

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Olívia Garbin Koller

**QUAL É A SUA FOME? UMA REVISÃO NARRATIVA SOBRE O “COMER
INTUITIVO” E SEUS EFEITOS NA SAÚDE**

Porto Alegre

2019

Olívia Garbin Koller

**QUAL É A SUA FOME? UMA REVISÃO NARRATIVA SOBRE O “COMER
INTUITIVO” E SEUS EFEITOS NA SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Nutrição.

Orientador(a): Prof^a Dr^a Zilda Elizabeth de Albuquerque Santos

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Koller, Olívia Garbin

Qual é a sua fome? Uma revisão narrativa sobre o "comer intuitivo" e seus efeitos na saúde / Olívia Garbin Koller. -- 2019.

49 f.

Orientadora: Zilda Elisabeth de Albuquerque Santos.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. Comer intuitivo. 2. Sinais de fome e saciedade.
3. Fome física. 4. Fome emocional. 5. Parâmetros de
saúde. I. Santos, Zilda Elisabeth de Albuquerque,
orient. II. Título.

Olívia Garbin Koller

Qual é a sua fome? Uma revisão narrativa sobre o “comer intuitivo” e seus efeitos na saúde

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Nutrição.

Porto Alegre, 10 de dezembro de 2019.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o trabalho de conclusão de curso “Qual é a sua fome? Uma revisão narrativa sobre o “comer intuitivo” e seus efeitos na saúde”, elaborado por Olívia Garbin Koller como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora:

Profª Drª Carolina Guerini de Souza – UFRGS

Profª Drª Jussara Carnevale de Almeida - UFRGS

Profª Drª Zilda Elizabeth de Albuquerque Santos – UFRGS (Orientadora)

RESUMO

O comer intuitivo vem sendo estudado com frequência atualmente. A abordagem propõe que os indivíduos estabeleçam uma relação saudável com a comida, reconectando-se aos sinais internos corporais e distinguindo a fome física da fome emocional. O presente trabalho trata-se de uma revisão narrativa da literatura e as bases de dados eletrônicas utilizadas foram PubMed, Scielo e Google Scholar, utilizando como descritores as palavras “*comer intuitivo*”, “*alimentação intuitiva*”, “*intuitive eating*” e “*intuitive feeding*”, além da busca manual de citações nas publicações selecionadas. Foram incluídos 10 artigos sobre o comer intuitivo e seus efeitos na saúde. Os estudos sobre o tema ainda são recentes, entretanto, os resultados encontrados entre a abordagem e parâmetros de saúde são notáveis, mostrando que o comer intuitivo está inversamente associado a transtornos alimentares e ao IMC, e positivamente associado a parâmetros de saúde fisiológica e mental e a hábitos alimentares. O objetivo deste trabalho foi apresentar uma revisão atualizada sobre o comer intuitivo.

Palavras-chave: Comer intuitivo; Alimentação intuitiva; Sinais de fome e saciedade; Fome física; Fome emocional; Parâmetros de saúde.

ABSTRACT

The intuitive eating has been frequently studied nowadays. The approach proposes that individuals establish a healthy relationship with food by reconnecting themselves with internal bodily signals and by distinguishing the physical hunger of the emotional hunger. The present study is a narrative review of the literature and it has used the following electronic databases: PubMed, Scielo and Google Scholar, using as descriptors the key-words "comer intuitivo", "alimentação intuitiva", "intuitive eating" and "intuitive feeding", besides the manual search of citations in the selected publications. Were included 10 articles about intuitive eating and its effects on health. The studies about this subject are recent, however, the results between the approach and health parameters are remarkable, showing that the intuitive eating is inversely related to eating disorders and to the BMI, and positively associated to physiological and mental health parameters and eating habits. The purpose of this study is to present and updated review about intuitive eating.

Keywords: Intuitive eating; Intuitive feeding; Hunger and satiety cues; Physical hunger; Emotional hunger; Health parameters.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Escala da fome	20
Figura 2 – Fome física <i>versus</i> Fome emocional	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Detalhamento dos estudos

30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CI	Comer Intuitivo
IC	Imagem Corporal
IMC	Índice de Massa Corporal
ECM	Escala do Comer Intuitivo
ECM-2	Escala do Comer Intuitivo-2
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVO	14
3.1 OBJETIVO GERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4 MÉTODOS	15
5 DESENVOLVIMENTO	16
5.1 ORIGEM E DEFINIÇÃO DO “COMER INTUITIVO”	16
5.2 PRINCÍPIOS DO COMER INTUITIVO	18
5.2.1 Rejeitar a mentalidade da dieta	18
5.2.2 Honrar a fome	19
5.2.3 Fazer as pazes com a comida	20
5.2.4 Desafiar o policial alimentar	21
5.2.5 Sentir a saciedade	22
5.2.6 Descobrir o fator de satisfação	22
5.2.7 Lidar com as emoções sem usar a comida	23
5.2.8 Respeitar seu corpo	23
5.2.9 Exercitar-se - sentindo a diferença	24
5.2.10 Honrar a saúde – praticar uma “nutrição gentil”	24
5.3 FOME FÍSICA E FOME EMOCIONAL	25
5.4 FORMAS DE ESTIMAR O COMER INTUITIVO	27
5.5 EFEITOS DO COMER INTUITIVO NOS PARÂMETROS DE SAÚDE	29
5.5.1 Comer intuitivo e parâmetros fisiológicos de saúde	32
5.5.2 Comer intuitivo e IMC	32
5.5.3 Comer intuitivo e hábitos alimentares	33
5.5.4 Comer intuitivo, apreciação corporal e autocompaixão	34
5.5.5 Comer intuitivo e transtornos alimentares	35
5.5.6 Comer intuitivo e consciência interoceptiva	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38

REFERÊNCIAS	39
ANEXO A – PRIMEIRA ESCALA DO COMER INTUITIVO	45
ANEXO B – ESCALA ORIGINAL DO COMER INTUITIVO	46
ANEXO C – ESCALA ORIGINAL DO COMER INTUITIVO – 2	48

1 INTRODUÇÃO

A prevalência de sobrepeso e obesidade tem crescido rapidamente e representa um dos principais problemas de saúde pública no mundo atualmente. Associado a comorbidades (diabetes melito tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia), piora na qualidade de vida e aumento nas taxas de mortalidade (VIANA *et al.*, 2013), o ganho de peso está diretamente relacionado a fatores externos que distanciam os indivíduos da sua capacidade corporal interna de atender aos sinais físicos que determinam a fome e a saciedade (TRIBOLE, RESCHE, 2012). Influenciados por mudanças nos padrões de alimentação (WANDERLEY, FERREIRA, 2010), pela família (DANTAS, SILVA, 2018), mídia (MOURA, FERNANDES, 2010), dietas (BACON, APHRAMOR, 2011) ou por padrões atuais de beleza (TEO, 2010), os indivíduos são encorajados a comer na ausência da fome, ou a não comer na presença desta. Assim, a fim de normalizar a relação das pessoas com a comida, o conceito do “comer intuitivo” (CI) foi criado (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

Desenvolvida por duas nutricionistas americanas, Evelyn Tribole e Elyse Resche, na década de 90, a abordagem propõe estimular os indivíduos a se reconectarem com seus sinais internos de fome e saciedade, distinguindo suas sensações físicas das emocionais e desenvolvendo uma “sabedoria corporal”, também chamada de consciência interoceptiva. A proposta de desenvolver uma relação saudável com o corpo e com a comida apoia-se em três pilares que determinam o CI: permissão incondicional para comer; comer para atender as necessidades fisiológicas e não emocionais; e reconectar-se com os sinais internos de fome e saciedade. Considerando consumir os alimentos desejados no momento desejado, perceber as sensações físicas da fome (ex., barriga roncando e dor de cabeça) para se alimentar e identificar os sinais de saciedade para determinar quando interromper a refeição, os pilares da abordagem estão interligados e é necessária a presença de cada um para que se estabeleça um CI. A fim de facilitar a melhor relação dos indivíduos com a comida e estimular a reconexão com os sinais internos da fome e saciedade, as nutricionistas desenvolveram 10 princípios que orientam o CI (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

Considerando que a aborgadem é bastante recente e pouco se sabe sobre sua aplicabilidade e desfechos, este estudo tem por objetivo apresentar uma revisão atualizada da literatura sobre o tema do CI, além da sua relação com parâmetros de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Os indivíduos nascem com uma espécie de “sabedoria corporal” que regula o seu consumo alimentar, de modo que comem quando estão com fome e param de comer quando saciados. Entretanto, com o passar do tempo, a influência de fatores externos encoraja as pessoas a comerem mesmo sem a presença da fome, ou a não comerem na sua presença. Modelos atuais de beleza, dietas, regras alimentares de quantidade, qualidade e horários impostos pelas famílias são exemplos de fatores que distanciam o indivíduo da sua capacidade corporal interna de atender aos sinais de fome e saciedade e transformam a alimentação em um ato automático.

O conceito do Comer Intuitivo, criado no ano de 1995, ensina as pessoas a desenvolverem uma relação saudável com a comida, reconectando-se aos sinais de fome e saciedade, que regulam a ingestão alimentar, e honrando a saúde. Considerando que a abordagem ainda é recente e pouco se sabe sobre sua aplicabilidade e desfechos, o presente trabalho se justifica.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar uma revisão atualizada sobre o tema “comer intuitivo”.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a associação entre comer intuitivo e parâmetros de saúde.

