and "dysfunctional eating" were identified. For the questions about what the participant thought about nutritional care and how he would describe the form of care, the categories "different from the traditional method", "patient-centered", "surprise for finding this form of care in the public health system" and "process of self-awareness". About how the person evaluates the nutritional care was identified the category "surpassed expectations". Regarding how the person felt being treated in this way, four categories were identified: "focus on weight loss", "expectation", "patient-centered" and "improvements in the body and food relationship". For the question how is their relationship with food after treatment? Four categories were identified: "diet mentality", "changes of thoughts and attitudes in relation to food", "self-knowledge and food awareness" and "hope

to improve". We can conclude that intuitive eating is lined up with the humanization proposed in the Unified Health System and the patient-centered clinical medicine, in addition to being well accepted by the participants of the research. Intuitive eating can be used as a tool to promote healthy eating in PHC in a more comprehensive and humanized way.

KEYWORDS: Feeding behavior. Unified Health System. Primary Health Care. Nutrition, Public Health.

INTRODUÇÃO

Os índices de sobrepeso e obesidade vêm crescendo ao redor do mundo nos últimos anos.¹ No Brasil, dados da Vigitel apontam que 54% da população adulta está com excesso de peso e 18,9% com obesidade.² A abordagem tradicional utilizada para perda de peso tem sido a restrição cognitiva (também conhecida como dieta), descrita como uma posição mental adotada pelo indivíduo em relação aos alimentos, a fim de reduzir a ingestão energética.³

Comportamentos alimentares restritivos fazem com que grande parte dos indivíduos recuperem o peso reduzido ou, quando expostos a certas situações, podem levar paradoxalmente ao excesso alimentar.⁴ Períodos de restrição cognitiva e perda de peso geralmente são alternados com períodos irrestritos de consumo de alimentos e ganho de peso, denominados de desinibição do controle cognitivo.⁵

A restrição cognitiva, por obedecer a regras externas em detrimento dos sinais fisiológicos de fome e saciedade e por alternar fases de restrição e desinibição, tem sido sugerida por autores como um dos fatores responsáveis pelo insucesso de tentativas de emagrecimento.^{6,7}

Ao contrário da restrição cognitiva, comer de forma intuitiva é um comportamento alimentar flexível e sintonizado com a fome fisiológica e a saciedade.⁸ A alimentação intuitiva se correlaciona ao bem-estar emocional, psicológico e físico e está relacionada a níveis mais baixos de colesterol, risco cardiovascular e índice de massa corporal (IMC).^{9,10} Está, ainda, inversamente associada a distúrbios alimentares, além de ser mais sustentável a longo prazo do que as dietas convencionais.¹¹

O comer intuitivo se baseia em três pilares: a) importância de se comer em resposta aos sinais de fome e saciedade; b) permissão para comer incondicionalmente qualquer alimento; c) alimentar-se principalmente por razões físicas ao invés de emocionais. Possui, ainda, 10 princípios: 1. Rejeite a mentalidade de dieta; 2. Honre sua fome; 3. Faça as pazes com a comida; 4. Desafie o "policia da comida"; 5. Respeite sua saciedade; 6. Descubra um momento de satisfação; 7. Honre seus sentimentos sem utilizar-se da comida; 8. Respeite seu corpo e aceite sua genética; 9. Exercite-se; 10. Honre sua saúde com a nutrição gentil.¹²

Atualmente, a maior parte dos nutricionistas utiliza o modelo tradicional de atendimento nutricional, que orienta para a restrição cognitiva: o foco é nos alimentos e nutrientes, ou seja, no que se come; são feitas intervenções de curto prazo; é dada ênfase na educação alimentar; há um relacionamento cordial, porém mínimo, entre o nutricionista e o indivíduo; e o plano de ação, geralmente na forma de uma dieta ou prescrição, é determinado rapidamente nas primeiras consultas.¹³

Já na Alimentação Intuitiva, utiliza-se o modelo do aconselhamento nutricional durante as consultas. Esse modelo foca também no como se come, tem intervenções de longo prazo, tem educação nutricional, mas não é o componente principal, e necessita de um relacionamento intenso entre o nutricionista e o indivíduo, que por si só já é parte do tratamento.¹³

Considerando-se que o nutricionista não deveria ser um mero “calculador de dietas” ou “determinador” das escolhas alimentares ao julgar a alimentação do indivíduo entre “certa” ou “errada”, “boa” ou “ruim”, causando uma postura impositiva, este artigo pretende apresentar percepções de usuários da Atenção Primária em Saúde (APS) a respeito de atendimentos nutricionais realizados na lógica da alimentação intuitiva.¹³

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada através da aplicação de um guia de atendimento na lógica da alimentação intuitiva e de aplicação de um roteiro de entrevista pré-estruturado com os participantes da pesquisa.

Para a elaboração do guia de atendimento individual na lógica da alimentação intuitiva, foram utilizados como referencial os dez princípios da alimentação intuitiva criados pelas nutricionistas americanas Evelyn Tribole e Elyse Resch e descritos no livro *Intuitive Eating*.¹² Além disso, foram utilizados outros livros, cursos e materiais que tratavam sobre o tema e contribuíram para qualificação do guia desenvolvido.^{13,15-23} O guia foi aplicado em cinco consultas quinzenais.

