UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO E METABOLISMO

GABRIELA DE SOUZA NALLE

**Experiências com estratégias não convencionais
no tratamento nutricional da obesidade**

RIBEIRÃO PRETO – SÃO PAULO

2021

GABRIELA DE SOUZA NALLE

**Experiências com estratégias não convencionais
no tratamento nutricional da obesidade**

Versão Corrigida

Tese de Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Nutrição e Metabolismo

Orientadora: Prof^a. Dra. Rosa Wanda Diez Garcia

RIBEIRÃO PRETO – SÃO PAULO

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

“Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)”

Nalle, Gabriela de Souza

Experiências com estratégias não convencionais no tratamento nutricional da obesidade. Ribeirão Preto, 2021.

96 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Nutrição e Metabolismo

Orientadora: Diez-Garcia, Rosa Wanda.

1.Tratamento nutricional 2. Obesidade 3. Estratégias não convencionais 4. Comportamento alimentar

Nome: NALLE, Gabriela de Souza

Título: Experiências com estratégias não convencionais no tratamento nutricional da obesidade

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 08/03/2021.

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Rosa Wanda Diez Garcia (Presidente)

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

Prof^a. Dra. Ana Maria Cervato Mancurso

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP)

Prof^a. Dra. Carla Barbosa Nonino

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

Prof^a. Dra. Lígia Amparo da Silva Santos

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

AGRADECIMENTOS

À minha família por sempre me apoiar e me incentivar a seguir em frente. Ao meu pai, Luiz, à minha mãe, Magda e ao meu irmão, Diogo, pelo amor incondicional, por não pouparem esforços para a realização dos meus sonhos, com certeza, sem vocês nada teria sido possível, muito obrigada!

Às minhas amigas do Ébano, Ana Carolina e Ana Beatriz, pela amizade, por dividirem todos os dias nesses anos comigo e estarem sempre dispostas a me ouvir e me ajudar.

À minha amiga Natália, um presente que ganhei no mestrado, pela amizade e apoio sempre.

À todas as velhas e novas amigades por compartilharem os melhores e também os piores momentos e por tornarem os meus dias mais alegres.

À minha orientadora, Prof^a. Dra. Rosa Wanda Diez Garcia. Agradeço por todo aprendizado, por acreditar em mim e pelo incentivo ao longo desses anos, além da oportunidade da orientação e em participar do Ambulatório de Nutrição da Endocrinologia Ginecológica (ANECG) do HCFMRP- USP e do grupo de pesquisa: Laboratório de Práticas e Comportamento Alimentares (PrátiCA). Minha admiração e agradecimento.

À Prof^a. Dra. Lígia Amparo da Silva Santos e ao Grupo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação e Cultura (NEPAC) pela oportunidade de fazer parte desse projeto, por todo o aprendizado e por me proporcionarem essa experiência incrível na Universidade Federal da Bahia - UFBA e não menos importante, à amiga Flávia por me acolher tão bem em Salvador.

Às pacientes do ANECG do HCFMRP- USP, pela disponibilidade em participar da coleta de dados e pelas histórias de vida compartilhadas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida a pesquisa.

RESUMO

NALLE, Gabriela de Souza. **Experiências com estratégias não convencionais no tratamento nutricional da obesidade**. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2021.

Introdução: Os tratamentos convencionais para a obesidade estão voltados principalmente para a promoção de um balanço energético negativo, por meio da redução do consumo alimentar e aumento da atividade física. É bem estabelecida a dificuldade para a perda de peso e sobretudo para a manutenção do peso perdido, indicando a complexidade envolvida na obesidade e as limitações para o seu tratamento. Estratégias não convencionais têm sido discutidas para o tratamento de diversas enfermidades crônicas. Seu diferencial é a abordagem holística do sujeito, em suas dimensões biopsicossociais e de não centralizar o tratamento na doença.

Objetivo: Conhecer como mulheres com obesidade em tratamento nutricional ambulatorial interpretam e incorporam no seu universo simbólico e pragmático, o tratamento e as estratégias não convencionais.

Método: Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório, realizado com entrevistas semiestruturadas em profundidade com mulheres em tratamento da obesidade com estratégias não convencionais. As entrevistas foram gravadas e transcritas, realizadas em diferentes momentos do tratamento. Os dados foram analisados com apoio do *software* ATLAS.ti® versão 7, pela técnica da Análise Temática Reflexiva de Braun e Clarke (2006;

2016). Resultados: Foram entrevistadas 22 mulheres com obesidade (grau I: 36,30%, grau II: 22,72% e grau III: 40,90 %), idade entre 18 a 43 anos (média: 32 anos), renda média de 2 salários mínimos e 50% com o ensino médio completo, atendidas em Ambulatório de Nutrição de um Hospital Universitário. Os resultados foram divididos em cinco unidades temáticas as quais abordam a expectativa de receber um tratamento prescritivo e o encontro com estratégias não convencionais; a percepção do modo automático de comer e as decisões diárias influenciadas pelo ambiente de convívio, falta de tempo ou tensões; a necessidade de aprender a ter controle, pensar, prestar atenção e tomar decisões sobre suas escolhas alimentares; a incorporação de uma postura ativa, reconhecendo os mecanismos de consumo alimentar compensatórios; enfrentamento da ansiedade e a alimentação; a necessidade constante de pensar sobre o tratamento e as estratégias usadas. Conclusão: As experiências das pacientes contribuíram para compreender as dificuldades e enfrentamentos impostos pelo tratamento para obesidade com estratégias não convencionais. As estratégias apreendidas foram adaptadas e

passaram a ser um recurso que as colocaram no comando de suas práticas alimentares, além de possibilitarem o desenvolvimento de novas formas de se relacionarem com a comida.

Palavras-chave: Tratamento nutricional. Obesidade. Estratégias não convencionais. Comportamento alimentar.

ABSTRACT

NALLE, Gabriela de Souza. **Experiences with non-conventional strategies in the nutritional treatment of obesity**. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2021.

Introduction: Conventional obesity treatments focus on promoting a negative energy balance by reducing food consumption and increasing physical activity. It is well established the difficulty in losing weight and especially in maintaining weight loss, indicating the complexity involved in obesity and the limitations for its treatment. Unconventional strategies have been discussed for the treatment of several chronic diseases. Their differential is the holistic approach of the subject, in its biopsychosocial dimensions and do not center the treatment on the disease.

Objective: Understanding how obese women in outpatient nutritional treatment interpret and incorporate the treatment and non-conventional strategies in their symbolic and pragmatic universe.

Method: An exploratory qualitative study carried out with in-depth semi-structured interviews with women in treatment of obesity with non-conventional strategies. The interviews were recorded and transcribed, performed at different times of the treatment. Data analysis performed with ATLAS.ti® version 7 software, by the Reflective Thematic Analysis technique of Braun and Clarke (2006; 2016).

Results: 22 women were interviewed separately, all of them diagnosed with obesity (grade I: 36.30%, grade II: 22.72% and grade III: 40.90%), attended at the University Hospital Nutrition Clinic, age between 18 and 43 years old (average: 32 years old), average income of 2 minimum wages and 50% of them finished high school. The results were divided into five thematic units, that address the expectation of receiving a prescriptive treatment and the encounter with unconventional strategies; the perception of the automatic way of eating and the daily decisions influenced by the environment of conviviality, lack of time or tensions; the need to learn to have control, think, pay attention and make decisions about their food choices; the incorporation of an active posture, recognizing the mechanisms of compensatory food consumption; confronting anxiety and eating; the constant need to think about the treatment and the strategies used.

Conclusion: Patients' experiences have contributed to understand the difficulties and confrontations imposed by treatment for obesity with unconventional strategies. The strategies learned were adapted and became a resource that put them in charge of their eating practices, in addition to enabling the development of new ways of relating to food.

Keywords: Nutritional treatment. Obesity. Non-conventional strategies. Dietary behavior.