4 MÉTODOS

O presente trabalho consiste em uma revisão narrativa da literatura científica sobre o tema Comer Intuitivo. Para responder a questão norteadora “O que a literatura especializada apresenta sobre o comer intuitivo” foram consultadas as bases eletrônicas PubMed, Scielo e Google Scholar, utilizando como descritores as palavras “comer intuitivo”, “alimentação intuitiva”, “*intuitive eating*” e “*intuitive feeding*”. Foi também realizada busca manual de citações nas publicações selecionadas. Não houve limitação de data de publicação dos artigos incluídos nesta revisão. Foram incluídas publicações nos idiomas português, inglês e espanhol.

5 DESENVOLVIMENTO

5.1 ORIGEM E DEFINIÇÃO DO “COMER INTUITIVO”

No início da década de 90, as nutricionistas Evelyn Tribole e Elyse Resche, observaram que seus pacientes, enquanto em acompanhamento nutricional, apresentavam perda peso, mas esta não se mantinha após a alta e eles voltavam buscando ajuda novamente. Frequentemente, o reganho de peso vinha acompanhado de sentimentos negativos de culpa e frustração, pela incapacidade de manter o peso eliminado ou seguir perdendo. Essa sequência de perda e reganho de peso, associado a sentimentos negativos, despertou nas nutricionistas uma inquietação com as abordagens utilizadas e estimulou uma busca por outras formas de conduzir as consultas (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

Na busca por novas abordagens, as nutricionistas encontraram, na literatura popular, um forte apelo “anti-dieta”, um movimento que propunha um “afastamento de 180 graus da dieta”, no qual todos os alimentos e escolhas alimentares eram permitidos, sem considerar condição de saúde e/ou necessidades nutricionais (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

Esta não parecia ser uma abordagem adequada, no entendimento das nutricionistas, uma vez que desconsiderava os fundamentos científicos que embasavam a conduta nutricional. No entanto, a ideia de unir os conceitos técnicos da ciência da nutrição, com a proposta de permissividade total das escolhas alimentares, parecia interessante e assim nasceu o conceito do CI (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

Com esta abordagem, as nutricionistas estimulavam os indivíduos a se reconectarem com seus sinais internos corporais, ensinando-os a distinguir suas sensações físicas das emocionais, desenvolvendo o que a literatura chama de “sabedoria corporal” ou consciência interoceptiva (TRIBOLE, RESCHE, 2012; TRIBOLE, 2017).

Interocepção refere-se à percepção consciente dos sinais fisiológicos, como os batimentos cardíacos, a respiração, as emoções (tristeza, raiva, felicidade, medo), a

fome e a saciedade (MEHLING *et al.*, 2012; MACHORRINHO *et al.*, 2012; TAVARES, 2019). Por se tratar de uma percepção consciente, pode ser influenciada por crenças, experiências passadas e expectativas. Dessa forma, cada indivíduo pode apresentar uma sensibilidade específica para essa capacidade interoceptiva, refletindo diretamente na intensidade da percepção dos sinais internos (POLLATOS *et al.*, 2007; JUNIOR, 2014).

A proposta do CI é que as pessoas desenvolvam uma relação saudável com a comida e regulem seu consumo alimentar pelos sinais internos de fome e saciedade. Essa abordagem é apoiada em três pilares: (1) permissão incondicional para comer; (2) comer para atender as necessidades fisiológicas e não emocionais e (3) reconectar-se com os sinais internos de fome e saciedade. Estes componentes estão interligados e a presença de cada um é necessária para que se estabeleça um comer de forma intuitiva (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

Permissão incondicional para comer significa consumir o alimento desejado, no momento desejado, sem classificá-lo de “bom” ou “ruim” e sem sentir culpa após a refeição. Comer para atender as necessidades fisiológicas e não emocionais tem relação com a percepção dos sinais físicos da fome (barriga roncando, dor de cabeça, irritação) no momento de se alimentar, não utilizando a comida como forma de lidar com as emoções. O último pilar corresponde à habilidade da pessoa perceber seus sinais internos de fome e saciedade para determinar o quê, quanto e quando comer (TYLKA, 2006; TRIBOLE, RESCHE, 2012). Este parece ser o pilar mais complexo, visto que os indivíduos desenvolvem hábitos alimentares com base no modelo de alimentação que recebem no ambiente familiar (DANTAS, SILVA, 2018). Ou seja, em um grupo familiar, de uma forma geral, não se escolhe quando ou o que comer, a mesma refeição é servida para todos, ao mesmo tempo (VAN DYKE, DRINKWATER, 2013). Essa condição acaba por distanciar o indivíduo da sua capacidade interna de identificar seus sinais físicos de fome e saciedade (COHEN, FARLEY, 2008).

A fim de favorecer uma melhor relação do indivíduo com a comida, Evelyn Tribole e Elyse Resche desenvolveram pressupostos, ou princípios, que orientam o CI (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

5.2 PRINCÍPIOS DO COMER INTUITIVO

Os princípios propostos pelas autoras são o resultado de em uma ampla busca na literatura, associada às experiências clínicas em consultório (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

5.2.1 Rejeitar a mentalidade da dieta

O termo “fazer dieta” tornou-se empobrecido ao longo do tempo. Na Grécia Antiga, “fazer dieta” fazia parte de um conjunto de ações para uma vida saudável. Mais tarde, na era da medicina hipocrática, passou a ser um regime alimentar capaz de corrigir desarmonias responsáveis por doenças. Atualmente tem uma relação com estética e perda de peso para harmonização física (FALCATO, GRAÇA, 2015).

No Glossário Temático de Alimentação e Nutrição, do Ministério da Saúde do Brasil, dieta significa “alimentação geral que serve de padrão para os indivíduos” ou “tipo de alimentação específica recomendada a um indivíduo para atender às necessidades terapêuticas” (BRASIL, 2008).

Para as autoras, deve-se buscar um afastamento da associação entre “dieta”, “padrão” e “perda de peso”. Para elas, se dieta passasse pela mesma fiscalização de um medicamento, seria proibida para uso livre pela população, uma vez que pode acarretar em ganho de peso a longo prazo e dano à saúde mental, tal como o desenvolvimento de compulsão alimentar (BACON, APHRAMOR, 2011; TRIBOLE, RESCHE, 2012; SCHNETTLER *et al.*, 2017).

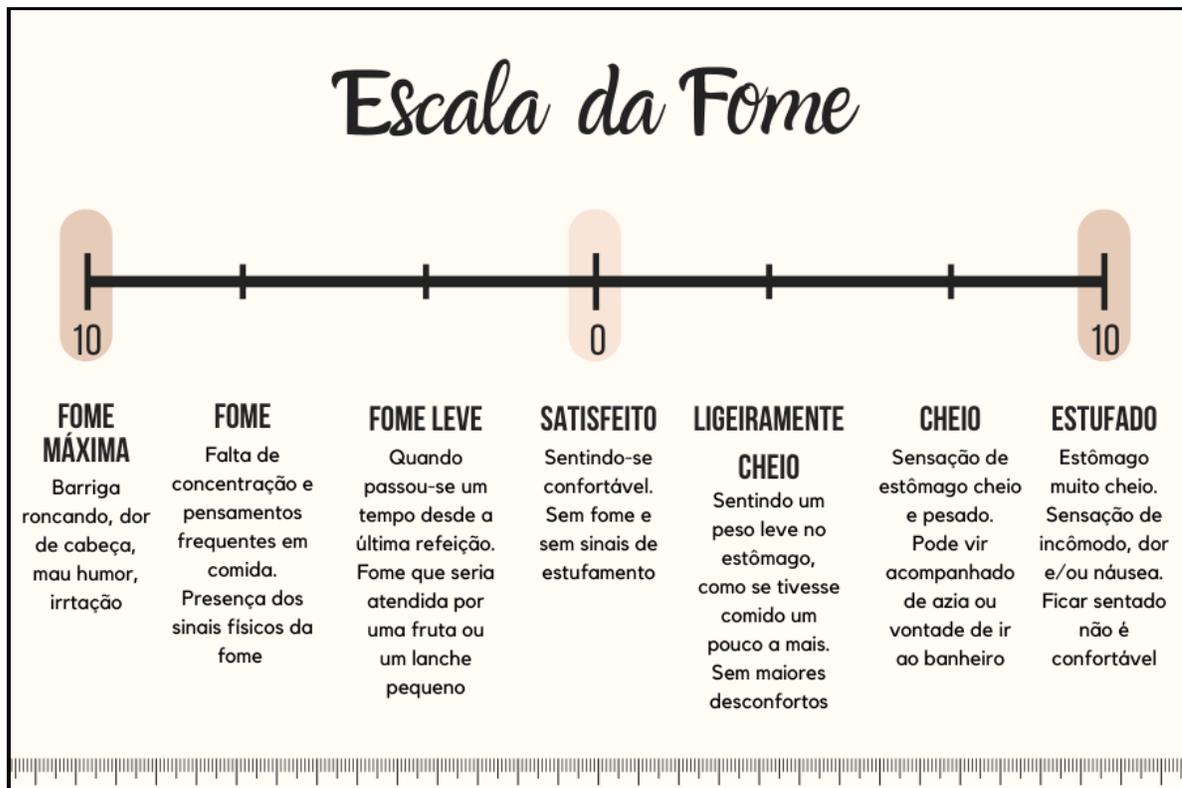
Não permitir que outra pessoa determine o quê, em qual quantidade e em que horário um indivíduo deve comer é fundamental para ser um comedor intuitivo. Jogar fora os livros, revistas e todas aquelas informações sobre dietas e calorias que oferecem e alimentam uma falsa esperança de perder peso de forma fácil, rápida e permanente são recomendações que podem auxiliar na execução deste primeiro princípio (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