O estudo foi realizado em cinco Unidades Básicas de Saúde de um município do sul do Brasil. Os participantes foram captados através dos grupos realizados nas Unidades de Saúde ou via matriciamento com as Equipes de Saúde da Família, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: ter no mínimo dezoito anos de idade; apresentar sobrepeso ou obesidade, identificado através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC); apresentar uma relação conturbada com a comida – com média abaixo de três no questionário de alimentação intuitiva traduzido e adaptado de Tylka e Diest^{14,15}; participar das cinco sessões de atendimento individuais propostas ou, em caso de desistência do participante, informar o motivo desta; responder ao roteiro de entrevista pré-estruturado de percepção do usuário; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações. Foram convidados 22 pacientes

para participarem da pesquisa. Destes, cinco não compareceram à primeira consulta e foram retirados do estudo.

Para analisar a percepção dos usuários em relação aos atendimentos individuais realizados na lógica da alimentação intuitiva, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturado de percepção do usuário, contendo sete perguntas. Esse roteiro foi aplicado pelas pesquisadoras com os indivíduos participantes da pesquisa, sendo que as duas primeiras perguntas foram feitas na primeira sessão de atendimento individual e as demais foram feitas na última sessão.

Nos casos de desistência por parte do usuário, uma pesquisadora não envolvida diretamente no atendimento fez contato telefônico para levantamento de informações sobre os motivos do abandono do tratamento. Para isso, foi solicitada autorização no início da pesquisa, com registro desta etapa no TCLE que foi fornecido a todos os participantes.

O registro das informações obtidas a partir das entrevistas foi realizado através de gravação de áudio, com a devida autorização dos participantes, e posterior transcrição das mesmas. Para garantia do anonimato, os participantes entrevistados foram identificados com a sigla "P" (participante), seguida do número correspondente à entrevista.

A análise de dados foi realizada através de análise de conteúdo temática categorial.²⁴ Segundo Bardin, esse método constitui-se em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.²⁴

Na execução desta pesquisa, foram respeitados os aspectos éticos em conformidade com a resolução nº 466, de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.²⁵ O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina, através do parecer de número 2.692.285 de junho de 2018.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 17 usuários selecionados de acordo com os critérios de inclusão. Destes, 5 (29,4%) desistiram da pesquisa durante o período de coleta de dados e 3 foram retirados, sendo 2 (11,8%) devido às faltas nas consultas e 1 (5,9%) por não ter respondido o motivo da desistência. Portanto, 9 (52,9%) participantes compareceram a todas as consultas e tiveram suas entrevistas analisadas. Entre os motivos das desistências, os participantes relataram falta de tempo para comparecer às consultas (23,5%) ou para fazer os exercícios propostos (17,6%) e mudança para outra cidade (5,9%).

Para a primeira pergunta do questionário de percepção do usuário, sobre os motivos que levaram a pessoa a buscar o atendimento nutricional, foram identificadas

três categorias: “saúde”, “estética, emagrecimento ou insatisfação corporal” e “melhora da relação com a comida”, apresentadas a seguir.

Saúde

Dentre os motivos que levaram os usuários a buscar o atendimento nutricional, a saúde foi levantada, sendo, em algumas situações, intrinsecamente relacionada à questão do excesso de peso corporal.

P4: [...] por causa do meu problema [cardiopatia], meu sobrepeso tá atrapalhando bastante né.

P6: [...] condição física melhor e pra ter uma saúde melhor também.

Estética, emagrecimento ou insatisfação corporal

Nas falas dos entrevistados, percebeu-se uma maior ocorrência de questões relacionadas à estética, ao emagrecimento e à insatisfação em relação ao corpo como motivos para a busca pelo atendimento nutricional nas Unidades Básicas de Saúde pesquisadas.

P2: Tava muito deprimida [...] falta de vontade de sair de casa, de fazer nada porque tava muito acima do peso, isso me incomoda mesmo [...] Tipo, eu tô com um... um certo peso e já me olho no espelho e me vejo com bem mais [...]

P7: [...] porque eu desejo agora conseguir emagrecer. Eu quero ver se eu consigo perder uns quilinhos.

P9: [...] infeliz, né? Porque a gente não fica feliz assim, não é possível, não existe mesmo, aí eu me aceito gorda...

Melhora da relação com a comida

Um dos participantes, já na primeira consulta, relatou a vontade de parar de fazer dietas e comer sem culpa.

P9: porque eu tô cansada de fazer dieta e de pensar, que nem eu tinha comentado, eu saí de casa pensando, meu Deus, eu vou tentar mais uma dieta, mas vai ser daquelas furadas assim, que a gente conta pedaço de coisa no prato e daí mesmo se sente culpada depois, porque se tu come uma rodela de beterraba a mais, a beterraba tem açúcar [...] eu tô cansada mesmo de fazer dieta...

Outros dois participantes mencionaram a vontade de parar de depender emocionalmente da comida.

P5: [...] mudar essa minha relação com a comida, de não depender dela pra... pra... pra eu me sentir bem [...] Queria... comer o básico pra viver.

P8: [...] pra conter a ansiedade de comer também.

Para a segunda pergunta, sobre as expectativas em relação ao atendimento nutricional, foram identificadas três categorias: “informação nutricional”, “auxílio no emagrecimento” e, novamente, “comer disfuncional”.

Informação nutricional

A maior parte dos participantes disse que imaginava que iria receber informações nutricionais ou uma dieta.

P2: Que ia ganhar dieta e que ia ser mais consciente a respeito dos alimentos

P3: Eu imaginei que ia ser aquelas consultas que eu já compareci, onde a, ela olha, vê o teu peso [...] e põe uma lista de... de como você deve se alimentar dali por diante né [...] com uma restrição, muita restrição, que é difícil de cumprir aquelas metas.