LISTA DE SIGLAS

ANECG – Ambulatório de Nutrição da Endocrinologia Ginecológica

AECG - Ambulatório da Endocrinologia Ginecológica

HC – Hospital das Clínicas

FMRP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

USP – Universidade de São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PICs – Práticas Integrativas e Complementares

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

IMC – Índice de Massa Corporal

MAC - Medicina alternativa e complementar

ENC – Estratégias não convencionais

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 APRESENTAÇÃO	12
1.2 JUSTIFICATIVA.....	14
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 TRATAMENTOS DA OBESIDADE.....	15
2.1.1 O tratamento convencional para a obesidade.....	15
2.1.1.1 O contexto que produziu e tem sustentado a obesidade	18
2.1.2 O tratamento não convencional para a obesidade.....	21
2.1.2.1 As Práticas Integrativas e Complementares (PICs).....	24
2.1.2.2 Tratamento nutricional com estratégias <i>não convencionais</i> (ENC) no ANECG.....	26
3 OBJETIVOS.....	31
3.1 OBJETIVO GERAL.....	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
4 METODOLOGIA.....	32
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
4.2 PARTICIPANTES.....	32
4.3 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DA COLETA DOS DADOS.....	33
4.4 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	34
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
5 RESULTADOS.....	36
5.1 RESULTADOS QUALITATIVOS.....	36
5.1.1 Caracterização da amostra.....	36
5.2 RESULTADOS QUALITATIVOS.....	37
5.2.1 O encontro com o tratamento com <i>estratégias não convencionais</i>.....	37
5.2.2 A necessidade de (auto) controle alimentar	38
5.2.3 A associação entre a ansiedade e o comer	44
5.2.4 Apoio em contextos de convívio.....	50
5.2.5 Dificuldades e mecanismos desenvolvidos nas mudanças alimentares.....	53
6 DISCUSSÃO.....	59
7 CONCLUSÃO.....	73

REFERÊNCIAS.....	74
APÊNDICES.....	92
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	92
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA AS PACIENTES.....	95

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Nas últimas décadas, o fenômeno da obesidade assumiu o centro das discussões e preocupações sanitárias no mundo, em virtude do seu caráter epidêmico. Definida como um acúmulo de gordura, a obesidade é considerada uma patologia complexa e multifatorial que se desenvolve a partir da interação de fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais (WHO, 2000). Logo, a relevância de se debater sobre o tratamento da obesidade, que envolve uma discussão mais ampla dos determinantes a ela relacionados, que vai além do consumo alimentar em excesso e do sedentarismo.

As possibilidades de tratamento seguem, predominantemente, o modelo biomédico, voltado aos processos físicos e parâmetros objetivos da doença que, no caso da obesidade visam promover um balanço negativo de energia e resultam em estratégias de restrição do consumo alimentar e aumento do gasto energético com aumento da atividade física; medicamentos como os anorexígenos, inibidores da absorção de gordura nos intestinos, entre outros; e mesmo cirurgia bariátrica, intervenção mais drástica que visa a redução de consumo alimentar (WHO, 2015). O raciocínio e a prática nesse modelo biomédico tendem a ser paliativas por não agirem nas causas propriamente ditas e se centrarem em partes do processo saúde/doença, mais complexo (BARROS, 2002).

Tratamentos convencionais para a obesidade mostram, em sua maioria, dificuldade em alcançar a perda de peso e, principalmente, em promover a manutenção do peso perdido, uma vez que é frequente o reganho de peso (CILIFTON, 2017; HALL; KAHAN 2018; LADDU, 2011; OHSIEK, 2011). Tais tratamentos para a obesidade centram-se em aspectos biológicos e em tratar a causa da doença (ARAÚJO et al., 2015; DUARTE; QUEIROZ, 2015; GRACIA-ARNAIZ, 2009; YATES-DOERR, 2015); no entanto, no processo de tratamento, devem ser considerados a existência de diversos determinantes internos (aspectos biológicos e psicológicos) e externos (aspectos sociais, econômicos, ambientais, comportamento alimentar/ambiental) envolvidos na obesidade (RALSTON et al., 2018; RUBINO et al., 2020).

Por vezes, tais tratamentos ocasionam ainda inconstância entre peso perdido e peso ganho, fenômeno conhecido como efeito sanfona, que se trata também de um fator de risco para doenças cardiovasculares e aumento da taxa de mortalidade (COGAN; 1999; LISSNER et al., 1991; RZEHA et al., 2007; van STRIEN; HERMAN; VERHEIJEN, 2014).

Alternativas de tratamento em saúde pautadas em outros modelos e concepções, tem ganhado espaço, a exemplo das Práticas Integrativas e Complementares (PICs), criadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do reconhecimento da necessidade de uma busca para além da terapêutica biomédica/tradicional no tratamento de doenças crônicas, incluindo a obesidade (BRASIL, 2006). Da mesma forma, há demandas para mudanças de paradigma na abordagem do problema da obesidade (RALSTON et al., 2018; SOBAL; MURER, 1999). Estratégias de tratamento como as denominadas *não convencionais*, tema da presente pesquisa, não se aproxima propriamente das causas, mas busca maior empoderamento do paciente e está no escopo de ferramentas de manejo factível dentro da atual estrutura disponível de tratamento.

Este trabalho faz parte de um conjunto de estudos denominado “A efetividade das Práticas Integrativas e Complementares no cuidado a pessoas com obesidade na Rede de Atenção à Saúde: um estudo qualitativo”, cujo objetivo foi avaliar, na perspectiva dos estudos qualitativos, a efetividade das PICs no cuidado às pessoas com obesidade na Rede de Atenção à Saúde. Esse conjunto de estudos foi concentrado em três diferentes municípios da Bahia: Salvador, Santo Antônio de Jesus e Barreiras. Os subprojetos que o integram permeiam dois grandes temas: (I) o fenômeno da obesidade e o cuidado atribuído aos sujeitos com excesso de peso e (II) o uso das PICs na Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde. A presente pesquisa está situada no primeiro tema, com foco na terapêutica da obesidade com estratégias não convencionais, assim consideradas por não trabalharem com prescrições de dietas restritivas e não focalizarem propriamente a promoção de balanço energético negativo.

Este trabalho foi desenvolvido com mulheres adultas em idade reprodutiva, com obesidade, concomitantes a distúrbios endócrino-ginecológicos em tratamento no Ambulatório de Nutrição da Endocrinologia Ginecológica (ANEKG) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, integrante ao nível terciário do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o intuito de abordar não apenas os aspectos objetivos, mas também os aspectos subjetivos relacionados ao tratamento da obesidade a partir de estratégias não convencionais, o estudo em questão se vale da abordagem qualitativa de pesquisa (MINAYO, 2014), utilizando como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada em profundidade, cujos conteúdos foram analisados por análise temática reflexiva (BRAUN; CLARK, 2006; 2016).

1.2 JUSTIFICATIVA

São reconhecidas as dificuldades associadas com a perda e manutenção do peso perdido com tratamentos para a obesidade, mesmo quando estes propõem a modificação do estilo de vida (que envolvem atividade física e mudanças alimentares) o que, a princípio, poderia ajudar no tratamento a médio e longo prazo. Contudo, o próprio entendimento do que vem a ser estilo de vida, se resume a recomendações em torno do aumento da atividade física e redução do consumo alimentar, principalmente através de diferentes modelos de dietas: voltadas para a restrição de energia, modificação de nutrientes, ciclos de mudanças alimentares, entre outras.

Entender o processo experimentado pelo paciente, sujeito da intervenção, de como as estratégias terapêuticas são interpretadas nos contextos de vida e adaptadas pelas referências objetivas e simbólicas, são uma contribuição para se dimensionar o papel do tratamento da obesidade, na vida de pessoas com excesso de peso, em direção a construir abordagens mais humanizadas, integrando outras perspectivas que um olhar uni direcionado não pode alcançar.

Este trabalho visou explorar as repercussões do tratamento da obesidade com estratégias não convencionais. Como estas estratégias reverberaram e sofreram ajustes nas rotinas de pacientes em tratamento. Muito embora as estratégias não convencionais representam um avanço em relação as convencionais porque não estão centradas no peso e buscam a autonomia e autoconhecimento do paciente, ainda assim deixa a cargo do indivíduo os cuidados do problema, mesmo reconhecendo a complexidade da obesidade e limitações de seu tratamento. Neste sentido, interessa a perspectiva do paciente. O diferencial deste estudo é a análise qualitativa de experiências de pacientes com estratégias não convencionais do tratamento nutricional da obesidade em um hospital de alta complexidade do SUS. Considera a relevância de elementos contextuais da alimentação das pacientes, afluídos nos relatos em profundidade que são permitidos devido à natureza qualitativa das entrevistas. Os resultados obtidos a partir deste trabalho corroboram com as discussões atuais sobre obesidade e as formas convencionais e não convencionais possíveis para seu tratamento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TRATAMENTOS DA OBESIDADE

2.1.1 O tratamento convencional para a obesidade

A obesidade é reconhecida como um fenômeno complexo e as discussões sobre suas causas e tratamento vem sofrendo um crescente investimento de esforços pelos órgãos responsáveis mundialmente. De modo geral, as ações estão dirigidas a modificações no estilo de vida, definidos como alteração de longo prazo de hábitos, usualmente de hábitos alimentares e atividade física, mantendo esse novo comportamento por meses ou anos. Tal abordagem na obesidade está pautada na implementação de estratégias para minimizar a alimentação inadequada e o sedentarismo (WHO, 2004).