5.2.2 Honrar a fome

Honrar a fome significa comer quando, “fisiologicamente”, a fome se estabelece com seus sinais (barriga “roncando”, tontura, desatenção e dor de cabeça). A fome é um instinto de sobrevivência que resulta na busca de alimentos e, sempre que os sinais da fome se apresentam, o bebê chora (HETHERINGTON, 2017). Com o passar dos anos, a criança recebe alimentos de acordo com o padrão familiar, social, cultural e passa a não precisar mais dos sinais da fome para se alimentar, que acabam sendo desconsiderados (SCAGLIONE *et al.*, 2018). Fazer dieta, com padrões alimentares rígidos, também leva os indivíduos a desconsiderarem os sinais corporais que sinalizam a fome (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

Nestas circunstâncias, utilizar a escala da fome (Figura 1) é uma estratégia que auxilia na identificação da fome física. Nesta ferramenta, os indivíduos são orientados a iniciar uma refeição quando apresentarem os sintomas indicados em “fome leve”, à esquerda da escala, onde estão localizados os sinais da fome. Da mesma forma, sugere-se que a pessoa pare de comer quando apresentar os sintomas a partir do número 0, à direita da escala, onde estão localizados os sinais de saciedade. Deve-se evitar atingir a fome máxima, quando os sinais físicos são tão intensos que haverá dificuldade em selecionar o que se quer comer ou parar quando está saciado (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

Figura 1 - Escala da fome



Fonte: Adaptado de Haber (1977) e Alvarenga (2015)

5.2.3 Fazer as pazes com a comida

Este é o momento de dar uma trégua e parar de brigar com a comida, dar um peso equivalente a todos os alimentos e não classificá-los de “bons” ou “ruins” e “saudáveis” ou “não saudáveis”. O alface, o brigadeiro, o mamão, a batata frita e o hambúrguer, embora sejam alimentos com composições nutricionais diferentes, devem ser equivalentes a nível emocional, e as escolhas devem ser baseadas na vontade do indivíduo. Uma vez que se proíbe comer qualquer comida, as chances de desencadear intensos sentimentos de privação aumentam, o que eventualmente pode se transformar em desejos incontroláveis e, muitas vezes, em compulsão (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

A partir deste princípio o indivíduo aprende a se comunicar com um dos pilares centrais do CI: a permissão incondicional para comer. Embora possa ser mal compreendido pelas pessoas e, até mesmo, profissionais da saúde, a permissão incondicional não diz respeito ao ato de comer qualquer coisa, a qualquer momento e

sem critérios. Por outro lado, trata de ensinar o indivíduo a se questionar na hora de fazer as escolhas alimentares, considerando os alimentos dos quais ele gosta de comer e eliminando a necessidade de comer em excesso (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

5.2.4 Desafiar o policial alimentar

Embora pareça engraçado, as nutricionistas sugerem que dentro da mente de cada ser humano há uma espécie de “delegacia de polícia”. Traduzindo, é como se houvesse um policial de plantão verificando se as “regras” determinadas pela mentalidade da dieta estão, ou não, sendo cumpridas. Ou seja, quando o indivíduo se alimenta com algo que não se enquadra entre os “alimentos permitidos”, manifestam sentimento de culpa, ocasionado por sensações que sugerem estar fazendo algo errado (como roubar ou mentir). Entretanto, não é apenas a influência interna que deve ser desafiada, muitas vezes é necessário lidar com os policiais externos - familiares, amigos, profissionais da saúde -, que agem, também, de forma a fiscalizar e visam garantir o cumprimento dessas “regras” (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

Considerado um dos princípios críticos para se tornar um comedor intuitivo, desafiar o policial alimentar é aprender a identificar as diferentes “vozes da comida”, que influenciam nos sentimentos e comportamentos dos indivíduos, e geralmente atrapalham o processo. É comum que os indivíduos tenham pensamentos instantâneos que agem como uma calculadora nutricional e dão informações de calorias, gorduras, carboidratos etc., presentes nos alimentos. Reflexos da voz denominada *informante nutricional*, essas informações servem para “ajudar” o indivíduo a manter a linha na dieta. Além desta, existe uma segunda voz que age como sabotadora de todo o processo e “induz” o comer em excesso e reações de “tudo ou nada”, chamada de voz do *revoltado* (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

O importante é que o indivíduo desenvolva a habilidade de transformar essas vozes em aliadas, utilizando o “informante nutricional” para auxiliar em escolhas saudáveis e a voz do “revoltado” para ajudar a manter os limites dos excessos em equilíbrio (ALVARENGA *et al.*, 2015).

5.2.5 Sentir a saciedade

Saciar-se pode ser definido, de uma forma simples, pelo ato de matar a fome ou a sede (MICHAELIS, 2016). Sentir-se saciado envolve aprender a reconhecer os sinais físicos internos de que a fome já foi atendida e entender o que é estar confortavelmente saciado (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

Propondo facilitar a percepção da saciedade, o também chamado de *Mindful Eating*, ato de comer com atenção plena, sem distrações e com foco apenas na comida, é uma estratégia que pode ser utilizada para auxiliar na identificação da saciedade. Realizar pequenas pausas e fazer questionamentos durante a refeição aumentam a atenção e a consciência ao comer. Por outro lado, aprender a sentir saciedade e desenvolver a consciência interoceptiva é um processo gradual que precisa de treino (ALVARENGA *et al.*, 2015; NELSON, 2017).

5.2.6 Descobrir o fator de satisfação

Ao propor descobrir o fator de satisfação, o CI visa fazer com que o indivíduo resgate a sensação de prazer sentida quando come algo que quer e gosta. Nessa perspectiva, é preciso levar em consideração dois fatores essenciais, que existem alimentos que satisfazem por mais tempo, fazendo com que os sinais físicos de fome demorem a aparecer novamente e prolongando o tempo sem pensar em comida; e que é preciso encontrar satisfação também por meio da comida e não utilizá-la apenas como forma de matar a fome e se nutrir (ALVARENGA *et al.*, 2015).

É preciso saber identificar o que se quer comer e prestar atenção nas sensações que o alimento desperta e nos sinais físicos que ele pode provocar (plenitude ou estufamento, por exemplo). Com certa frequência, negligenciamos o fato de que a comida pode gerar prazer e satisfação, automatizando o ato de comer. Quando se come o que realmente quer, em um ambiente atrativo, a satisfação promovida se torna uma força poderosa na percepção da saciedade e evita a prática do comer em excesso (ALVARENGA *et al.*, 2015; ALMEIDA, FURTADO, 2017).

Visando auxiliar no processo, as nutricionistas propõe 5 passos-chaves para resgatar a satisfação durante as refeições: (1) perguntar-se o que realmente quer comer

(estabelecendo permissão incondicional para comer); (2) descobrir o prazer do paladar (considerando o gosto, a textura, o aroma, a aparência, a temperatura e o volume de cada alimento); (3) fazer a experiência de comer mais agradável (comer junto dos amigos e familiares, comer em ambientes calmos e dispor de tempo para apreciar a refeição); (4) não acomodar-se (entender que quando uma comida não é agradável ao paladar, não é necessário comê-la); e (5) perguntar-se se a refeição ainda está saborosa (checar se a comida está tão gostosa quanto estava quando iniciou a refeição, considerando parar de comer caso não esteja) (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

5.2.7 Lidar com as emoções sem usar a comida

Cada indivíduo reage de uma forma quando exposto a situações e emoções. Além da preocupação com o peso, é evidente que a comida tem associação aos sentimentos e que as pessoas são influenciadas pelas emoções quando comem, ou comem influenciadas por estas, chamado de comer emocional (TRIBOLE, RESCHE, 2012; BENNETT, GREENE, SCHWARTZ-BARCOTT, 2013; TAN, CHOW, 2014).

Entretando, os sentimentos (felicidade, angústia, estresse, raiva e ansiedade) estarão presentes durante a vida toda e é preciso, portanto, aprender a encontrar uma maneira de se confortar, distrair e resolver estas questões sem usar a comida, pois ela não irá “consertar” nem “resolver” esses sentimentos. Desta forma, o sétimo princípio do CI fundamenta a necessidade de encontrar a fonte do sentimento, e buscar outra forma de atendê-lo (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

5.2.8 Respeitar seu corpo

A imagem corporal (IC) pode ser definida como uma ilustração que se tem na mente acerca da aparência, forma e tamanho do corpo, sendo sustentada por dois componentes: o perceptivo, que corresponde às imagens construídas na mente, e o atitudinal, que engloba os pensamentos e sentimentos em relação ao corpo (SLADE, 1994). Considerado um distúrbio de IC, a insatisfação corporal é um cenário muito prevalente na população atual, principalmente entre o público feminino (FORTES *et al.*, 2013; POLTRONIERI *et al.*, 2016; PETRY, JUNIOR, 2019), devido a elevada cobrança

social e forte influência da mídia pela busca do corpo ideal (FERNANDEZ, PRITCHARD, 2012).