P6: [...] porque a gente aprende a comer comidas certas [qualidade].

Auxílio no emagrecimento

Outros participantes, tinham a expectativa de que o atendimento tivesse por objetivo o emagrecimento.

P7: [...] que vocês consigam me ajudar, né, a emagrecer.

P8: [...] que escolha as comidas pra emagrecer.

Comer disfuncional

Outros tinham a esperança de melhorar sua relação disfuncional com a comida, sendo diminuindo o comer emocional, respeitando o sinal de saciedade ou utilizando atenção plena ao comer (levar o foco da atenção para a comida, prestando atenção em cada momento e sem julgamento).²⁶

P1: Eu quero conseguir, com a ajuda de... da nutricionista, essa... essa coisa de “tá” mais presente na hora de me alimentar.

P8: Que me oriente, que eu me acalme.

P9: [...] tenho que me controlar, eu que tenho que saber a hora de parar de comer e tudo.

Na terceira pergunta, realizada ao final dos atendimentos nutricionais, levantou-se o que a pessoa havia achado do atendimento de nutrição baseado na alimentação intuitiva. Foram identificadas quatro categorias: “diferente do método tradicional”, “centrado na pessoa”, “surpresa por encontrar essa forma de atendimento no SUS ” e “processo de autoconhecimento”. Para a quinta pergunta, como você descreveria essa forma de atendimento?, também foi identificada a categoria “diferente do método tradicional”.

Diferente do método tradicional

A maior parte dos participantes demonstrou surpresa e felicidade por ter sido uma abordagem nutricional diferente do que imaginavam ou que estavam acostumados. Alguns destacaram o fato de não ser restritivo ou punitivo e outros relataram ter sentido incentivo e um acolhimento maior.

P1: Mas eu fiquei feliz de que [...] eu posso, posso respeitar as minhas preferências [...] comer o que eu gosto [...] eu acho muito arcaico, tu ter que te alimentar só com esse alimento e nessa quantidade [...] sem levar outras questões em consideração.

P4: Ah, bem melhor do que... dos outros métodos [...] Que os outros métodos são única e exclusivamente: “ah, tu come isso [...], não pode comer aquilo” e acaba... tu já sai do... do consultório da nutricionista entre aspas, com raiva dela, não consegue nem voltar. Porque te proíbe mais do que te permite.

P9: eu sempre tava acostumada com outro tipo de atendimento, né, aquele todo regrado, todo cheio de isso não pode, isso não pode [...]

P4: Não é tão... punitivo.

P6: Incentivo... isso ajuda muito... incentivo [...] ajuda até a autoestima tudo, ajuda muito.

P9: [...] eu acho que é um atendimento mais humano [...] não é uma coisa tão fria, você volta com, aí eu já fui várias vezes em nutricionista: “tá, a gente vai montar a tua tabela”, mas não sabe o que eu tô sentindo, o que eu quero [...]

Centrado na pessoa

Alguns usuários entrevistados destacaram o fato de as consultas serem específicas para cada indivíduo e de levar questões emocionais em consideração.

P5: Faz a... pessoa enfrentar algumas coisas [...] E entender mais... o que passa... direito.

P8: Eu achei o atendimento muito bom, personalizado, e... muito, muito acolhedor... acolhedor.

Surpresa por encontrar essa forma de atendimento no SUS

Um dos participantes destacou, ainda, a surpresa por encontrar essa abordagem da nutrição dentro de uma Unidade Básica de Saúde.

P1: [...] eu fiquei muito feliz né... de encontrar aqui, de forma né... pelo SUS, no... no postinho.

Processo de autoconhecimento

Ainda, tiveram aqueles que reconheceram que as consultas levaram a um processo de autoconhecimento e que compreenderam ser este um processo lento.

P1: [...] e assim, é claro, é, é... eu não vou conseguir essa consciência da noite pro dia né [...] Eu vou ter que passar por esse processo de autoconhecimento né, pra poder achar um equilíbrio.

P9: então eu tô aprendendo, né, é um trabalho lento.

Para a quarta pergunta, como você avalia o atendimento em relação ao que você esperava na primeira consulta, foi identificada uma grande categoria: “expectativas superadas”.

Expectativas superadas

Algumas pessoas destacaram o fato de que o atendimento proposto não se mostrou restritivo.

P6: Eu achei que ia, que não ia poder comer um monte de coisa e não ia... ia ser cortado um monte de coisa, não pode comer isso, não pode comer aquilo, não pode comer.

P8: Eu achava que ia ser um atendimento de tabela, de comida e só, e eu fiquei muito, muito feliz que não era.

Outro relato mostra que, além do atendimento não ser restritivo, também foca no prazer em comer.

P7: [...] imaginava que eu ia chegar aqui e tu ia me dar uma lista com várias coisas, né, pra mim tirar da minha alimentação [...] Não de só pegar e engolir a comida, você tem que comer, então vamos saborear a comida, não é só comer né [...]

Outro participante considerou essa forma de atendimento inovadora.

P3: [...] foi muito além do que eu imaginava [...] Foi muito bom, uma experiência nova.

Alguns participantes destacaram que o atendimento é centrado na pessoa levando em conta suas questões emocionais, seus saberes e suas dificuldades.

P8: [...] levou em consideração o que eu penso, o que eu acho legal e as minhas dificuldades também.