Nas últimas décadas, no Brasil, o Ministério da Saúde tem produzido documentos com estratégias que traçam diretrizes centradas na obesidade e em seu manejo, como o Plano de Estratégias para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis 2011-2022 (BRASIL, 2011), o Caderno de Atenção Básica número 38 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade (BRASIL, 2014), a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle de Obesidade (BRASIL, 2014) e a publicação Perspectivas e Desafios no Cuidado às Pessoas com Obesidade no SUS (BRASIL, 2014).

É reconhecida nos documentos oficiais, a complexidade da obesidade a qual envolve uma relação entre corpo-saúde-alimento-sociedade. Consideram que estas relações influenciam as condições para a promoção da saúde, destacam a autonomia e a individualidade dos sujeitos, considerando que a forma como escolhem seus modos de viver e como organizam suas escolhas dependem, não apenas, da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas também estão condicionadas e determinadas pelos contextos, social, econômico, político, cultural e biológico, o que sugere uma abordagem terapêutica integral do sujeito (BRASIL, 2014). Todavia, as medidas que visam o emagrecimento propõem intervenções com o objetivo de atingir um balanço energético negativo e aumento da atividade física (BRASIL, 2014; WHO, 2016), limitação esta, produto da complexidade do problema e da necessidade de se abordar um problema desta envergadura, no âmbito de um serviço de saúde. Essa combinação de dieta e atividade física não tem demonstrado resultados satisfatórios a longo prazo (WHO, 2016). Observa-se a manutenção do modelo biomédico quando se estabelece as bases para a intervenção na obesidade.

O Ministério da Saúde sugere tratamentos pautados em abordagem multidisciplinar, incluindo estratégias educativas, a terapia comportamental, uso de medicamentos e cirurgia bariátrica, para os casos mais severos (BRASIL, 2014; GRANDONE et al., 2018; JENSEN et al., 2014; KUSHNER, 2014; 2018; RYAN, 2016; TSAI et al., 2017). No campo da alimentação recomendam alimentação variada e balanceada, associada a prática regular de atividade física e as modificações no estilo de vida (BRASIL, 2014; WHO, 2016). Apesar dos avanços no reconhecimento da complexidade da obesidade e suas implicações nos documentos oficiais, quando se transpõem para o campo das ações terapêuticas, voltamos para o mesmo lugar.

Com relação aos objetivos do tratamento, a dificuldade de perda de peso e sua manutenção estão tão consolidadas na literatura que o objetivo do tratamento que antes se centrava em atingir o peso ideal, baseado no peso por metro quadrado (Índice de Massa Corporal), passou-se para metas de perda de peso mais factíveis, na ordem de 5% a 10%, considerando que mesmo perdas menores representam ganhos significativos para a saúde, resultando na redução da morbimortalidade. Contudo, para a melhora da saúde metabólica do indivíduo a perda de peso é apenas a fase inicial do tratamento, sendo a manutenção do peso perdido o objetivo principal (WHO, 2016).

Em consonância ao supracitado, as diretrizes recomendadas pela American Heart Association (AHA), American College of Cardiology (ACC) e The Obesity Society (TOS) para o manejo da obesidade em adultos enfatizam a importância de uma abordagem multifacetada que perdure a longo prazo. Nestes documentos são recomendadas: vigilância nutricional, orientação sobre os efeitos do peso corporal elevado e a importância da perda sustentada de 5 a 10% do peso, intervenções para manutenção do peso, prescrição de dieta hipocalórica e hipolipídica, aumento da atividade física, intervenções de mudança de estilo de vida com duração mínima de seis meses e com encontros frequentes, abordagem de temas como alimentação saudável, atividade física e estratégias comportamentais. Também enfatizam a necessidade da preferência pela ingestão de frutas, legumes, verduras, grãos integrais, produtos lácteos com baixo teor de gordura, carnes brancas e oleaginosas, enquanto sugerem que seja limitado consumo de sódio, doces, bebidas açucaradas, gordura saturada e carnes vermelhas (JENSEN et al., 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a medicina tradicional ou convencional como o “conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas baseados em teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, explicáveis ou não, utilizadas na manutenção da saúde e em prevenções, diagnósticos ou tratamentos de doenças físicas e mentais” (BRASIL, 2012; WHO, 2005).

Considerando as dietas no modelo de tratamento convencional, Ogden (2010) defende em seu estudo que dietas podem resultar em grandes perdas de peso a curto prazo e, mesmo que seja um desafio para as pessoas com obesidade priorizarem uma reeducação alimentar, a dieta tem um resultado positivo em relação à saúde e autoestima, contudo reconhece ser preciso que sejam capacitados a assumir o controle e enfrentar o ambiente para que se consiga a manutenção da perda de peso a longo prazo.

A revisão sistemática que avaliou diferentes dietas para perda de peso (com baixo teor de gordura, com baixo teor de carboidratos e alto teor de proteína, com baixo índice glicêmico, vegetarianas e veganas) concluiu que nenhuma foi considerada melhor do que a outra e que o sucesso do tratamento seria a adesão (JENSEN et al., 2014). Kutnowski (2006) evidencia que a atitude clássica do tratamento da obesidade resulta normalmente em fracasso, confirmando o que Stunkard (1959) dizia, que a maioria dos obesos não segue programas de emagrecimento e, entre os que emagrecem, a maior parte tem o reganho do peso (POULAIN, 2013). De acordo com o exposto, se reafirmam as dificuldades associadas com a perda de peso e com a manutenção do peso perdido a médio e longo prazo (CILIFTON, 2017; HALL; KAHAN, 2018; LADDU, 2011; OHSIEK, 2011). A perda de peso pode ser alcançada por uma variedade de modalidades, mas a manutenção a longo prazo do peso perdido é muito mais desafiadora, significa que as intervenções para a obesidade tipicamente resultam em perda de peso, seguida de um platô na curva de perda de peso e sua recuperação progressiva (HALL; KAHAN, 2018). Para Cilifton (2017), não há conclusões claras sobre uma composição ideal de dieta para que o indivíduo consiga manter o peso perdido a longo prazo. As mudanças no estilo de vida e intervenções no comportamento devem ser adotadas, independente da abordagem terapêutica utilizada para a perda de peso, afinal, esta requer apoio contínuo de uma equipe multidisciplinar (LADDU, 2011). Nesse sentido, o estudo de Ohsiek (2011) identifica uma clara relação entre influências psicológicas e o abandono das mudanças de comportamento para manutenção de peso.

Diversos estudos apontam para a não efetividade do modelo biomédico, destacando que, embora estratégias desse modelo, em geral, promovam a perda de peso inicial, não são suficientes para promover a manutenção do peso perdido (ARAÚJO et al., 2015; DAVIS; TURNER, 2001; JENSEN et al., 2013). Como defendido por Sobal e Maurer (1999), o crescimento progressivo da obesidade sugere que a tradição biomédica vem se mostrando limitada em relação às estratégias de tratamento para a obesidade, incitando a necessidade de uma mudança paradigmática na abordagem do problema. Diante isso, vários estudos problematizam as ações de prevenção e tratamento da obesidade que são pautadas nesse modelo

tradicional. Autores provenientes das Ciências Sociais e Humanas apontam as limitações e incertezas dos estudos de perspectiva biomédica da obesidade (GARD; WRIGHT, 2007; POULAIN, 2013; YATES-DOERR, 2015).

Na sociedade contemporânea ocidental, ainda se tem a percepção de que a obesidade está associada ao estilo de vida, porém, vista como consequência de escolhas individuais (SWINBURN et al., 2011; RALSTON et al., 2018). Grande parte dos estudos científicos ainda consideram o corpo como máquina funcionalista, visão esta concebida com a Revolução Industrial no século XIX (BARROS, 2002; LUPTON, 1996; SANTOS, 2008) e, resulta na visão mecânica da obesidade, ou seja, direcionada para a relação entre a ingestão alimentar e o gasto energético (GARD; WRIGHT, 2007). Dessa forma, mantém-se uma visão limitada desse fenômeno, cujos pressupostos morais, científicos, ideológicos, religiosos e estéticos incidem sobre os indivíduos (GARD; WRIGHT, 2007).

Em síntese, atualmente, a obesidade é diagnosticada e tratada de acordo com a abordagem biomédica, conduzida por regras que não consideram a complexidade da obesidade, enquanto produto do modo com o qual a nossa sociedade se organiza. É urgente pensar em novos modelos de assistência, frente às demandas de tratamento da obesidade, que incluam aspectos subjetivos e sociais envolvidos no contexto (RALSTON et al., 2018; SOBAL; MAURER, 1999; SWINBURN et al., 2019; YATES-DOERR, 2015).