Respeitar o corpo envolve aceitar o biotipo corporal de acordo com as características genéticas individuais, bem como abandonar a ideia de que o corpo é maleável (existem características que não podem ser modificadas, como o tamanho dos pés e a estatura, por exemplo). Quando houver insatisfação corporal e desejo de mudança, é necessário traçar metas realistas e que se encaixem-se na rotina (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

5.2.9 Exercitar-se - sentindo a diferença

O CI preconiza que o exercício físico deve ser realizado visando buscar o bem-estar corporal e mental, e não deve ser utilizado como mecanismo compensatório ou punitivo para perda de peso e queima de gordura. A ideia é utilizar o exercício como forma de cuidar da saúde como um todo, independente do peso e da idade, focando nos benefícios que este acarreta (TRIBOLE, RESCHE, 2012). Uma das chaves para aderir ao exercício físico é focar na sensação que ele gera, como melhora no humor e redução do estresse (CHAPUT *et al.*, 2011).

5.2.10 Honrar a saúde – praticar uma “nutrição gentil”

“Nutrição gentil” é um termo alçado pelas autoras, Evelyn Tribole e Elyse Resche, que consiste na premissa de que as escolhas alimentares devem ser feitas de forma a honrar a saúde e o paladar, cuidando não somente do corpo físico, mas também da saúde emocional e social, como preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2014). Além disso, enfatiza que não é necessário comer perfeitamente para ser saudável e que não será uma refeição ou um dia atípico que irá desencadear uma deficiência nutricional, sendo importante manter o equilíbrio (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

Por fim, é importante enfatizar que o CI não desconsidera nenhuma recomendação nutricional ou diretriz sobre alimentação saudável, mas defende uma nutrição gentil e acredita que a mesma possa ser aplicada àqueles indivíduos que

apresentam alguma comorbidade, ajustando a alimentação de acordo com as necessidades e recomendações específicas da doença e fazendo com que as pessoas se sintam felizes e alimentadas (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

5.3 FOME FÍSICA E FOME EMOCIONAL

A regulação da fome é um processo complexo que envolve, além de fatores fisiológicos, fatores ambientais, comportamentais e os sentimentos (LEMMENS *et al.*, 2011). O cérebro representa o principal coordenador do corpo humano e é responsável pelos mecanismos fisiológicos que regulam o apetite e contribuem para a ingestão alimentar (HALPERN, RODRIGUES, COSTA, 2004; SOHN, ELMQUIST, WILLIAMS, 2013; HEISLER, LAM., 2017). Entretanto, alimentar-se na ausência da fome também é um comportamento comum, muitas vezes iniciado por momentos de tédio, pela manifestação de determinados sentimentos ou, simplesmente, pela disponibilidade de comida (MATTES *et al.*, 2005).

Do ponto de vista fisiológico, a fome surge em decorrência de períodos sem se alimentar e é indicada pela manifestação de sintomas como sensação de estômago vazio, tontura, dores de cabeça e irritação (MATTES *et al.*, 2005; TRIBOLE, RESCHE, 2012). Em períodos de inanição, as diversas regiões e células do cérebro reconhecem mensagens enviadas pelo corpo, como queda nos níveis de glicose sanguínea e alteração nos níveis dos hormônios da fome, que auxiliam na identificação e caracterização do circuito de fome e saciedade (LEMMENS *et al.*, 2011; AMIN, MERCER, 2016; HEISLER, LAM, 2017).

Dentre os mecanismos da ingestão alimentar mais estudados, popularmente conhecidos como “hormônios da fome”, a grelina e a leptina agem no hipotálamo, controlando diretamente o apetite e a saciedade, respectivamente. Em condições normais, os níveis de grelina apresentam-se em altas concentrações durante o período pré-prandial, sinalizando a fome, e reduzem após a alimentação (CONG *et al.*, 2010). De maneira oposta, os níveis de leptina, que apresentam queda na circulação sanguínea após algum tempo sem se alimentar, aumentam sua concentração à medida que o indivíduo se alimenta e repõem os nutrientes, sinalizando a saciedade e

reduzindo a ingestão alimentar (ROMERO, ZANESCO *et al.*, 2006; FAAR, GAVRIELI, MANTZOROS, 2015).

Por outro lado, nem sempre a fome estará relacionada à presença de sintomas físicos e mecanismos fisiológicos. Sabe-se que existe uma conexão complexa e intensa entre a comida e as emoções e que esta está envolvida em todo o contexto cultural e histórico dos indivíduos (LIMA, NETO, FARIAS, 2015). A comida, por inúmeras vezes, pode ser utilizada para lidar com os sentimentos e utilizá-la desta forma não é um componente da fome fisiológica, mas sim da fome emocional (TRIBOLE, RESCHE, 2012).

Desencadeado pelos sentimentos (tédio, raiva, amor, felicidade, ansiedade, frustração, estresse), o comer emocional pode ser responsável por uma simples beliscada, até uma compulsão alimentar sem controle (TRIBOLE, RESCHE, 2012) que, a longo prazo, pode tornar-se um problema se passar a ser considerado uma válvula de escape para os sentimentos (ALVARENGA *et al.*, 2015). Em concordância, estudos têm demonstrado que o comer emocional está relacionado à depressão e ao ganho de peso (KONTTINEN *et al.*, 2010; BENNETT, GREENE, SCHWARTZ-BARCOTT, 2013; LAZAREVICH *et al.*, 2016).

A Figura 2, apresentada a seguir, é uma ferramenta que pode ser utilizada para auxiliar os indivíduos a reconhecerem a origem da fome e lidarem com ela sem utilizar a comida.

Figura 2 – Fome física *versus* Fome emocional



Fonte: Adaptado de Albers (2016)

5.4 FORMAS DE ESTIMAR O COMER INTUITIVO

Com o objetivo de avaliar se o CI era uma abordagem potencial para a promoção do peso saudável, Hawks et al. (2004) desenvolveram a primeira escala publicada e

validada (ANEXO A). Trata-se de uma escala de Likert com 27-itens, pontuada de 1 e 5, que varia de “*concordo totalmente*” a “*discordo totalmente*”. Desenvolvida a partir de uma revisão sistemática, cada item relaciona-se a um constructo teórico da alimentação intuitiva (confiança nos sinais internos de fome e saciedade, influência das emoções sobre as escolhas alimentares, sentimento “anti-dieta” e escolhas que favorecem o cuidado com a saúde acima de cuidados estéticos). Apesar de validada, a primeira Escala do Comer Intuitivo (ECM) apresenta limitações quanto a população estudada, visto que foi realizada com uma amostra de estudantes universitários, majoritariamente caucasianos, saudáveis e com peso normal. Dessa forma, os autores afirmam serem necessárias pesquisas futuras para que a ECM possa ser confiável, válida e aplicada a outras populações (HAWKS, MERRIL, MADANAT, 2004).

Baseada nos dez princípios do CI, a Escala Original do Comer Intuitivo (ANEXO B) foi desenvolvida por uma psicóloga no ano de 2006. Tendo em vista que, até o momento, nenhum instrumento havia levado em consideração os pilares da abordagem, Tracy Tylka incluiu os componentes na composição do instrumento: (1) permissão incondicional para comer; (2) comer para atender as necessidades fisiológicas e não emocionais e (3) reconectar-se com os sinais internos de fome e saciedade. Foram necessários quatro estudos com uma população de universitárias para a elaboração da ferramenta. Sustentando a validade do instrumento, a escala de 21-itens foi negativamente associada ao transtorno alimentar, insatisfação corporal, baixa consciência interoceptiva, pressão por magreza e internalização de peso e IMC ideais; e positivamente associada a índices de bem-estar. Entretanto, esta escala também apresentou limitação quanto a população estudada. Em sua maioria mulheres jovens, caucasianas e de classe média alta, afirmou-se ser necessária a aplicação da ferramenta em diferentes populações (TYLKA, 2006).

A fim de aprimorar a primeira Escala Original do Comer Intuitivo, a segunda versão foi desenvolvida (ANEXO C). A pesquisa foi aplicada em uma população de homens e mulheres e visou reestruturar os itens incluídos na primeira versão, incluindo, principalmente, itens de pontuação positiva, em oposição a itens de pontuação negativa. Realizada em três amostras diferentes, a nova escala de 23-itens incluiu 11 itens originais de Tylka (2006) e 12 novos itens desenvolvidos e é composta por 4

subescalas (os princípios anteriormente incluídos na primeira escala de Tylka, acrescidos da quarta parte: escolhas alimentares baseadas nas necessidades do corpo). A aplicabilidade e validade da ferramenta foi demonstrada de forma equivalente tanto para homens, quanto para mulheres. Todavia, apesar de ser o instrumento utilizado atualmente, ainda apresenta limitações quanto a população, sendo necessárias futuras pesquisas com pessoas de diferentes idades, raças, culturas e classes socioeconômicas (TYLKA, VAN DIEST, 2013). A escala foi validada para a população francesa (CAMILLERI *et al.*, 2015), alemã (DYKE *et al.*, 2016) e possui uma versão para adolescentes (DOCKENDORFF *et al.*, 2012).