P5: [...] pra mim foi melhor do que [...] chegar e receber tipo uma dieta [...] porque... no atendimento não foi só nutricional, foi meio psicológico junto.

Outro participante demonstrou surpresa com o resultado do método.

P4: [...] achei que poderia mudar bem pouca coisa, mas eu vi que... mudou bastante coisa.

Para a sexta pergunta, como você se sentiu sendo atendido(a) dessa forma?, foram identificadas quatro categorias: “foco no emagrecimento”, “expectativa”, “centrada na pessoa” e “com melhoras na relação com o corpo e com a comida”.

Foco no emagrecimento

Algumas falas se destacaram por terem ainda o foco no emagrecimento, mesmo após o término dos atendimentos.

P6: Com mais vontade de emagrecer, de seguir em frente, né? E de continuar, perdendo peso, chegar até onde eu quero, que a minha meta é perder mais uns 20 quilos [...]

P7: [...] ver se eu tinha perdido alguns quilos, algumas gramas [...]

Expectativa

Outros usuários relataram ter tido expectativas pelo próximo atendimento e demonstraram gostar do momento da consulta.

P7: [...] eu ficava sempre esperando quando chegasse a próxima vez, né, pra ver o que você ia falar [...]

P2: Bem animada as consultas, achei bem legal.

Centrada na pessoa

Outros participantes valorizaram o fato de a consulta ter sido centrada neles.

P1: Hmm... valorizada.

P3: Compreendida.

P4: Ah... bem mais tranquilo e mais confiante né.

P5: Muito bem, que... parece que [...] realmente querem ajudar. Mais acolhida, como vocês falam.

P8: Uma pessoa especial.

Com melhoras na relação com o corpo e com a comida

Outro participante já relatou melhoras no comportamento frente ao corpo e à comida, especialmente modificando o comportamento restritivo e melhorando a capacidade de administrar a alimentação emocional.

P9: Na verdade parece... não parece assim um atendimento, entende, é... parece assim: “a gente vai te ajudar, né, porque o que tu precisa não é emagrecer, tu precisa de outra coisa, e conseqüentemente, tu vai emagrecer” [...] porque meu é libertador né, tentar fazer um exercício e dizer assim: “não realmente, você não comeu sem ter fome, você comeu quando precisou comer, não foi nem por ansiedade, nem por tristeza, por nada, né”.

Para a sétima e última pergunta, Como está a sua relação com a comida após o tratamento?, foram identificadas quatro categorias: “Mentalidade de dieta”, “Mudança de pensamento e atitude em relação à alimentação”, “Autoconhecimento e consciência alimentar” e “Esperança de melhorar”.

Mentalidade de dieta

Um dos participantes chamou atenção em sua fala pela presença da mentalidade de dieta e do comportamento de dieta, mesmo após o fim do tratamento.

P6: [...] molho que eu comia direto, não como mais, strogonoff, essas coisas com molho, molho vermelho, eu não como mais nada disso, só como comidas assadas, grelhadas, legumes, verduras, o macarrão quando tem integral eu como, é muito raro também comer massa.

Mudança de pensamento e atitude em relação à alimentação

A maioria, porém, demonstrou uma mudança de pensamento e atitude em relação à alimentação, após o tratamento.

P2: [...] já consigo perceber “ah, já tô cheia e... acabei que não comi tudo que eu comia antes”.

P4: [...] me permito até... ingerir aquilo que... como é que eu posso dizer? Pelos padrões não se diz ser tão saudável assim né?

P8: [...] eu tinha compulsão, agora eu não tenho mais compulsão [...]

Autoconhecimento e consciência alimentar

Vários participantes relataram um maior autoconhecimento e uma melhora na consciência no ato de se alimentar.

P3: Tô aprendendo comigo mesma, aos 46 anos, reaprendendo a “se” alimentar [...] quando eu tô comendo eu paro e lembro de alguma coisa que você me falou.

P7: Agora quando eu vou comer, eu paro, penso, penso assim, o que que eu vou comer né, antes de fazer [...]

P8: [...] e tô muito mais consciente daquilo que eu como, como com prazer, como pra minha saúde e tô bem feliz.

P9: [...] então eu não preciso comer fora tá com fome, aí deu vontade de comer uma coisa doce, então vai lá e come, mas eu tenho que ter consciência de que não era uma fome, era uma vontade que eu tinha [...] aí a gente começa esse trabalho, por que que eu tava com vontade? Tava me faltando alguma coisa? Eu tava triste? Mas não é a comida, às vezes é um abraço então que eu preciso, não é a comida, né, de todo esse acompanhamento que eu tive contigo até agora, eu fico pensando isso em casa... mas a comida não vai tirar meu nervosismo, então eu tenho que resolver meu problema com o nervosismo [...]

Esperança de melhorar

Alguns participantes reconheceram que sua relação com a comida não estava boa ainda, mas tinham a esperança de melhorar.

P1: [...] É uma relação complicada, mas eu consigo ver uma luz no... no fim do túnel, eu consigo ter uma esperança de... antes eu não tinha essa esperança porque eu, quando me passavam uma dieta, eu falava assim: “não, eu não vou conseguir seguir isso pro resto da vida, vou fazer isso agora, vou tentar me esforçar pra fazer isso agora pra conseguir perder peso e melhorar a saúde, mas isso aqui eu não vou conseguir... é impraticável levar pelo resto da vida”. E isso aqui não, talvez eu demore, mas talvez é uma coisa que eu consiga... que eu consigo depois, agregar na minha vida né.

P5: [...] tá melhor [...] e vai melhorar.