2.1.1.1 O contexto que produziu e tem sustentado a obesidade

Nas últimas décadas, considerando ainda o século passado, foram observadas mudanças importantes no acesso e na oferta de alimentos (DIEZ-GARCIA, 2003; MONTEIRO, 2000; SANTOS, 2008). A transição nutricional ocorrida em diversos países acompanhou a urbanização, industrialização e melhorias na infraestrutura de forma que o cenário socioeconômico com a globalização apresentou um papel importante na tomada de decisões relacionadas à alimentação (OGDEN, 2010; POULAIN, 2015). Os gêneros alimentícios industrializados passaram a ser os componentes principais da alimentação contemporânea (SANTOS, 2008). Para Fischler (2001), há uma reconciliação entre a indústria, que desenvolve a sua própria cozinha, e o consumidor, que se familiarizou com os produtos industrializados, procurando apreciar o seu valor e a sua comodidade.

O estudo de Swinburn et al. (2011) constatou que o aumento simultâneo da obesidade no mundo parece ser o reflexo de mudanças no sistema alimentar global. Os autores destacam como fatores de influência a maior produção de alimentos industrializados, a maior

disponibilidade de alimentos na forma de *fast foods*, a rápida urbanização, o impacto da indústria e de sua publicidade alimentar, além de vários fatores que levam os indivíduos a viverem um estilo de vida sedentário consequente a redução do trabalho manual, ao uso de carros, computadores, televisão, a estrutura e *design* das cidades (BIRK, 2017). Outrossim, é cada vez mais difícil fazer boas escolhas alimentares e ser ativo diante da presença frequente de elevadores, escadas rolantes, controles remotos e também da praticidade de alimentos prontos, que desencorajam a preparação culinária em casa (POULAIN, 2013). Esses fatores promovem um ambiente facilitador para o ganho de peso e a sociedade atual vem se tornando “obesogênica”, ou seja, caracterizada por ambientes que promovem o aumento da ingestão de alimentos altamente calóricos, ricos em energia, gorduras, açúcares e sal, concomitante à redução no consumo de frutas, verduras e legumes, e ao sedentarismo, de modo a contribuir para o aumento do risco para a obesidade (VIGITEL, 2019; WHO, 2015; YATES-DOERR, 2015). O termo ambiente obesogênico foi criado por Boyd Swinburn (1999) e é definido como a soma das influências em que o ambiente, as oportunidades ou as condições de vida tem na promoção da obesidade.

É importante destacar a influência da mídia e da ciência no contexto alimentar atual, uma vez que elas contribuem para mudanças na cultura alimentar e no estilo de vida, ditando novos hábitos (SANTOS, 2008). Conforme o comparativo de Fischler (2011), os indivíduos da França têm hábitos alimentares coletivos, que caracteriza a comensalidade, contribuindo para uma responsabilização social das escolhas alimentares; enquanto nos Estados Unidos os hábitos alimentares são individualizados e há uma responsabilização individual. O mesmo estudo constatou ainda que há uma maior taxa de obesos entre os americanos do que entre os franceses, sugerindo uma relação entre hábito alimentar e obesidade (FISCHLER, 2011).

Dantas (2019) apontou que, para o desenvolvimento e a manutenção de um comportamento alimentar saudável, é preciso atingir diferentes aspectos da vida do sujeito, como o ambiente físico, social, psicológico, familiar, cultural e midiático. Sabe-se que alimentação é influenciada pela cultura, a qual envolve crenças, emoções, desejos, prazeres, além da disponibilidade econômica (GARCIA, 1992), portanto pode-se dizer que as escolhas alimentares são definidas por aspectos simbólicos condicionados por condições sociais, econômicas, culturais e psicológicas (DIEZ-GARCIA, 2003).

No desafio do tratamento da obesidade, a promoção de escolhas mais saudáveis através de mudanças ambientais, é um aspecto de destaque já que essa medida tende a possuir efeitos mais duradouros na transformação do comportamento das pessoas, uma vez que essas escolhas

se incorporam nas estruturas, nos sistemas, nas políticas e em normas socioculturais (SWINBURG et al., 1999; 2011).

Nesse sentido, faz-se necessário discutir, por exemplo, estratégias de planejamento das cidades, veiculação de propagandas sobre alimentos e uso de transportes, aspectos que podem influenciar na aquisição de estilos de vida mais saudáveis e facilitar a prevenção e tratamento da obesidade (BRASIL, 2014; CASTRO, 2017; ROBERTO et al., 2015; RUBINO et al., 2020; SWINBURN et al., 2019). Ao mesmo tempo, são necessárias ações de prevenção em uma ampla gama de áreas de responsabilidade dos governos, como a saúde, educação, família e serviços comunitários, transportes, desporto e lazer, e infraestrutura e planejamento. Além disso, é fundamental que políticas públicas de saúde a prevenção e promoção da saúde e não o tratamento. Para isso é necessário regulações, ações de ordem socioeconômicas, políticas e ambientais, com base em estratégias que auxiliem na promoção da alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2012, 2014; CASTRO, 2017; DUARTE, 2014; SWINBURN et al., 2019).

No entanto, os esforços para minimizar a crescente prevalência da obesidade continuam a centrar-se na promoção de estilos de vida saudáveis e controle de peso por adequação da dieta e exercício físico, esquecendo-se de que as escolhas alimentares estão relacionadas ao ambiente, a valores advindos da publicidade e de outros meios, as pautas culturais, ou seja, é importante refletir e considerar todos os fatores envolvidos no ganho peso.

A obesidade tende a ser interpretada como uma incapacidade de controlar-se, ou seja, um corpo e um apetite sem controle (SANTOS, 2008). Fischler (1995) faz a seguinte pergunta: os obesos são vítimas ou culpados? O autor confirmou em seu estudo com franceses que os obesos são considerados os únicos culpados pela sua condição: são obesos porque não se controlam e comem muito (FISCHLER, 1995). Ralston et al. (2018) defende que a obesidade difere de uma fraqueza de caráter, é uma doença que afeta o sujeito nos seus aspectos biopsicossocial, ou seja, atinge o corpo na sua totalidade. Além disso, a responsabilidade pela epidemia da obesidade vai muito além da questão da culpabilização dos indivíduos, uma vez que responsabilidade possui raízes nos campos, social, político e industrial, entre outros fatores ambientais (RALSTON et al., 2018; SOBAL; MAURER, 1999).

Em consonância, Elliston et al. (2017) concluíram em seu estudo que o comportamento alimentar está associado a causas internas e externas em adultos com sobrepeso e obesidade e que as percepções do ambiente alimentar influenciam as escolhas alimentares em tempo real. Os autores enfatizam ainda a importância de uma perspectiva integrada sobre o comportamento alimentar e a prevenção da obesidade (ELLISTON et al., 2017). Nesse sentido, em relação à obesidade, não é possível tratá-la sem considerar a inclusão do sujeito na cultura de consumo e

o indivíduo deve desenvolver o autoconhecimento, a autoestima e a capacidade de reflexão e ação frente ao contexto, de modo a envolvê-lo com seu próprio processo de cuidado e na compreensão dos determinantes de sua saúde (BRASIL, 2014; SWINBURN et al., 2011).

Swinburn et al. (2011) forneceram outra visão para a pandemia global da obesidade. Questionam culpabilizar o sujeito e atribuem ao Estado a responsabilidade, o que implica propor ações políticas para reverter a natureza “obesogênica” da nossa sociedade. A relação entre modo de produção de alimentos e seu impacto ambiental estão no cerne do problema da obesidade e devem ser abordados em políticas de combate a obesidade. Os mesmos autores observaram que os governos abdicaram da responsabilidade de abordar a obesidade e que a epidemia não será revertida sem liderança, regulamentação e investimentos dos mesmos em programas, monitoramento e pesquisa. Ressaltaram também que é necessário continuar com o apoio aos indivíduos para lidarem com o ambiente obesogênico (SWINBURN et al., 2011; 2019).

2.1.2 O tratamento não convencional para a obesidade

As intervenções convencionais no manejo da obesidade para *comer menos e exercitar-se mais* parecem não ser eficiente para a maioria das pessoas ter sucesso no processo de emagrecimento. Apesar dos limites para tratar a obesidade pelas implicações de seus determinantes, conforme visto no final do tópico acima, há demandas de novas abordagens nas formas de intervir no tratamento da obesidade (LEÃO et al., 2015; RALSTON et al., 2018; SOBAL; MAURER, 1999; YATES-DOERR, 2015). Quando a medicina convencional falha em tratar doenças crônicas aumenta a busca por terapias alternativas, não convencionais (ELDALO et al., 2017; HASANI-RANJBAR et al., 2009; LIU et al., 2004). Diante disso, vários autores vêm tentando definir o que é não convencional.

Na perspectiva de Eisenberg et al. (1993), medicina alternativa e complementar (MAC) é definida como o uso e a prática de terapias ou técnicas de diagnóstico não ensinadas amplamente nas faculdades de medicina e geralmente não disponíveis em hospitais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a medicina alternativa e complementar e inclui outros termos como sinônimos medicina não convencional, medicina natural, medicina holística, não ortodoxa, diferente da biomédica e são intercambiáveis com a medicina tradicional. Abrangem o amplo conjunto de disciplinas que não fazem parte da tradição de um país em particular, e não são necessariamente integradas dentro do sistema de saúde dominante (WHO, 2005).