Nenhuma das escalas apresenta versão validada e publicada para a língua portuguesa.

5.5 EFEITOS DO COMER INTUITIVO NOS PARÂMETROS DE SAÚDE

A busca na literatura por artigos, publicados nos últimos dez anos, que avaliassem a abordagem do CI e sua relação com parâmetros de saúde resultou em 10 estudos que utilizaram ferramentas validadas para estimar a abordagem. Dentre os artigos encontrados, todos apresentaram desenho transversal e eram em inglês. Quatro dos estudos se referiam a indivíduos adultos e cinco destes incluíram exclusivamente mulheres na amostra. A Tabela 1 apresenta um detalhamento dos estudos incluídos.

Tabela 1 – Detalhamento dos estudos

Autor, país	Estudo	Amostra	Idade (anos)	Critério de exclusão	Escala	Resultados
Augustus-Horvath et al., EUA (2011)	Estudo transversal e correlacional	801 mulheres	18 – 65	Participantes que falharam em qualquer item de validade do questionário.	IES, Tylka (2006)	Menor IMC (em mulheres de 26 a 65 anos); Maior apreciação corporal;
Madden et al., Nova Zelândia (2012)	Estudo transversal randomizado	1601 mulheres adultas	45 ± 5	Mulheres <40 anos ou >50 anos; grávidas ou amamentando.	IES, Tylka (2006)	Menor IMC; Melhores hábitos alimentares (comer mais devagar e maior consumo de vegetais);
Gast et al., EUA (2012)	Estudo transversal	181 estudantes universitários do sexo masculino	21.4 ± 3.7	Mulheres; estudantes <17 anos; atletas.	IES, Hawks (2004)	Menor IMC;
Herbert et al., Alemanha (2013)	Estudo transversal descritivo	111 estudantes universitárias do sexo feminino	25.4 ± 4.8	Mulheres com alguma doença relevante; utilizando medicações; usuárias de abuso de substâncias psicoativas; com IMC <20 kg/m ² e >25kg/m ² .	IES, Tylka (2006)	Menor IMC; Maior sensibilidade interoceptiva;
Denny et al., EUA (2013)	Estudo transversal	2287 homens e mulheres	25.3 ± 1.7	-	IES, Tylka (2006)	Negativamente associado com transtornos alimentares;
Schoenefeld et al., EUA (2013)	Estudo transversal	322 estudantes universitárias	18 – 24	-	IES, Tylka (2006)	Maior aceitação corporal; Maior autocompaixão;
Tylka et al., EUA (2015)	Estudo transversal e correlacional	382 homens e mulheres	33.8 ± 11.1	Indivíduos que falharam em pelo menos uma das perguntas de validade que	IES-2, Tylka (2013)	Menor IMC; Maior satisfação e apreciação

				medissem a atenção durante o preenchimento do questionário; ou que tivessem dados insuficientes.		corporal; Negativamente associado com baixa percepção interoceptiva; Negativamente associado com compulsão alimentar; Menor preocupação com os alimentos;
Craven et al., EUA (2019)	Estudo transversal	196 estudantes universitárias do sexo feminino	20.1 ± 3.1	Homens, <18 anos; não fluentes em inglês; baixo peso (IMC <18.5 kg/m ²); com diagnóstico de transtornos alimentares; mulheres grávidas.	IES-2, Tylka (2013)	Menor vergonha por causa do peso;
Keirns et al., EUA (2019)	Estudo transversal	136 estudantes universitários	34.4 ± 14.8	Pacientes <18 anos ou >65 anos; mulheres grávidas; história de doença neurológica; não fluentes em inglês; histórico de cirurgia bariátrica ou que planejavam realizar nos próximos 12 meses; histórico de transtornos alimentares.	IES-2, Tylka (2013)	Menor preocupação com o formato do corpo; Menor preocupação com o peso;
Keirns et al., Estados Unidos (2019)	Estudos Transversal	248 adultos	32.2 ± 14.3	Indivíduos <21 anos e >65 anos; não fluentes em inglês; mulheres grávidas; com histórico de doenças neurológicas.	IES-2, Tylka (2013)	Nenhuma associação entre o CI e parâmetros de saúde (PA e glicose em jejum)

CI, comer intuitivo; DM, Diabetes Mellitus; DR, doença renal; EUA, Estados Unidos; IAM, infarto agudo do miocárdio; ICC, insuficiência cardíaca congestiva; IES, Intuitive Eating Scale; IES-2; Intuitive Eating Scale-2; IMC, índice de massa corporal; PA, pressão arterial

Fonte: Elaborado pela autora.

5.5.1 Comer intuitivo e parâmetros fisiológicos de saúde

Apenas um estudo (KEIRNS, HAWKINS, 2019) avaliou a relação do CI com parâmetros fisiológicos de saúde (pressão arterial e glicose em jejum). Os resultados mostraram que não houve associação significativa entre indivíduos com e sem CI, avaliados pela ECM-2, e pressão arterial sistólica ($P = 0.256$), pressão arterial diastólica ($P = 0.073$) e glicose em jejum ($P = 0.500$), após ajuste com covariáveis (IMC, gênero, idade, raça e escolaridade). Análises de sensibilidade revelaram pressão arterial diastólica significativamente menor nos comedores intuitivos, quando comparados a comedores não intuitivos. Entretanto, após ajuste com as covariáveis, não houveram diferenças significativas entre os grupos ($P = 0.567$).

5.5.2 Comer intuitivo e IMC

Cinco artigos analisaram a relação entre o CI e o índice de massa corporal (IMC) (AUGUSTUS-HORVATH, TYLKA, 2011; MADDEN *et al.*, 2012; GAST, MADANAT, NIELSON, 2012; HERBERT *et al.*, 2013; TYLKA, CALOGERO, DANÍELSDÓTTIR, 2015).

Augustus-Horvath *et al.* (2011) estratificaram a amostra de mulheres adultas ($n = 801$) em três grupos diferentes: grupo adulto emergente (18-25 anos); grupo adulto inicial (26-39 anos); e grupo adulto médio (40-65 anos). A partir de dados de peso e estatura referidos pelas participantes por meio da Web Page da pesquisa, os resultados apontaram que o CI está significativamente associado ao menor IMC em mulheres adultas iniciais e de idade média. Estes resultados não foram demonstrados em mulheres com idades de 18 a 25 anos.

Madden *et al.* (2012) analisaram uma amostra de 1601 mulheres com idades de 40 a 50 anos, selecionadas aleatoriamente a partir dos cadernos eleitorais da Nova Zelândia. Utilizando dados de peso e estatura referidos pelas participantes, os resultados mostraram associação significativa entre os scores totais obtidos na ECM e o IMC das mulheres ($P < 0.001$). As participantes que apresentaram maiores scores na escala (comedoras intuitivas), apresentaram menor IMC após ajuste para possíveis

variáveis de confusão (idade, hábito de fumar, menopausa, funcionamento tireoideano, raça, atividade física e nível socioeconômico).

Gast et al. (2012) avaliaram uma amostra de 181 estudantes universitários do sexo masculino com idade média de 21,4 ($\pm 3,7$) anos. Os dados de peso e estatura foram referidos pelos indivíduos no questionário preenchido para a pesquisa, a fim de calcular o IMC. As análises indicaram que o IMC dos estudantes diminuiu em 0.098 kg/m² para cada unidade que aumentou no score total da ECM de Hawks ($P < 0.001$). Assim, os resultados indicam que ser um comedor intuitivo está associado com menor IMC.

Herbert et al. (2013), único estudo que realizou aferição do peso e estatura em laboratório, realizaram a pesquisa com 111 estudantes universitárias (idade média = 25,4 anos). Os autores avaliaram a associação da pontuação total da ECM, e de suas três subescalas, com o IMC. Os resultados demonstraram que scores mais altos na ECM, e em duas de suas subescalas (comer por razões físicas e não emocionais; e confiança nos sinais internos de fome e saciedade) foram significativamente associados ao menor IMC das participantes. A subescala de permissão incondicional para comer não atingiu significância estatística ($P = .19$) quando comparada ao IMC.

Tylka et al. (2015) conduziram um estudo com 382 homens e mulheres (idade = 33.8 ± 11.08) da comunidade americana. A pesquisa avaliou o efeito de duas abordagens consideradas alternativas saudáveis para a saúde: o CI e dieta flexível (abordagem que considera consumir porções menores que as desejadas para controlar o peso; fazer compensações quando comer demais em uma refeição, comendo menos na próxima; e levar em consideração o peso para realizar as escolhas alimentares). Os dados de peso e estatura foram coletados através de questionário online e os resultados indicaram que o CI foi inversamente associado ao IMC ($P < 0.001$) para homens e mulheres, enquanto a dieta flexível não apresentou relação.

5.5.3 Comer intuitivo e hábitos alimentares

O estudo realizado com 1601 mulheres adultas demonstrou que comedores intuitivos apresentaram melhores hábitos alimentares, em termos de qualidade dos alimentos e tempo despendido para uma refeição, que comedores não intuitivos.