DISCUSSÃO

O nutricionista é um profissional que, por ter a prescrição dietética como atividade profissional privativa, tradicionalmente tem sido associado ao “responsável” por “emagrecer pessoas”, o que leva à busca por esse profissional a fim de atingir objetivos estéticos. No início do atendimento nutricional realizado, a maior parte dos usuários demonstravam ter essa compreensão, devido a experiências prévias ou ao imaginário socialmente construído em relação ao nutricionista. No entanto, após a explicação de que as consultas nutricionais não tinham o objetivo prescritivo e enfoque no emagrecimento, não houve desistentes por esse motivo, de maneira que parece ser possível construir uma nova forma de abordar as questões nutricionais na APS, respeitando e valorizando a relação entre pessoas e sua alimentação.

Culturalmente, nossas concepções de saúde e bem-estar estão muito atreladas ao culto ao corpo.²⁷ Os discursos sobre saúde e estética estão ligados entre si e fundamentam a incessante busca ao corpo ideal com a justificativa de que se está buscando saúde.²⁷ Mais do que nunca, as pessoas falam e buscam saber sobre saúde e alimentação, o que pode ser notado pela quantidade de livros, revistas, sites, matérias em jornais e programas de televisão abordando esses assuntos.²⁸ E apesar de essas informações sobre alimentação estarem cada vez mais disponíveis, elas são colocadas de maneira dicotômica, dividindo os alimentos entre “saudáveis” e “não saudáveis”, “permitidos” e “proibidos”, atribuindo um valor moral em relação aos alimentos e contribuindo para que as pessoas sintam culpa, e não prazer em comer.²⁹ Essa relação pode ser observada na fala do participante 9, ao relatar sua culpa ao comer uma rodela a mais de beterraba do que estava previsto.

O aumento do sobrepeso, obesidade e de doenças crônicas, devido à mudança do estilo de vida da população, pode explicar o aumento da propagação e busca por esse tipo de informação, já que a alimentação influencia diretamente na saúde dos indivíduos, tanto na prevenção quanto no tratamento de doenças crônicas.³⁰ A busca por um nutricionista para prevenir e tratar problemas de saúde tem sido comum na prática clínica, porém, o conceito de saúde que está enraizado na população e em profissionais da saúde, em geral, ainda é atrelado ao pensamento biomédico, que medicaliza a comida para obter resultados específicos e imediatos no organismo.³¹ Podemos perceber essa relação entre saúde e emagrecimento nas falas dos participantes que relataram a busca da saúde como motivo de procura à nutricionista.

Os profissionais da saúde costumam focar a atenção ao peso corporal e aos “erros” da alimentação do indivíduo, sem considerar os outros fatores envolvidos no ganho de peso e sem questionar os motivos por trás de comportamentos e escolhas alimentares (história de vida, lembranças, relações afetivas, preferências, crenças, valores e mitos relacionados aos alimentos, influência dos meios de comunicação, da família e amigos, o

cenário socioeconômico, globalização, entre outros).³² Em redes sociais, profissionais da saúde falam de redução de gordura corporal por meio do autocontrole, desconsiderando os determinantes sociais da saúde envolvidos no acúmulo de tecido adiposo.^{29,33}

Essa propagação de informações baseadas nos conceitos biomédicos de saúde, com foco no emagrecimento, muitas vezes influencia o indivíduo a acreditar que se ele emagrecer ele terá saúde, e que o emagrecimento só depende da força de vontade para fazer atividade física e restrições alimentares.²⁹ Podemos perceber essas crenças nas falas dos participantes que relataram a busca da saúde como motivo de procura à nutricionista.

A maioria das intervenções para obesidade focam na perda de peso através de uma dieta restritiva e programas de atividade física. E como podemos observar nas respostas à pergunta Como você descreveria essa forma de atendimento?, muitos participantes relataram acreditar que iriam receber uma série de restrições e regras alimentares (em relação a quantidade e/ou qualidade dos alimentos) e listas de alimentos proibidos e permitidos. Entretanto, intervenções dessa natureza acabam sendo fatores de risco para compulsão alimentar, transtornos alimentares, insatisfação corporal, baixa autoestima, culpabilidade, redução da liberdade pessoal e estigmatização do corpo gordo.³⁴

Atitudes negativas em relação às pessoas com obesidade são comuns e os profissionais de saúde também estão entre as fontes de preconceito mencionadas pelos pacientes obesos, entre eles, encontram-se médicos, enfermeiros, psicólogos, educadores físicos e nutricionistas.³⁵ Estudos mostram que os profissionais veem os pacientes obesos como esquisitos, feios, pouco atraentes, inconformados, gulosos, desajeitados, sem determinação e preguiçosos.^{36,37,38} Além disso, os profissionais enxergam como causas da obesidade apenas a falta de atividade física, o consumo elevado de comida e a dieta rica em gordura; e consideram o tratamento de qualquer outra condição crônica (exceto uso de drogas) mais eficiente do que o da obesidade.³⁷

A estigmatização das pessoas gordas, quando praticada por profissionais da saúde, afasta esses indivíduos do acesso à saúde, pois negligencia outros fatores de saúde/doença em detrimento do seu estigma, em um espaço social de vulnerabilidade do sujeito enquanto paciente.³⁹ Por outro lado, abordagens que desconsideram o peso corporal, não culpabilizam o indivíduo pelo corpo gordo e trabalham a aceitação corporal, acabam estimulando o indivíduo a permanecer em tratamentos de saúde, já que pessoas com uma autoestima forte tendem a adotar comportamentos de saúde positivos.^{40,41}