No mundo ocidental, os esforços foram para legitimar o cuidado de saúde biomédico como medicina convencional e considerar como outras as formas de cuidado de saúde não relacionada a medicina convencional, referidas como não convencional, alternativas e complementares. São terapias que carecem de pesquisas sobre segurança e efetividade (NG et al., 2016).

O National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), define MAC como um grupo de diversos sistemas, práticas e produtos de assistência médica que atualmente não são considerados como parte da medicina convencional. Conceitua abordagem complementar, se uma prática não convencional é usada em conjunto com a medicina convencional; e de abordagem alternativa, se uma prática não convencional é usada no lugar da medicina convencional; os cuidados de saúde integrativos geralmente combinam abordagens convencionais e complementares de maneira coordenada, enfatizam a abordagem holística, direcionada ao paciente todo, para cuidados de saúde e bem-estar, geralmente incluindo aspectos mentais, emocionais, funcionais, espirituais, sociais e comunitários (NCCIH, 2018). Para Astin (1998) as terapias não convencionais, alternativas ou heterodoxas são difíceis de serem definidas porque abrangem um amplo espectro de práticas, fundamentos e sistemas explicativos como, por exemplo: acupuntura, quiropraxia, homeopatia, naturopatia, ervas medicinais, vitaminas e suplementos, exercícios respiratórios, ioga, massagem, meditação, entre outros (HO et al., 2015; STEYE; ABLES, 2009).

A ciência precisa de novos paradigmas, além do biomédico. O sistema de saúde necessita iniciar um processo de cuidado global do paciente, uma medicina centrada na pessoa, dedicado a promoção da saúde como um estado de bem-estar físico, mental, social e espiritual (ROBERTI di SARCINA; ISEPPATO, 2011).

A disseminação da procura de tratamentos alternativos em todo o mundo e a crescente aceitação de terapias não convencionais se dão por diferentes caminhos e situações que geraram proposição de hipóteses para explicar essa busca (SPADACIO et al., 2010). Os argumentos para o uso das terapias alternativas são: congruência filosófica com a necessidade de recorrer a abordagens compatíveis com seus valores e visão de mundo, filosofia espiritual, religiosa ou crenças sobre a natureza e o significado da saúde e da doença que influenciam o tratamento; pelo questionamento e insatisfação com o modelo convencional, cuja base é o pensamento cartesiano, com um olhar mais centrado na visão biológica de sujeito; a busca de afinidades pelo uso de produtos naturais; o alto preço da assistência médica privada, junto ao custo elevado dos medicamentos; quando há precariedade da assistência pública de saúde; e quando o resultado do tratamento integrado entre medicina convencional e não convencional vêm se

mostrando eficaz (ASTIN, 1998; BARBOSA, 1994; BISHOP; YARDLEY; LEWITH, 2007; MELO, 2013; ROBERTI di SARCINA; ISEPPATO, 2011; VINCENT; FURNHAM, 1995).

No estudo de Sunjka, Pejic e Jakovejevic (2017) o uso de MAC nos Estados Unidos da América foi mais prevalente entre mulheres: as que tomavam produtos naturais (suplementos alimentares que não sejam vitaminas e minerais) ou praticavam ioga, eram mais propensas a fazer o uso de MAC por razões de bem-estar; e as que usavam técnicas manipulativas (quiropaxia e osteopatia) faziam o uso de MAC mais frequente e por razões de tratamento de saúde. No Canadá as terapias mente-corpo e manipulativas foram formas dominantes, a maioria usou MAC para o bem-estar, de modo a impedir a ocorrência doenças futuras ou para manter a saúde e na Austrália, a MAC foi usada, principalmente por mulheres e para manter a saúde geral. As terapias mais usadas foram as manipulativas e vitaminas auto prescritas (SUNJKA; PEJCIC; JAKOVEJEVIC, 2017). Em um estudo com 1.256 adultos entrevistados na Austrália foi observado que as características pessoais e os fatores psicossociais previram a intenção de experimentar MAC antes da medicina convencional (THOMSON et al., 2014).

A abordagem não convencional sempre foi usada, mas só recentemente vem recebendo atenção e reconhecimento pelo sistema de saúde (ERNST, 2000). Em um estudo com 1.035 americanos, no qual a maioria dos usuários faz o uso de medicina não convencional, por considerarem estas alternativas mais congruentes com seus valores, crenças e orientações filosóficas em relação à saúde e à vida (ASTIN, 1998).

Estratégias de tratamento para a perda de peso são complexas e vão além de uma abordagem única a qual não funciona para tratar a todos (EVANS; STRAUSS, 2001), por isso, indivíduos com obesidade buscam outras formas de cuidado. Allison et al. (2001) considera os tratamentos não convencionais como qualquer tratamento atualmente disponível destinado a produzir perda de peso ou redução de gordura, que não estão entre os tratamentos convencionais. Esta definição não inclui os métodos que usam medicamentos, cirurgia bariátrica, aplicação de técnicas cognitivo comportamental, terapias dietéticas ou em combinação com exercícios.

No caso de estudo com uso de MAC para o controle do peso, em uma pesquisa com 372 adultos, foi mostrado que pessoas que usavam outros métodos de perda de peso, tiveram maiores oportunidades de usar MAC nos 12 meses anteriores, sugerindo que quem usa MAC, frequentemente combina seu uso com outras estratégias de perda de peso, como meditação, acupuntura, ioga (SHARPE et al., 2007). Shehadeh et al. (2020) indicou que as taxas de uso de MAC são semelhantes tanto para controle, quanto para redução de peso e tem sido usado várias

modalidades alternativas como fitoterapia e suplementos alimentares, combinadas ou não com restrição calórica e/ou medicamentos para emagrecimento.

Por outro lado, vários estudos de revisão concluíram que faltam investigações para determinar com precisão, eficácia e segurança, as dosagens e os procedimentos padrão e os possíveis efeitos colaterais dos vários métodos de MAC utilizados para o tratamento da obesidade. Os métodos mais usados para este fim são os suplementos de ervas, acupuntura e massagem modeladora. São observadas várias limitações na literatura científica disponível, dentre as quais incluem amostras pequenas, curta duração de acompanhamento, ensaios não controlados, escolha não aleatória dos sujeitos para os grupos de tratamento, desfechos clínicos e laboratoriais ambíguos (ALLISON et al., 2001; ELDALO et al., 2017; ESTEGHAMATI et al., 2015; SUNJKA; PEJCIC; JAKOVEJEVIC, 2017).

Para Spadacio et al. (2010), as pesquisas qualitativas sobre a MAC buscam um olhar exploratório sobre o tema, procurando identificar as experiências de pacientes e profissionais com essas terapêuticas. Procuram também discutir consequências desse uso para a medicina convencional. Ainda há dificuldade para o reconhecimento da MAC por parte daqueles que praticam a medicina convencional. Há divergências de significados e objetivos em como cada autor entende o que é tratamento não convencional (NG et al., 2016; SPADACIO et al., 2010).

O presente trabalho usa o termo estratégias não convencionais para denominar a abordagem terapêutica que não se enquadra no modo convencional de tratamento da obesidade. A contribuição científica pretendida é explorar as possíveis contribuições de uma abordagem terapêutica não prescritiva de dietas para a obesidade, voltada para mudanças na relação do sujeito com a comida por meio de insights (CURRY; JAFFE, 1998) e, portanto, voltada para o reconhecimento de comportamentos e aspectos relacionais. A intenção é aprofundar a compreensão sobre o tema, aperfeiçoando o conhecimento na perspectiva do paciente sujeito da referida abordagem.

2.1.2.1 As Práticas Integrativas e Complementares (PICs)

Abordagens terapêuticas alternativas, que visam o cuidado integral ao sujeito ganham espaço e legitimidade. As denominadas Práticas Integrativas e Complementares (PICs) são sistemas e recursos terapêuticos que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de doenças e da recuperação da saúde através de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006). Os diagnósticos são embasados no

indivíduo em sua totalidade, considerando-o em seus vários aspectos: físico, psíquico, emocional e social na busca de uma mudança de paradigma, da lógica de intervenção focada na doença para ser voltada para a saúde do sujeito, essas terapêuticas contribuem para a ampliação do modelo de atenção à saúde, pois atendem o indivíduo na sua integralidade, singularidade e complexidade, considerando sua inserção sociocultural e fortalecendo a relação médico/paciente, o que contribui para a humanização na atenção (BRASIL, 2015).