Madden et al. (2012) utilizaram a Pesquisa Nacional de Nutrição da Nova Zelândia de 1997 para verificar a ingestão diária de alimentos específicos. A fim de verificar o tempo despendido para uma refeição, os autores utilizaram a pergunta respondida por relato dos participantes: “*como você descreveria seu tempo usual para realizar uma refeição?*” e um segundo item que avaliou o tempo usual gasto para realizar uma refeição principal. Os resultados demonstraram associação significativa entre o CI e os hábitos alimentares, indicando que comedores intuitivos comem mais vegetais ($P = 0.001$) e mais devagar ($P = <0.001$) que comedores não intuitivos.

5.5.4 Comer intuitivo, apreciação corporal e autocompaixão

Cinco estudos avaliaram a relação do CI com a apreciação corporal e a autocompaixão (AUGUSTUS-HORVATH, TYLKA, 2011; SHOENEFELD, WEBB, 2013; TYLKA, CALOGERO, DANÍELSDÓTTIR, 2015; CRAVEN, FEKETE, 2019; KEIRNS, HAWKINS, 2019).

Augustus-Horvath et al. (2011) avaliaram o modelo de aceitação do CI e utilizaram as escalas de 13-itens de Apreciação do Corpo e a ECM para medir a apreciação corporal e sua associação com o CI. Os resultados indicaram que a apreciação corporal está diretamente relacionada ao CI nos três grupos etários avaliados no estudo.

Schoenefeld et al. (2013) realizaram um estudo com 322 estudantes universitárias com idades de 18 a 24 anos, a fim de verificar a relação entre o CI e a autocompaixão. Os resultados demonstraram que mulheres que obtiveram pontuações mais altas na Escala de Autocompaixão, também pontuaram mais alto na ECM, Escala de Tolerância à Angústia e flexibilidade da imagem corporal. Da mesma forma, as jovens com maiores scores na ECM, apresentaram maiores scores de aceitação da IC, medida pelo Questionário de Aceitação e Ação da Imagem Corporal.

Tylka et al. (2015) avaliaram os parâmetros de satisfação com a vida, afeto e apreciação corporal através de diferentes escalas: Escala de Satisfação com a Vida; “The Positive and Negative Affect Schedule-Expanded”; e Escala de 10-itens da Apreciação Corporal-2. Quando comparadas a ECM-2, o CI mostrou-se positivamente relacionado à satisfação ($P < 0.001$), ao afeto positivo ($P < 0.001$) e à apreciação

corporal ($P < 0.001$); e negativamente associado ao afeto negativo ($P < 0.001$), tanto em homens quanto em mulheres.

Craven et al. (2019) realizaram um estudo com 196 estudantes universitárias com idade média de 20,1 ($\pm 3,1$) anos. Os autores analisaram a associação entre a vergonha e a culpa relacionadas ao peso, medidas através da Escala de Vergonha e Culpa Relacionadas ao Peso e ao Corpo, e o CI, estimado pela ECM-2. Os resultados demonstraram, após ajuste com covariáveis (IMC, semestre na faculdade, renda anual e condição de moradia), que mulheres com pontuações mais altas na ECM-2, podem apresentar menor vergonha do peso, mas não menos culpa em relação ao peso.

Keirns et al. (2019) analisaram dados de 136 indivíduos adultos com idades entre 19 e 49 anos. Para estimar o CI, os autores utilizaram a ECM-2 em associação a um questionário que avaliava transtornos alimentares (para medir a preocupação com o corpo). Após ajuste ao IMC e às covariáveis (idade, sexo e raça), os resultados indicaram associação significativamente negativa entre os scores totais da ECM e a preocupação com o corpo ($P < 0.001$). O IMC mostrou-se um moderador significativo entre a relação do CI e da preocupação corporal, mostrando relação significativa em indivíduos com peso saudável ($P < 0.001$); sobrepeso ($P < 0.001$); obesidade grau I ($P < 0.001$) e obesidade grau II ($P < 0.005$). Por outro lado, esta relação não se mostrou significativa em indivíduos obesos grau III ($P 0.314$) e, à medida que o IMC aumentava, a magnitude da relação diminuía.

5.5.5 Comer intuitivo e transtornos alimentares

Dois estudos avaliaram a relação entre o CI e transtornos alimentares (DENNY et al., 2013; TYLKA, CALOGERO, DANÍELSDÓTTIR, 2015).

Denny et al. (2013) realizaram um estudo com uma amostra de 2.287 homens e mulheres com idade média de 25,3 ($\pm 1,7$) anos. O CI foi estimado através da ECM e foi solicitado aos participantes que indicassem quão fortemente eles concordavam com as seguintes afirmações: “*confio no meu corpo para me dizer quanto comer*”; e “*paro de comer quando estou cheio*”. Outros quatro comportamentos para controle do peso (frequência de dietas, comportamentos específicos para perda de peso, comportamento não saudável para controle do peso e comportamento extremo de controle do peso)

foram incluídos no estudo e estes foram estimados através de perguntas e respostas. A compulsão alimentar foi avaliada através de duas perguntas: “*no ano que passou, você comeu tanta comida que ficaria envergonhado se outras pessoas vissem (compulsão alimentar)?*” e “*durante o período em que você comeu dessa maneira, sentiu que não podia parar de comer ou controlar o que ou quanto estava comendo?*”, caso a resposta da primeira pergunta fosse sim.

Após ajuste com as covariáveis (gênero, idade, raça, etnia, nível socioeconômico e IMC), os resultados indicaram que aqueles indivíduos que reportaram confiar nos seus corpos para determinar quanto comer, apresentaram chances significativamente mais baixas ($P < 0.05$) para todos os transtornos alimentares do que aqueles que relataram não confiar nos seus corpos. Os homens e mulheres que mencionaram parar de comer quando satisfeitos, apresentaram menores chances de realizar dietas crônicas (mulheres = $P < 0.05$) e compulsão alimentar (homens e mulheres = $P < 0.05$) do que aqueles que não interrompem a refeição.

Tylka et al. (2015) utilizaram a Escala de 16 itens de Compulsão Alimentar para acessar os comportamentos (ex., quantidade de comida), emoções (ex., culpa após comer demais) e cognições (ex., falta de controle ao comer) entre os participantes. Os resultados indicaram que comedores intuitivos foram negativamente associados a episódios de compulsão alimentar ($P = <0.001$), quando comparados aos participantes do padrão de dieta flexível.

5.5.6 Comer intuitivo e consciência interoceptiva

Dois estudos avaliaram a relação entre consciência interoceptiva e o CI (HERBERT *et al.*, 2013; TYLKA, CALOGERO, DANÍELSDÓTTIR, 2015).

Herbert et al. (2013) utilizaram o teste de percepção dos batimentos cardíacos, realizado através de eletrocardiograma, para estimar a sensibilidade interoceptiva dos participantes. Quando realizadas as correlações, os resultados demonstraram associações significativamente positivas entre a sensibilidade interoceptiva e o scores totais da ECM e duas de suas subescalas (comer por razões físicas e não emocionais; e confiança nos sinais internos de fome e saciedade) ($P = 0.01$). A sensibilidade interoceptiva não foi significativamente associada à subescala de permissão

incondicional para comer. A capacidade de perceber os sinais internos do corpo representa um preditor importante para ser um comedor intuitivo.

Em seu estudo, Tylka et al. (2015) utilizaram a Subescala de 10-itens de Consciência Interoceptiva do Inventário de Transtorno Alimentar-2 para estimar a consciência interoceptiva e avaliar a desconexão com os sinais internos do corpo (ex., emoções, fome e saciedade) entre os participantes. Os resultados demonstraram que o CI está inversamente relacionado a baixa consciência interoceptiva ($P = <0.001$).

Desta forma, a revisão sugere que o CI é inversamente associado a transtornos alimentares (DENNY *et al.*, 2013; TYLKA, CALOGERO, DANÍELSDÓTTIR, 2015), IMC (AUGUSTUS-HORVATH, TYLKA, 2011; MADDEN *et al.*, 2012; GAST, MADANAT, NIELSON, 2012; HERBERT *et al.*, 2013; TYLKA, CALOGERO, DANÍELSDÓTTIR, 2015) e positivamente associado com parâmetros de saúde fisiológica e mental (AUGUSTUS-HORVATH, TYLKA, 2011; HERBERT *et al.*, 2013; SHOENEFELD, WEBB, 2013; TYLKA, CALOGERO, DANÍELSDÓTTIR, 2015; CRAVEN, FEKETE, 2019; KEIRNS, HAWKINS, 2019) e hábitos alimentares (MADDEN *et al.*, 2012), embora ainda hajam poucos estudos sobre este tema.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CI trata-se de uma abordagem com foco na “não-dieta”, que estimula os indivíduos a confiarem no próprio corpo para comer e promove mudanças no comportamento, que acarretam perda de peso de forma indireta. Embora ainda recente e com poucos estudos publicados, a abordagem tem se mostrado uma ferramenta valiosa para a manutenção do peso a longo prazo, minimizando os danos causados à saúde mental (ex., manifestação dos sentimentos de culpa e frustração após não conseguirem manter o planejamento proposto) e melhorando a relação dos indivíduos com a comida. A abordagem não apresenta limitação de aplicabilidade, podendo ser utilizada em indivíduos com diferentes condições clínicas e de diversas faixas etárias, não sendo necessários grandes recursos para a aplicação. O CI não segue um padrão, podendo ser adaptado e levando em consideração a individualidade de cada um.