Na área da saúde, é comum e socialmente aceitável realizar avaliações baseadas no peso corporal. Entretanto, se o nutricionista deseja tratar a obesidade de forma mais ampla e humanizada, é preciso rever o método tradicional de abordagem nutricional.³⁶ Como alternativa, pesquisadores que estudam intervenções não prescritivas mostram que ocorrem melhoras na autoestima e redução da insatisfação corporal dos indivíduos

estudados, e que a adesão dos participantes é influenciada pelos sentimentos de autonomia e identidade pessoal.^{42,43}

Em nossa pesquisa, foi possível observar essa motivação para continuar o tratamento. Alguns participantes relataram que se sentiram estimulados a comparecer nas consultas, conseqüentemente se aproximando da unidade de saúde e criando um vínculo com o profissional que o estava atendendo. Os participantes desistentes não relataram nenhum motivo de desistência relacionado à forma de tratamento nas consultas, e sim relacionados à falta de tempo e mudança para outra cidade.

Em um estudo recente que utilizou abordagem não prescritiva com mulheres obesas, os autores concluíram que as participantes tiveram melhoras em suas atitudes e práticas alimentares, na percepção da imagem corporal, na capacidade física e na qualidade de vida relacionada à saúde, mesmo sem haver mudanças no peso corporal.³⁴

Em nossos resultados, também é possível observar que os relatos da maior parte dos participantes indicam mudanças de pensamento e atitude em relação à comida. Abordagens que tiram o foco do peso corporal e buscam promover saúde em diferentes tamanhos de corpo encorajam o desenvolvimento de uma imagem corporal positiva e a aceitação de diferentes tipos e tamanhos de corpos, promovem uma alimentação que respeite as necessidades nutricionais individuais e as sensações de fome, saciedade, apetite e prazer e estimulam a promoção de atividades físicas prazerosas e sustentáveis a longo prazo.⁴⁴

Neste estudo, apenas uma das participantes ainda demonstrava mentalidade de dieta em sua fala, após o fim do tratamento. A mentalidade de dieta é um reflexo da propagação de informações dicotomizadas em relação à alimentação: a pessoa, mesmo, sem estar fazendo nenhuma dieta específica, não consegue se livrar dos pensamentos de dieta, que dividem os alimentos entre bons (os que emagrecem) e ruins (os que engordam).^{45,46} Algumas atitudes que podem demonstrar a presença de mentalidade de dieta são: contar carboidratos, comer apenas comidas “seguras” e se punir quando come comidas “ruins”.¹²

Muitos participantes imaginavam, antes de iniciar os atendimentos, que iriam receber informações nutricionais e/ou dietas. Apesar de termos fornecido algumas orientações sobre alimentos na última consulta, esse não era o foco das consultas justamente por sabermos que apenas a informação não é suficiente para alterar comportamentos.⁴⁷ Os motivos para comer e para a escolha alimentar consideram vários fatores relacionados ao indivíduo, à comida e ao ambiente: gosto, hábitos, saúde, conveniência, preço, prazer e normas sociais estão relacionados ao processo de seleção e consumo que, por sua vez, envolve fatores biopsicossociais, fisiológicos, cognitivos, ideológicos, econômicos e socioculturais.⁴⁸

Comer é uma das necessidades mais básicas do ser humano, mas existe a tendência de tornar o ato de se alimentar cada vez mais mecânico, através de dietas e de regras externas que proíbem mais do que permitem e que exigem controle permanente de desejos, sensações, fomes e ansiedades.^{27,49} Intervenções prescritivas podem considerar exclusivamente o valor nutricional dos alimentos e os riscos da obesidade, o que pode desconsiderar fatores socioculturais da alimentação, diferente de intervenções não prescritivas, como a abordagem da alimentação intuitiva que, entre outras, visa promover a saúde física e mental.^{43,49}

Mesmo tendo sido uma abordagem inesperada para a maioria dos participantes da pesquisa, é possível perceber em suas falas que as expectativas em relação ao atendimento foram superadas e que, mesmo que nem todos tenham conseguido melhorar a relação com a comida e com o corpo, havia a esperança de melhorar com o seguimento das atividades e reflexões trazidas nas consultas.

Apesar de uma das participantes ter ficado surpresa por encontrar uma abordagem mais humanizada de atendimento nutricional no Sistema Único de Saúde, a humanização do paciente está bem fundamentada nesse âmbito. Os Cadernos de Atenção Básica para obesidade orientam os profissionais da APS a desenvolver sensibilidade ao realizar uma intervenção para perda de peso, sem oferecer tratamento com regras ou culpabilizar o indivíduo.⁵⁰ As questões biológicas e psicossociais ligadas ao corpo e ao comer devem ser consideradas, uma vez que o tratamento humanizado ajuda a criar o vínculo profissional-usuário, o que aumenta a adesão e a confiança no tratamento.³⁶

O método clínico centrado na pessoa propõe várias mudanças na mentalidade do profissional de saúde.⁵¹ A noção hierárquica de que é o profissional que está no comando não se sustenta nessa abordagem, pois ela leva em consideração o entendimento que a pessoa tem a respeito de seu processo saúde/doença e todos os significados, sentimentos e expectativas envolvidos.⁵¹

Dentro do acompanhamento nutricional, a abordagem da Alimentação Intuitiva parece estar mais próxima da humanização e do método clínico centrado na pessoa, em comparação à abordagem tradicional, como pode ser observado na fala dos participantes. Eles relatam que suas preferências alimentares foram respeitadas, focando no prazer em comer; que foi um atendimento mais humano ao considerar o que eles sentiam, o que pensavam e suas dificuldades; e que os ajudou a entender e enfrentar suas questões de vida, levando em conta aspectos psicológicos da alimentação. Além disso, relataram se sentir valorizados, compreendidos, confiantes, tranquilos e acolhidos com essa forma de atendimentos.