As PICs começaram a aparecer de modo mais contundente no Brasil no final de década de 70, após a Declaração de Alma Ata: documento síntese da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS em Alma Ata, na República do Cazaquistão, afirmava que os cuidados primários de saúde precisavam ser desenvolvidos e aplicados em todo o mundo com urgência, principalmente nos países em desenvolvimento. Em meados dos anos 1980, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ganharam visibilidade com as demandas e necessidades da população, por uma nova cultura de saúde (BRASIL, 2006). O reconhecimento oficial dessa categoria de práticas legitimou esses saberes e práticas que paulatinamente passaram a ser parte da oferta de cuidado na estrutura oficial de saúde, mesmo que timidamente (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde entende que as PICs compreendem o universo de abordagens denominado pela OMS de Medicina Tradicional (MT) e Medicina Complementar/ Alternativa (MCA) (BRASIL, 2006). No Brasil, foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, através da Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, contemplando, entre outras, diretrizes e responsabilidades institucionais para a adaptação de ações e serviços de medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo/crenoterapia (BRASIL, 2015). Em 2017, a PNPIC foi ampliada em 14 novas práticas a partir da publicação da Portaria nº 849 de 2017. Nova ampliação ocorreu em 2018 por meio da Portaria nº 702 de 2018, com mais 10 novas práticas, integrando um total de 29 PICs.

A PNPIC é uma política pública permanente que possui como um de seus objetivos incorporar e implementar as PICs no SUS, na perspectiva de prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na Atenção Básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (BRASIL, 2015).

Em se tratando da relação entre o tratamento da obesidade, há poucos trabalhos na literatura relacionando-o com as PICs. O Documento “Perspectivas e Desafios no Cuidado às Pessoas com Obesidade no SUS” (BRASIL, 2014), mostra algumas experiências de PICs no cuidado à obesidade no contexto da Atenção Básica. Dessas experiências, as que receberam

destaque foram a do Ambulatório de Obesidade (Itapevi/SP) que incluiu a acupuntura para tratar a ansiedade associada a compulsão alimentar; o grupo “Reeducar para Emagrecer” (Florianópolis/SC) que incorporou a auriculoterapia no processo de emagrecimento, mostrando seu auxílio também na redução da ansiedade e aumentando a consciência corporal; a dança circular (Chapecó/SC), a qual trabalha autocuidado, autoestima, consciência corporal, interação social e, dependendo da necessidade de cada indivíduo, podem receber atendimento psicológico individual e sessões de auriculoterapia e sessões de massoterapia (BRASIL, 2014).

Há poucos estudos científicos que relacionam a efetividade das PICs no controle e prevenção da obesidade. Esses trabalhos sugerem o uso da acupuntura auricular associada à dieta e ao exercício físico, destacando sua aplicação de maneira concomitante às terapias convencionais (RUAN et al., 2016; SET, CAYIR; PIRIM, 2014; SHIRAISHI et al., 2003). Também há um número reduzido de estudos sobre terapia de florais. Fusco (2018) tratou com terapia floral, adultos com excesso de peso e comparou com um grupo placebo. O uso de florais reduziu sintomas de ansiedade, melhorou o padrão de sono, diminuiu sintomas de compulsão alimentar e a frequência cardíaca de repouso, contudo, não há evidências sobre a eficácia desse tratamento para a obesidade.

2.1.2.2 Tratamento nutricional com estratégias não convencionais (ENC) no ANECG

Iremos abordar neste estudo, o tratamento da obesidade desenvolvido no Ambulatório de Nutrição da Endocrinologia Ginecológica (ANECG), vinculado ao Ambulatório (médico) de Endocrinologia Ginecológica (AECG) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, hospital público. Criado em 2005, atende mulheres em idade reprodutiva, com sobrepeso e principalmente obesidade, concomitantes a distúrbios endócrinos ginecológicos. Compõe a equipe que atende no ANECG, pós-graduandos *lato sensu* (aprimoramento em nutrição), *stricto sensu* (mestrandos e doutorandos), graduandos de nutrição do último ano e um docente. Está integrado aos ambulatórios de medicina e psicologia. Com este último trabalha-se de modo integrado, discutindo em conjunto os casos tratados em ambos Ambulatórios, de psicologia e nutrição.

Este Ambulatório recebe pacientes encaminhadas do serviço médico quando estas estão com excesso de peso. Diversas enfermidades desta especialidade podem ser agravadas pelo excesso de peso. As principais enfermidades encaminhadas são Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), distúrbios menstruais persistentes, amenorreia primária ou secundária, falência ovariana precoce, disgenesias gonadais, hipogonadismo hipogonadotrófico,

malformações genitais, hiperprolactinemia, galactorréia, hirsutismo, portadoras de doenças sistêmicas com repercussões sobre o aparelho reprodutor com distúrbios menstruais e/ou com indicação de uso de terapia hormonal ou método anticoncepcional.

Em estudos realizados no AECG com mulheres obesas com SOP, foi observado a associação com níveis pressóricos mais elevados, maior prevalência de resistência insulínica, intolerância à glicose e síndrome metabólica, quando comparadas com pacientes sem obesidade, apontando um maior risco para o desenvolvimento de comorbidades metabólicas (FERNANDES et al., 2009; MELO, et al., 2012; PREMOLI et al., 2000; ROMANO et al., 2011). O tratamento da SOP com perda de peso é um exemplo da relação entre este e a melhoria da condição clínica que inclui a síndrome metabólica e melhora da infertilidade (AL-AZEMI; OMU; OMU, 2004; KORHONEN et al., 2001).

A SOP, enfermidade de grande prevalência em nosso meio, afeta cerca de 5 a 20% de mulheres em idade fértil e é a principal causa de infertilidade feminina (FAGHFOORI et al., 2017); se trata de uma condição clínica heterogênea causada por um desequilíbrio hormonal (hiperandrogenismo), geralmente manifestada pelo hirsutismo, por irregularidade no ciclo menstrual, por anovulação crônica, por infertilidade e por alterações endócrinas e ainda se manifesta por acne, alopecia, seborreia, excesso de peso e cistos ovarianos (BRUGGE; MAZUR; COVAGNARI, 2017).

Reduzir o excesso de peso e melhorar a qualidade alimentar e nutricional dessas pacientes, repercutem na sua evolução clínica e, com este intuito foi criado o ANECG.

As consultas são ancoradas nas demandas das pacientes, buscando nos relatos delas o reconhecimento de seus mecanismos de relacionar-se com alimentação em rotinas, relações pessoais e familiares, em situações de lazer e adversidade, etc. Cada consulta traz uma vivência prática que denominamos oficina, por trazer uma atividade participativa e experiencial para o contexto da consulta, recorrendo a materiais diversos como fotos, vídeos, alimentos, atividades experimentais, sendo, o conteúdo de muitas destas oficinas, extensivas para tarefas inter-consultas. Tema que emergem dos relatos das pacientes devem proporcionar reflexão. A tarefa inter-consulta é facultativa, de acordo com a necessidade e negociada com a paciente, visando levar essas reflexões para situações do cotidiano. As estratégias adotadas se propõem a promover *insights* na paciente, a respeito da sua relação com a comida. Na última consulta (décima quinta), se discute as condições de alta ambulatorial baseando-se no progresso alimentar e nutricional, avaliado em conjunto com a paciente, os dados de sua evolução no decorrer do tratamento.

Os atendimentos são individuais e dinâmicos, com o objetivo de sensibilizar o paciente e fazê-lo refletir sobre as orientações recebidas, promovendo *insights* proporcionados pela experiência, que resultarão no autoconhecimento da relação com a alimentação (DIEZ-GARCIA, 2017). Almeja o empoderamento do sujeito para a escolha consciente sobre sua alimentação, considerando as pressões do meio ambiente, a oscilação entre períodos de dificuldade e de progresso em termos de mudanças alimentares e perda de peso.

Dentre os estudos que foram desenvolvidos ao longo dos anos no ANECG, foi estudado o percurso de alteração de peso nas 15 consultas do tratamento por Gonçalves Micali et al. (2014), o que motivou algumas mudanças no protocolo. Os autores observaram que a perda de peso ocorreu principalmente na primeira fase (nas primeiras 5 consultas), o que alertou para a necessidade de implementar estratégias mais eficazes para o tratamento a longo prazo, por mais de 6 meses. A implementação das oficinas ocorreu para atenuar essa evasão.

Aguiar-Bloemer et al. (2019) se centraram nas mudanças alimentares promovidas pelo tratamento. Dividiram as pacientes entre as que perderam peso e as que não perderam ou ganharam peso. Observou-se que ambos os grupos tiveram um incremento significativo na qualidade da dieta, avaliada por meio de um índice de qualidade pautado na frequência de consumo alimentar, todavia, as que não perderam ou ganharam peso apesar das melhorias alimentares, continuaram consumindo doce.