Entretanto, ainda são poucos os estudos que avaliam a efetividade da abordagem. Assim, faz-se necessária a realização de novas pesquisas que avaliem sua aplicabilidade na prática clínica, tendo em vista que as abordagens tradicionais têm se mostrado insuficientes para a promoção de saúde e perda de peso. Mais estudos com desenhos longitudinais são necessários, visto que pesquisas com desenho transversal limitam a determinação da causalidade dos resultados. Também, mostram-se necessários estudos com maior diversificação das amostras, pois os apresentados nesta revisão avaliaram, em sua maioria, estudantes universitários, mulheres, adultos e caucasianos, impossibilitando a generalização dos resultados para outras populações.

REFERÊNCIAS

- ALBERS, S. **Emotional vs. Physical Hunger Infographic**. 2016. Disponível em: <https://eatingmindfully.com/emotional-vs-physical-hunger-infographic/>. Acesso em 14 set 2019.
- ALMEIDA, C.; FURTADO, C. Comer intuitivo. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 14, n. 37, p. 38-46, 2017.
- ALVARENGA, M. et al. **Nutrição Comportamental**. Barueri: Manole, 2015.
- AMIN, T.; MERCER, J. Hunger and satiety mechanisms and their potential exploitation in the regulation of food intake. **Curr Obes Rep**, v. 5, n. 1, p.106–112, 2016.
- AUGUSTUS-HORVATH, C.; TYLKA, T. The acceptance model of intuitive eating: a comparison of women in emerging adulthood, early adulthood, and middle adulthood. **Journal of Counseling Psychology**, v. 58, n. 1, p. 110 –125, 2011.
- BACON, L.; APHRAMOR, L. Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift. **Nutrition Journal**, v. 10, n. 9, p. 1-13, 2011.
- BENNETT, J.; GREENE, G.; SCHWARTZ-BARCOTT, D. Perceptions of emotional eating behavior: a qualitative study of college students. **Appetite**, v. 60, n.1, p. 187-192, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: alimentação e nutrição**. Brasília, DF, 2008.
- CAMILLERI, G. *et al.* Cross-cultural validity of the Intuitive Eating Scale-2. Psychometric evaluation in a sample of the general French population. **Appetite**, v. 84, n. 1, p. 34-42, 2015.
- CHAPUT, J. *et al.* Physical Activity Plays an Important Role in Body Weight Regulation. **Journal of Obesity**, v. 2011, n. 1, p. 1-11, 2011.
- COHEN, D.; FARLEY, T. Eating as an automatic behavior. **Preventing Chronic Disease**, v. 5, n. 1, p. 1-7, 2008.

CONG, W. *et al.* Ghrelin receptor signaling: a promising therapeutic target for metabolic syndrome and cognitive dysfunction. **CNS Neurol. Disord. Drug. Targets.**, v. 9, n. 5, p. 557–563, 2010.

CRAVEN, M.; FEKETE, E. Weight-related shame and guilt, intuitive eating, and binge eating in female college students. **Eating Behaviors**, v. 33, n. 1, p. 44-48, 2019.

DANTAS, R.; SILVA, G. O papel do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar infantil. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-05822019005009101&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 set 2019.

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

DOCKENDORFF, S. *et al.* Intuitive eating scale: an examination among early adolescents. **J Couns Psychol**, v. 59, n. 4, p. 604-611, 2012.

DYKE, Z. *et al.* German version of the intuitive eating scale: psychometric evaluation and application to an eating disordered population. **Appetite**, v. 105, n. 1, p. 798-807, 2016.

FAAR, O., GAVRIELI, A.; MANTZOROS, C. Leptin applications in 2015: What have we learned about leptin and obesity? **Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes.**, v. 22, n. 5, p. 353-359, 2015.

FALCATO, J.; GRAÇA, P. A evolução etimológica e cultural do termo “dieta”. **Revista Nutricias**, v. 24, n. 1, p. 12-15, 2015.

FERNANDEZ, S.; PRITCHARD, M. Relationships between self-esteem, media influence and drive for thinness. **Eating Behaviors**, v. 13, n. 4, p. 321-325, 2012.

FORTES, L. *et al.* Insatisfação corporal em adolescentes: uma investigação longitudinal. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 40, n. 5, p. 167-171, 2013.

GAST, J.; MADANAT, H.; NIELSON, A. Are men more intuitive when it comes to eating and physical activity? **American Journal of Men’s Health**, v. 6, n. 2, p. 164-171, 2012.

HABER, G. *et al.* Depletion and disruption of dietary fibre: effects on satiety, plasma-glucose, and serum-insulin. **The Lancet**, v. 10, n. 8040, p. 679-682, 1977.

HALPERN, Z.; RODRIGUES, M.; COSTA, R. Determinantes fisiológicos do controle do peso e apetite. **Rev. Psiq. Clin.**, v. 31, n. 4, p. 150-153, 2004.

HAWKS, S.; MERRIL, R.; MADANAT, H. The Intuitive Eating Scale: development and preliminary validation. **American Journal of Health Education**, v. 35, n. 2, p. 90-99, 2004.

HEISLER, L.; LAM, D. An appetite for life: brain regulation of hunger and satiety. **Current Opinion in Pharmacology**, v. 37, n. 1, p. 100–106, 2017.

HERBERT, B. *et al.* Intuitive eating is associated with interoceptive sensitivity. Effects on body mass index. **Appetite**, v. 70, n. 1, p. 22-30, 2013.

HETHERINGTON, M. Understanding infant eating behaviour – Lessons learned from observation. **Physiology & Behavior**, v. 176, n. 1, p. 117-124, 2017.

JUNIOR, L. **Sensibilidade interoceptiva e respostas psicofisiológicas ao exercício submáximo**. Dissertação (Pós-graduação em Educação Física) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, p. 44. 2014.

KEIRNS, N.; HAWKINS, M. The relationship between intuitive eating and body image is moderated by measured body mass index. **Eating Behaviors**, v. 33, n. 1, p. 91–96, 2019.

KEIRNS, N.; HAWKINS, M. Intuitive eating, objective weight status and physical indicators of health. **Obesity Science & Practice**, v. 5, n. 5, p. 408-415, 2019.

KONTTINEN, H. *et al.* Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption: a population-based study. **Appetite**, v. 54, p. 473-479, 2010.

LAZAREVICH, I. *et al.* Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. **Appetite**, v. 107, p. 639-644, 2016.

LEMMENS, S. *et al.* Changes in gut hormone and glucose concentrations in relation to hunger and fullness. **Am J Clin Nutr**, v. 94, n. 1, p. 717–725, 2011.

LIMA, R.; NETO, J.; FARIAS, R. Alimentação, comida e cultura: o exercício da comensalidade. **Demetra**, v. 10, n. 3, p. 507-522, 2015.

MACHORRINHO, J. *et al.* Aplicações do Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA): revisão sistemática. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 3, n. 1, p. 902-916, 2017.

MADDEN, C. *et al.* 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**, v. 15, n. 12, p. 2272–2279, 2012.

MATTES, R. *et al.* Appetite: measurement and manipulation misgivings. **American Dietetic Association**, v. 105, n. 1, p. 87-97, 2005.

MEHLING, W. *et al.* The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). **Plos One**, v. 7, n. 11, p. 1-22, 2012.

MICHAELIS. **Dicionário escolar língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2016.

MOURA, T.; FERNANDES, M. A influência da mídia na alimentação: a moda do slow food. In: **XVII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação**, São José dos Campos, 2013. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2013/anais/arquivos/RE_1021_0896_01.pdf. Acesso em: 29 nov 2019.

NELSON, J. Mindful Eating: the art of presence while you eat. **Diabetes Spectrum**, v. 30, n 3, p. 171-174, 2017.

PETRY, N.; JÚNIOR, M. Avaliação da insatisfação com a imagem corporal de praticantes de musculação em uma academia de São José - SC. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 13, n. 78, p. 219-226, 2019.

POLLATOS, O. *et al.* Heart rate response after emotional picture presentation is modulated by interoceptive awareness. **International Journal of Psychophysiology**, v. 63, n. 1, p. 117-124, 2007.

POLTRONIERI, T. *et al.* Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em mulheres do sul do Brasil. **Ciência&Saúde**, v. 9, n. 3, p. 128-134, 2016.

ROMERO, C.; ZANESCO, A. O papel dos hormônios leptina e grelina na gênese da obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 1, p. 85-91, 2006.

SCAGLIONI, S. *et al.* Factors influencing children's eating behaviours. **Nutrients**, v. 10, n. 6, p. 1-17, 2018.

SCHNETTLER, B. *et al.* Dietary restraint, life satisfaction and self-discrepancy by gender in university students. **Suma Psicológica**, v. 24, n. 1, p. 25-33, 2017.

SHOENEFELD, S.; WEBB, J. Self-compassion and intuitive eating in college women: Examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. **Eating Behaviors**, v. 14, n. 4, p. 493-496, 2013.