Outro ponto observado no relato dos participantes é o autoconhecimento adquirido em relação à alimentação. Reconhecimento e respeito aos vários tipos de fome, à saciedade e à satisfação são fundamentais para a alimentação intuitiva e exigem que a pessoa esteja conectada e atenta a seu próprio corpo.¹² Esse processo de

autoconhecimento e conexão com o corpo é lento, e os participantes também tiveram consciência disso, como pode ser observado em algumas falas.

Como limitações do estudo, podemos destacar o fato de ele ter sido conduzido em uma pequena parcela de centros de saúde da cidade de Florianópolis, não podendo extrapolar esse dados para a cidade inteira ou para outras cidades. Além disso, pelo fato de as pesquisadoras terem tido um pequeno período de tempo para a aplicação das consultas com a abordagem da Alimentação Intuitiva, foi necessário condensar os atendimentos para que fosse possível realizá-los em cinco consultas. Isso acabou propiciando consultas de longa duração, com muitos exercícios para o participante fazer em casa, o que pode ter ocasionado, inclusive, algumas desistências.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que é possível utilizar a alimentação intuitiva como forma de abordagem dos atendimentos nutricionais da APS, pois ela está alinhada com a humanização proposta no SUS e ao método clínico centrado na pessoa, além de ter sido bem aceita pelos participantes da pesquisa. Além disso, foi possível perceber, nas falas dos participantes, que essa forma de atendimento promoveu melhoras de comportamentos alimentares, assim como em outras pesquisas que utilizam métodos não prescritivos para o acompanhamento nutricional.

Por outro lado, destacamos serem ainda necessários mais estudos que utilizem a alimentação intuitiva na APS para que possamos extrapolar esses dados e para pensar estratégias sobre como lidar com algumas dificuldades, como o tempo na agenda do profissional e do usuário, já que as consultas foram feitas a cada 15 dias e tiveram longa duração (cerca de 1h cada consulta).

Acreditamos que tais desafios possam ser superados na medida em que se proponha uma abordagem centrada na saúde e na qualidade de vida do usuário, sem foco na perda de peso e sem prescrição de dietas. Dessa forma, a alimentação intuitiva se coloca como ferramenta para a promoção da alimentação saudável na APS de uma forma mais abrangente e humanizada.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: World Health Organization; 2004.
2. Ministério da Saúde (Brasil), Agência Nacional de Saúde Suplementar. Vigitel Brasil 2017 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

3. Natacci LC, Ferreira Júnior M. The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Rev Nutr.* 2011 maio-jun; 24(3):384-94.
4. Pietiläinen KH, Saarni SE, Kaprio J, Rissanen A. Does dieting make you fat? A twin study. *Int J Obes.* 2012 mar; 36(3):456-64.
5. Saarni SE, Rissanen A, Sarna S, Koskenvuo M, Kaprio J. Weight cycling of athletes and subsequent weight gain in middleage. *Int J Obes.* 2006 nov; 30(11):1639-44.
6. Herman CP, Mack D. Restrained and unrestrained eating. *J Pers.* 1975 dez; 43(4):647-60.
7. Le Barzic M. Le syndrome de restriction cognitive: de la norme au désordre du comportement alimentaire. *Diabetes Metab.* 2001 set; 27(4):512-16.
8. Tylka TL. Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *J Couns Psychol.* 2006 abr; 53(2):226-40.
9. Hawks S, Madanat H, Hawks J, Harris A. The relationship between intuitive eating and health indicators among college women. *Public Health Nutr.* 2014 ago; 17(8):1757-66.
10. Augustus-Horvath CL, Tylka TL. The acceptance model of intuitive eating: A comparison of women in emerging adulthood, early adulthood, and middle adulthood. *J Couns Psychol.* 2011 jan; 58(1):110-25.
11. Tylka TL, Wilcox J. A. Are intuitive eating and eating disorder symptomatology opposite poles of the same construct? *J Couns Psychol.* 2006; 5(4):474-85.
12. Tribole E, Resch E. *Intuitive Eating: a revolutionary program that works.* 3 ed. Nova Iorque: St Martin's Press; 2012. 344 p.
13. Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C. *Nutrição Comportamental.* São Paulo: Manole; 2015.
14. Tylka TL, Diest AMKV. The Intuitive Eating Scale-2: Item Refinement and Psychometric Evaluation With College Women and Men. *J Couns Psychol.* 2013 jan; 60(1):137-53.
15. 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. *Int J Psychol Psychol Ther.* 2016; 16(3):329-41.
16. Calogero, R.; Pedrotty, K. Daily practice for mindful exercise. In: L'ABATE, Luciano. *Handbook of Low-Cost Preventive Interventions for Physical and Mental Health: Theory, Research and Practice.* Nova Iorque: Springer Science & Business Media; 2007. p. 141-60.
17. (IACI) Instituto de Alimentação Consciente e Intuitiva. *A alimentação intuitiva: olhando de uma forma diferente pra comida e quebrando*