Outros estudos foram desenvolvidos nesse ambulatório, explorando implicações hormonais na fome e saciedade. Japur et al. (2014) estudaram mulheres com SOP, partindo da hipótese de que mulheres obesas com SOP teriam maior ingestão de alimentos e menor supressão pós-parandial de grelina em resposta a uma refeição *ad libitum*, do que mulheres obesas sem SOP. Esta hipótese não foi confirmada, pois os resultados do estudo foram semelhantes em mulheres obesas com e sem SOP. Apontaram que o desequilíbrio nos mecanismos de retroalimentação entre insulina e grelina, presente em mulheres obesas, principalmente naquelas com resistência à insulina, pode afetar a ingestão de alimentos ao longo do dia e ser um mecanismo para o desenvolvimento da obesidade na SOP (JAPUR, et al., 2014). Em seu outro estudo, Japur et al. (2019) concluíram que mulheres com obesidade e SOP tiveram um retorno precoce da fome no período pós-prandial após uma refeição *ad libitum*, mas não houve associação com os níveis de insulina e grelina pós-prandiais.

Outra linha de estudos foi desenvolvida a partir da observação do formato corporal de mulheres com SOP. Devido ao aumento da proporção do tórax em relação ao quadril, foi proposta a medida de circunferência de tronco. Estudou-se também sobre as alterações de composição corporal e metabólicas associadas a esta medida e concluíram que a circunferência

do tronco está associada a importantes variáveis metabólicas na SOP, provando ser uma ferramenta valiosa e inovadora para avaliação da distribuição da adiposidade corporal em mulheres obesas com SOP (PENAFORTE et al., 2011). Rodrigues et al. (2012), mostraram que as equações propostas, usando as circunferências da cintura, tórax e pescoço em mulheres obesas e com SOP para avaliação da gordura intra-abdominal e gordura abdominal total, na prática clínica, apresentaram uma boa correlação com o valor real medido pela tomografia computadorizada.

As características da atenção nutricional do ANECG, objeto deste estudo, tem o intuito de abordar aspectos objetivos e subjetivos relacionados a terapêutica da obesidade, tendo como foco a relação do sujeito com a comida, a partir da abordagem com ENC.

A opção por este termo se deve a necessidade de se diferenciar a abordagem terapêutica *convencional* da obesidade: não estão centradas no peso, buscam a autonomia e autoconhecimento; respeita o processo independente do tempo; reconhece os progressos não pelo peso; se pauta no empoderamento do paciente. Contudo, muitos estudos com tratamento de obesidade utilizam abordagens não convencionais recorrendo a outras denominações.

O empoderamento é descrito por Rappaport et al. (1984) como um processo focado na ação, através do qual pessoas e comunidades adquirem domínio sobre suas próprias vidas. Funnell (1991) definiu o empoderamento como uma intervenção ou estratégia, para ajudar a mudar o comportamento, processo que fortalece, reconhece e promove a capacidade do indivíduo se sentir no controle de sua vida, fornecer habilidades de pensamento crítico e a capacidade de tomar decisões autônomas com benefícios para saúde (STRUZZO et al., 2013). A obesidade pode estar relacionada à dificuldade de mudar comportamentos de saúde devido ao baixo controle sobre os fatores estressantes de vida dos pacientes e os profissionais de saúde devem facilitar esse processo, encorajá-los a se tornarem participantes ativos do autocuidado, a melhorar sua capacidade de tomar decisões, autoestima e responsabilidade por sua própria saúde (STRUZZO et al., 2013).

A abordagem terapêutica da obesidade no serviço estudado foi construída ao longo dos anos tendo como base referenciais teóricos da antropologia da alimentação para abordar práticas alimentares enquadradas no contexto de vida; da psicologia e da neurociência para lidar com o comportamento enquanto constructo social e condicionamento, incluindo os mecanismos de recompensa. A constituição da relação com a comida é um processo histórico de identidade, de formação de valores e do gosto. As mudanças devem partir do autoconhecimento desse processo, nos enfrentamentos de dificuldades diárias, não na imposição de um padrão alimentar. Visa mudanças a longo prazo, fundamentadas em *insights* sobre o *modus operandi* do sujeito

no que tange a sua alimentação. Esses temas são abordados dentro de um tratamento que foca a reconstituição da relação do sujeito com a comida, de modo a fortalecer esse indivíduo para o enfrentamento de diferentes situações consideradas de risco para a obesidade (DIEZ-GARCIA, 2017).

As ENC deste estudo são fundamentadas na abordagem da relação do sujeito com a comida, considerada em seu contexto sócio cultural e psicossocial, para que promovam *insights* (autoconhecimento) relacionados ao histórico desta relação sujeito-comida, sendo alternativas alimentares integradas no modo de vida do indivíduo e fundamentadas nas demandas do paciente, com técnicas que abordem os contextos de risco para o consumo alimentar e que visam mudanças baseadas na auto reflexão e empoderamento, promovendo a conscientização do ambiente e sua relação com ele. As estratégias são baseadas em oficinas com recursos visuais e experienciais associados a alimentação e ao modo de se relacionar com o comer e a comida, sempre acompanhados de explicações sobre os mecanismos pessoais, biológicos e do comportamento que sustentam-nas, de modo a fornecer conhecimento dos mecanismos relacionados ao tema.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer como mulheres com obesidade em tratamento nutricional ambulatorial interpretam e incorporam no seu universo simbólico e pragmático, o tratamento e as estratégias não convencionais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar como o tratamento é recebido e interpretado pelas mulheres;
- Mapear a apropriação e criação das estratégias usadas pelas pacientes;
- Analisar como a experiência com o tratamento reverbera na vida.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório, realizado com entrevistas semiestruturadas em profundidade. A abordagem qualitativa foi escolhida com o objetivo de buscar adentrar os aspectos subjetivos relacionados às experiências vivenciadas pelas mulheres com obesidade durante o tratamento nutricional.

A pesquisa qualitativa é sugerida para estudar as percepções, representações, opiniões e crenças ocorridas pelas interpretações que os indivíduos têm de suas maneiras de pensar, viver e sentir (MINAYO, 2014). Alcançar a significação atribuída ao fenômeno por quem a vivência é o objeto da pesquisa qualitativa (TURATO, 2005).

Ao comparar os métodos quantitativo e qualitativo, Barbieri (2015) observa que o método quantitativo prioriza o controle do fenômeno a ser estudado, uma rotina inflexível de procedimentos a serem realizados e a generalização dos resultados; enquanto o método qualitativo preza a qualidade e a diversidade informativa do objeto de estudo. Emprestando a reflexão de Turato (2005), o método escolhido não comporta, observações que validem ou refutem uma teoria, mas parte de uma escuta diferenciada, permitindo que se descubram indicações e ideias acerca do fenômeno estudado.

4.2 PARTICIPANTES

A amostra desta pesquisa foi composta por mulheres com obesidade que estavam em tratamento no Ambulatório de Nutrição da Endocrinologia Ginecológica (ANEKG) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC FMRP-USP). Este Ambulatório ocorre as sextas-feiras de manhã e atende em torno de 6 pacientes, 2 casos novos e 4 retornos. As consultas de caso novo duram de 1 a 1:30h e os retornos, 45 minutos a 1h.

O programa de tratamento é constituído por 15 consultas que transcorrem em aproximadamente dois anos, considerando intervalos entre um e um mês e meio em cada retorno. No protocolo de tratamento no ANEKG, a partir da consulta de caso novo e a cada 5 consultas, as pacientes são submetidas a uma avaliação completa na qual se realiza uma avaliação e diagnóstico do consumo alimentar e nutricional (por meio de história alimentar, questionário de frequência de consumo alimentar e sobre comportamento alimentar) e avaliação

do estado nutricional e de mudanças de medidas e composição corporal (antropometria e bioimpedância). A cada avaliação a paciente é atualizada sobre estas avaliações e é realizada uma avaliação em conjunto onde o tratamento é repensado e reabordado com a paciente.

As pacientes foram selecionadas de um levantamento no prontuário eletrônico e na agenda de consultas do ambulatório de acordo com os seguintes critérios de inclusão: mulheres adultas, com idade igual ou maior que 18 anos, com o diagnóstico de obesidade (apresentando o Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30 kg/m²) e alfabetizadas, sem diagnóstico de problemas cognitivos, em tratamento e que aceitassem participar do estudo.

Foi realizado um estudo piloto com 5 mulheres, que serviu como um teste para aprimorar o roteiro. As pacientes estavam em momentos distintos do tratamento, considerando que o mesmo ocorre em 15 consultas (C1 a C15). Vale ressaltar que, para pesquisas qualitativas, não se faz necessário um tamanho mínimo para a amostra, desde que esta seja suficiente para responder às questões do estudo de forma satisfatória, critério denominado como saturação (MINAYO, 2014). Para Braun e Clarke (2016) quanto maior for a amostra, maior será o risco de não fazer jus à complexidade e as nuances contidas nos dados.