SLADE, P. What is body image? **Behaviour Research and Therapy**, v. 32, n. 5, p. 497-502, 1994.

SOHN, J.; ELMQUIST, J.; WILLIAMS, K. Neuronal circuits that regulate feeding behavior and metabolism. **Trends Neurosci.**, v. 36, n. 9, p. 504–512, 2013

TAN, C.; CHOW, C. Stress and emotional eating: The mediating role of eating dysregulation. **Personality and Individual Differences**, v. 66, n.1, p. 1–4, 2014.

TAVARES, M. **Influência da interocepção sobre a regulação do exercício físico e as respostas psicofisiológicas em adolescentes.** Dissertação (Pós-graduação em Educação Física) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, p. 76, 2019.

TEO, C. Discursos e a construção do senso comum sobre alimentação a partir de uma revista feminina. **Saúde Soc.**, Chapecó, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/10.pdf>. Acesso em: 29 nov 2019.

TRIBOLE, E. Intuitive Eating: research update. **SCAN's Pulse**, v. 36, n. 6, p. 1-5, 2017.

TRIBOLE, E.; RESCH, E. **Intuitive eating - A revolutionary program that works.** New York: St. Martin's Griffin, 2012.

TRIBOLE, E.; RESCH, E. **The Intuitive Eating Workbook: Ten Principles for Nourishing a Healthy Relationship with Food.** New York: New Harbinger Publications, 2017.

TYLKA, T. Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. **J Couns Psychol**, v. 53, n. 2, p. 226–240, 2006.

TYLKA, T.; CALOGERO, R.; DANÍELSDÓTTIR, S. Is intuitive eating the same as flexible dietary control? Their links to each other and well-being could provide an answer. **Appetite**, v. 95, n. 1, p. 166-175, 2015.

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

VAN DYKE, N.; DRINKWATER, E. Relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. **Public Health Nutrition**, v. 17, n. 8, p.1757-1766, 2013.

VIANA, L. *et al.* Fatores determinantes de perda de peso em adultos submetidos a intervenções dietoterápicas. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 57, n. 9, p. 717-721, 2013.

WANDERLEY, E.; FERREIRA, V. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 185-194, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Basic Documents: Forty-eighth edition.** 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>. Acesso em: 18 out 2019.

ANEXO A – PRIMEIRA ESCALA DO COMER INTUITIVO

Intuitive Eating Scale Items

1. Without really trying, I naturally select the right types and amounts of food to be healthy.
 2. I generally count calories before deciding if something is OK to eat. (R)
 3. One of my main reasons for exercising is to manage my weight. (R)
 4. I seldom eat unless I notice that I am physically hungry.
 5. I am hopeful that I will someday find a new diet that will actually work for me. (R)
 6. The health and strength of my body is more important to me than how much I weigh.
 7. I often turn to food when I feel sad, anxious, lonely, or stressed out. (R)
 8. There are certain foods that I really like, but I try to avoid them so that I won't gain weight. (R)
 9. I am often frustrated with my body size and wish that I could control it better. (R)
 10. I consciously try to eat whatever kind of food I think will satisfy my hunger the best.
 11. I am afraid to be around some foods because I don't want to be tempted to indulge myself. (R)
 12. I am happy with my body even if it isn't very good looking.
 13. I normally eat slowly and pay attention to how physically satisfying my food is.
 14. I am often either on a diet or seriously considering going on a diet. (R)
 15. I usually feel like a failure when I eat more than I should. (R)
 16. After eating, I often realize that I am fuller than I would like to be. (R)
 17. I often feel physically weak and hungry because I am dieting to control my weight. (R)
 18. I often put off buying clothes, participating in fun activities, or going on vacations (hoping I can get thinner first). (R)
 19. When I feel especially good or happy, I like to celebrate by eating. (R)
 20. I often find myself looking for something to eat or making plans to eat—even when I am not really hungry. (R)
 21. I feel pressure from those around me to control my weight or watch what I eat. (R)
 22. I worry more about how fattening a food might be, rather than how nutritious it might be. (R)
 23. It's hard to resist eating something good if it is around me, even if I'm not very hungry. (R)
 24. On social occasions, I feel pressure to eat the way those around me are eating—even if I am not hungry. (R)
 25. I honestly don't care how much I weigh, as long as I'm physically fit, healthy, and can do the things I want.
 26. I feel safest if I have a diet plan, or diet menu, to guide my eating. (R)
 27. I mostly exercise because of how good it makes me feel physically.
- (R) = reverse scored.

Fonte: Modificado de Hawks (2004)

ANEXO B – ESCALA ORIGINAL DO COMER INTUITIVO

Intuitive Eating Scale (21 Items)				
<i>Directions for participants:</i> For each item, please circle the answer that best characterizes your attitudes or behaviors.				
1. I try to avoid certain foods high in fat, carbohydrates, or calories.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
2. I stop eating when I feel full (not overstuffed).				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
3. I find myself eating when I'm feeling emotional (e.g., anxious, depressed, sad), even when I'm not physically hungry.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
4. If I am craving a certain food, I allow myself to have it.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
5. I follow eating rules or dieting plans that dictate what, when, and/or how much to eat.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
6. I find myself eating when I am bored, even when I'm not physically hungry.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
7. I can tell when I'm slightly full.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
8. I can tell when I'm slightly hungry.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
9. I get mad at myself for eating something unhealthy.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
10. I find myself eating when I am lonely, even when I'm not physically hungry.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
11. I trust my body to tell me <u>when</u> to eat.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
12. I trust my body to tell me <u>what</u> to eat.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
13. I trust my body to tell me <u>how much</u> to eat.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
14. I have forbidden foods that I don't allow myself to eat.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
15. When I'm eating, I can tell when I am getting full.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree

16. I use food to help me soothe my negative emotions.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
17. I find myself eating when I am stressed out, even when I'm not physically hungry.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
18. I feel guilty if I eat a certain food that is high in calories, fat, or carbohydrates.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
19. I think of a certain food as "good" or "bad" depending on its nutritional content.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
20. I don't trust myself around fattening foods.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
21. I don't keep certain foods in my house/apartment because I think that I may lose control and eat them.				
1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree

Fonte: Modificado de Tylka (2006)

ANEXO C – ESCALA ORIGINAL DO COMER INTUITIVO – 2

Intuitive Eating Scale-2 (IES-2; Final Version)

Note that permission to use this measure is not required. However, we do request that you notify us via e-mail (tylka.2@osu.edu) if you use the Intuitive Eating Scale-2 in your research. Please seek permission if any item is modified.

For each item, the following response scale should be used: 1 = *strongly disagree*, 2 = *disagree*, 3 = *neutral*, 4 = *agree*, 5 = *strongly agree*.

Directions for Participants

For each item, please circle the answer that best characterizes your attitudes or behaviors. [Note to experimenter: use “check” in lieu of “circle” if survey is online.]

1. I try to avoid certain foods high in fat, carbohydrates, or calories.
2. I find myself eating when I'm feeling emotional (e.g., anxious, depressed, sad), even when I'm not physically hungry.
3. If I am craving a certain food, I allow myself to have it.
4. I get mad at myself for eating something unhealthy.
5. I find myself eating when I am lonely, even when I'm not physically hungry.
6. I trust my body to tell me when to eat.
7. I trust my body to tell me what to eat.
8. I trust my body to tell me how much to eat.
9. I have forbidden foods that I don't allow myself to eat.
10. I use food to help me soothe my negative emotions.
11. I find myself eating when I am stressed out, even when I'm not physically hungry.
12. I am able to cope with my negative emotions (e.g., anxiety, sadness) without turning to food for comfort.
13. When I am bored, I do NOT eat just for something to do.
14. When I am lonely, I do NOT turn to food for comfort.
15. I find other ways to cope with stress and anxiety than by eating.
16. I allow myself to eat what food I desire at the moment.
17. I do NOT follow eating rules or dieting plans that dictate what, when, and/or how much to eat.
18. Most of the time, I desire to eat nutritious foods.
19. I mostly eat foods that make my body perform efficiently (well).
20. I mostly eat foods that give my body energy and stamina.
21. I rely on my hunger signals to tell me when to eat.
22. I rely on my fullness (satiety) signals to tell me when to stop eating.
23. I trust my body to tell me when to stop eating.

Scoring Procedure

1. Reverse score Items 1, 2, 4, 5, 9, 10, and 11.
2. Total IES-2 scale score: Add together all items and divide by 23 to create an average score.
3. Unconditional Permission to Eat subscale: Add together Items 1, 3, 4, 9, 16, and 17; divide by 6 to create an average score.
4. Eating for Physical Rather Than Emotional Reasons subscale: Add together Items 2, 5, 10, 11, 12, 13, 14, and 15; divide by 8 to create an average score.
5. Reliance on Hunger and Satiety Cues subscale: Add together Items 6, 7, 8, 21, 22, and 23; divide by 6 to create an average score.
6. Body-Food Choice Congruence subscale: Add together Items 18, 19, and 20; divide by 3 to create an average score.

Received May 13, 2012
Revision received October 8, 2012
Accepted October 11, 2012 ■

Fonte: Modificado de Tylka (2013)