- paradigmas da Nutrição [vídeo na Internet]. Belo Horizonte; 2017a [acesso em 2018 jul 3]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=l3lXsZDxm5c&feature=youtu.be>.
18. (IACI) Instituto de Alimentação Consciente e Intuitiva. Coaching na nutrição: como utilizar essas ferramentas? [vídeo na Internet] Belo Horizonte; 2017b [acesso em 2018 jul 3]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=DGD-rXG0VoQ&feature=youtu.be>.
 19. (IACI) Instituto de Alimentação Consciente e Intuitiva. Ferramentas da nutrição comportamental [vídeo na Internet]. Belo Horizonte; 2017c [acesso em 2018 jul 3]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=z4tn5i2XQIY&feature=youtu.be>.
 20. Petry NS, Bragunci L. Em paz com a comida. 1ª ed. Belo Horizonte: Lydiane Bragunci Bedeschi; 2018.
 21. Satter E. How to get your kid to eat... But not too much. Boulder: Bull Publishing Company; 1987.
 22. Tribole E, Resch E. The Intuitive Eating Workbook: 10 Principles for nourishing a healthy relationship with food. 1ª ed. Oakland: New Harbinger; 2017.
 23. Vicente Jr C. Apresentação em Power-point. Florianópolis; 2017 set 23. 63 slides.
 24. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
 25. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução, nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
 26. Nelson JB. Mindful Eating: the art of presence while you eat. Diabetes Spectr. 2017 ago; 30(3):171-4.
 27. Santos, LAS. O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo. Salvador: EdUFBA; 2008.
 28. Proença RPC. Alimentação e globalização: algumas reflexões. Cienc Cult. 2010 out; 62(4):43-7.
 29. Torres AAL. Ponto de equilíbrio entre a Ciência da Nutrição e "Fat Studies". Demetra. 2016; 11(supl. 1):1201-12.
 30. Ministério da Saúde (Brasil). Guia alimentar para a população brasileira. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
 31. Alves Filho RC, Ferreira FR, Seixas CM, Kraemer FB. Considerações conceituais acerca da subjetividade masculina para o campo da alimentação e nutrição. Demetra. 2016; 11(3):575-89.
 32. Pedro ND, Araújo MPN, Freitas MCS. Significados do comer no cotidiano de adolescentes: narrativas de estudantes com excesso de peso de uma instituição federal de ensino médio da cidade de Salvador, Bahia. Demetra. 2016; 11(3):847-61.

33. Silva CDC. Informação em saúde: produção, consumo e biopoder. *Ciênc Saúde Coletiv.* 2013; 18(10):3083-90.
34. Dimitrov UM, Pinto AJ, de Moraes Sato P, Benatti F, Lopes de Campos-Ferraz P, Coelho D, et al. Effects of a new intervention based on the Health at Every Size approach for the management of obesity: The "Health and Wellness in Obesity" study. *PLoS One.* 2018 jul; 13(7):1-19.
35. Jung FU, Luck-Sikorski C, Wiemers N, Riedel-Heller SG. Dietitians and Nutritionists: Stigma in the Context of Obesity. A Systematic Review. *PLoS One.* 2015 out; 10(10):1-16.
36. Cori GC, Petty MLB, Alvarenga MS. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos: um estudo exploratório. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2015 fev; 20(2):565-76.
37. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, et al. 'Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res.* 2003; 11(10):1168-77.
38. Schwartz MB, Chambliss HON, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obes Res.* 2003 out; 11(9):1033-39.
39. Poulain JP. *Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar.* 2. ed. Florianópolis: Editora UFSC; 2013.
40. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Allen AB, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *J Pers Soc Psychol.* 2007 maio; 92(5):887-904.
41. Goss K, Allen S. Compassion focused therapy for eating disorders. *Int J of Cognitive Therapy.* 2010 jun; 3(2):141-58.
42. Leske S, Strodl E, Hou X-Y. A qualitative study of the determinants of dieting and non-dieting approaches in overweight/obese Australian adults. *BMC Public Health.* 2012 dez; 12:1086.
43. Ulian MD, Gualano B, Benatti FB, Campos-Ferraz PL, Roble OJ, Modesto BT, et al. "Now I Can Do Better": A Study of Obese Women's Experiences Following a Nonprescriptive Nutritional Intervention. *Clin Med Insights Womens Health.* 2015 set; 8:13-24.
44. (ASDAH) Association for Size Diversity and Health [homepage na Internet]. [acesso em 2018 fev]. Disponível em: <https://www.sizediversityandhealth.org/>.
45. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al. *Cognitive Therapy of Depression.* Nova Iorque, Guilford; 1979.
46. Clark DA, Beck AT, Alford HA. *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression.* Nova Iorque: Wiley; 1999.

47. Ricou M, Salgado J, Alves C, Duarte I, Teixeira Z, Barrias J, et al. A comunicação e a alteração de comportamentos. *Psic., Saúde & Doenças*. 2004 nov; 5(2):131-44.
48. Moraes, JMM; Alvarenga, MS. Cross-cultural adaptation and apparent and content validity of the short version of The Eating Motivation Survey (TEMS) in Brazilian Portuguese. *Cad. Saúde Pública*. 2017 out; 33(10):1-12.
49. Garcia RWD. Alimentação e saúde nas representações e práticas alimentares do comensal urbano. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadoras. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 211-25.
50. Ministério da Saúde (Brasil). *Obesidade. Cadernos de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2006.
51. Stewart M. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

Submissão: abril de 2019.

Aprovação: agosto de 2019.