4.3 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

Para conhecer a forma como as mulheres interpretam e incorporam no seu universo simbólico e prático, o tratamento e as estratégias não convencionais, foi necessário aprofundar o entendimento de suas opiniões, o que justificou a escolha da técnica de entrevistas semiestruturadas em profundidade, ou seja, guiadas por um roteiro (APÊNDICE B) de questões abertas previamente elaboradas de acordo com os objetivos do estudo.

O roteiro é utilizado como guia pelo entrevistador para gerar questões para reflexão e desenvolvimento do depoimento pessoal (SHRAIBER, 1995), porém de forma a garantir a flexibilidade necessária para acompanhar o percurso do depoimento do entrevistado.

Foram realizadas 5 entrevistas experimentais, como piloto, as quais serviram para reformular questões e ajustar o roteiro final utilizado no estudo. Às cinco participantes das entrevistas piloto foram escolhidas da mesma maneira que as outras 22 entrevistadas e asseguradas pelos mesmos cuidados éticos. As entrevistas piloto foram realizadas pela própria pesquisadora e transcritas, lidas e arquivadas, não tendo sido utilizadas para compor os resultados.

As pacientes com consultas agendadas no sistema eletrônico para o serviço de Nutrição foram abordadas pela pesquisadora através de contato telefônico, no qual foi explicado do que

se tratava o estudo e seus objetivos e foram convidadas a participar da entrevista. Aquelas que aceitaram o convite foram entrevistadas pela pesquisadora deste estudo, individualmente, após passarem pela consulta nutricional com a nutricionista do ANECG ou em horário pré-determinado em um consultório reservado do HC FMRP-USP. A entrevista foi realizada no ambiente hospitalar, por conveniência, devido às diferentes localidades e cidades de residência das mesmas. Apesar de o contexto da entrevista ser o mesmo em que eram atendidas, o que pode ter gerado viés, as condições de realização garantiram tempo e local privado para a condução das entrevistas. Neste momento foi explicado todo o procedimento necessário, para a participação no projeto e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) para leitura e esclarecimento de dúvidas. As entrevistas foram gravadas com um gravador portátil.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização das entrevistas foram feitas as transcrições na íntegra, procurando manter a fidedignidade e a essência das expressões. As transcrições completas dos áudios constituíram um único banco de dados, analisado utilizando o *software* ATLAS.ti® versão 7 (desenvolvido pela GmbH, EUA). As entrevistas foram analisadas a partir do processo de codificação, seleção de citações de fala dos entrevistados, identificação dos temas, notas de análise, elaboração de rede de relações entre os códigos e as citações, bem como nuvem de palavras a partir da técnica de análise temática reflexiva (BRAUN; CLARK, 2006; 2016).

No intuito de preservar o anonimato das pacientes, foi adotada a denominação P (forma abreviada da palavra paciente) seguida da numeração, de acordo com a ordem crescente de idade, para a identificação das entrevistadas.

Após a organização dos dados, foram realizadas várias leituras e releituras das transcrições dos áudios impressos, para a identificação dos núcleos de sentido, os quais posteriormente constituíram as categorias de análise.

Dessa forma, foi feita a análise das entrevistas utilizando-se a técnica denominada análise temática reflexiva, proposta por Braun e Clark (2006; 2016).

A análise temática leva a pormenorizar o material de pesquisa a partir dos núcleos de sentido que o compõem, podendo-se considerar a presença ou frequência de aparição desses núcleos de sentido para a interpretação do objeto em questão (MINAYO, 2014). O processo de análise temática do material das entrevistas compreendeu as etapas sugeridas por Braun e Clarke (2006; 2016), como descrito a seguir:

- 1) Transcrição das entrevistas, leituras e releituras para imersão e familiarização com os dados e transcrição das respostas das entrevistadas para o programa ATLAS.ti® versão 7;
- 2) Identificação dos códigos iniciais a partir dos conteúdos de interesse inicialmente identificados;
- 3) Reavaliação e agrupamento dos códigos, seguido pela construção de mapas com os códigos para a identificação das categorias;
- 4) Revisão e refinamento das categorias, com uma reorganização e eventuais criações de temas.
- 5) Definição e nomeação dos temas: identificação da essência do que trata cada tema e determinação de qual aspecto dos dados cada tema aborda, visando uma descrição analítica pertinente às questões de pesquisa;
- 6) Análise final com o oferecimento de uma visão sucinta, coerente, lógica, não repetitiva e relevante a respeito do material obtido.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi projetado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Portaria do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – CNS, Resolução nº 466/12). O protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HC FMRP- USP e está registrado de acordo com o Protocolo CAAE: 88147418.4.0000.5440 e processo número 5454/2018.

5 RESULTADOS

5.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

5.1.1 Caracterização da amostra

De 63 pacientes em tratamento no ANECG, 27 atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar espontaneamente do estudo, 5 delas participaram da entrevista piloto e 22 mulheres compuseram a amostra da pesquisa. Na Tabela 1 é apresentada a caracterização socioeconômica e clínica das pacientes.

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica e clínica das pacientes (n= 22). Ribeirão Preto, SP- 2020.

Variáveis	Resultados
Idade (anos)	
Média ($\pm$ desvio padrão)	32,81 ($\pm$ 7,58)
Mínima - Máxima (anos)	18- 43
Estado civil n (%)	
Solteira	07 (31,81)
Casada	12 (54,54)
Divorciada	02 (09,09)
Viúva	01 (04,54)
Escolaridade n (%)	
Ensino Fundamental Completo	01 (04,54)
Ensino Fundamental Incompleto	02 (09,09)
Ensino Médio Completo	11 (50,00)
Ensino Médio Incompleto	01 (04,54)
Ensino Superior Completo	05 (22,72)
Ensino Superior Incompleto	02 (9,09)
Renda per capita n (%)	
1 salário mínimo	02 (09,09)
1-2 salários mínimos	08 (36,36)
> 2 salários mínimos	09 (40,90)
Classificação IMC (kg/m²) n (%)	
Obesidade Grau I (30-34,9 kg/m ²)	08 (36,36)
Obesidade Grau II (35-39,9 kg/m ²)	05 (22,72)
Obesidade Grau III (> 40 kg/m ²)	09 (40,90)
Fase do tratamento n (%)	
C1- C5	17 (77, 27)

C6 - C10	03 (13, 63)
C11- C15	02 (09, 09)

Resultados apresentados em Média ($\pm$ desvio padrão) para variáveis quantitativas e frequência (porcentagem) para variáveis categóricas.

5.2 RESULTADOS QUALITATIVOS

A partir da metodologia descrita, foram criados 32 códigos, que nortearam a elaboração de cinco unidades temáticas relacionadas a percepção das pacientes com o tratamento, as quais serão discutidas nos tópicos a seguir.

5.2.1 O encontro com o tratamento com *estratégias não convencionais*

As experiências anteriores com tratamentos nutricionais e as partilhadas nos meios sociais influenciaram a expectativa das participantes com o tratamento nutricional do presente estudo. Foi uma demanda recorrente entre as entrevistadas a expectativa de um tratamento que as ajudassem a exercer um controle sobre elas mesmas, ou seja, havia a esperança de que algo impositivo pudesse regular a alimentação delas. Dietas, quantidades, um guia do que comer, além de alimentos especiais que são sempre considerados caros, são recomendações esperadas. Dessa forma, a ideia de regular a alimentação esteve presente nos relatos, onde predominava a ideia de “necessidade de controle” por meio de estratégias, muito restritivas e/ou especiais, associadas com quantidades definidas, horários, restrição e listagens de alimentos, sempre envolvendo uma prescrição. As pacientes do estudo demonstraram uma visão do papel do nutricionista, associada a um caráter restritivo, que seria o suporte necessário para perder peso. Essa visão corresponde a abordagem convencional de tratar com a prescrição de uma dieta na qual está delineada o que é permitido comer e em qual quantidade.

“No meu pensar mesmo, eu ia sair daqui com medicamento, que eu ia sair daqui com um monte de uns papel de dieta na mão, era o meu pensar esse...” (P09, C1)

“Eu achava que ia me dar, que nem eu conheço muita gente que já foi na nutricionista e eles receberam assim hora certa de comer, a quantidade certa de comer. No almoço vai comer isso, na janta isso... eu vejo muitos casos que eles tiram, colocam coisa muito cara pra você comprar e aqui não, aqui eu tô conseguindo fazer... Eu achei que ia ser assim aqui.” (P14, C3)

“... preciso, às vezes, de ter alguma coisa pra seguir, ou mais ou menos uma base, eu falei pra ela (nutricionista) me dar uma planilha do que comer nas horas certas, as coisaiada.” (P11, C5)

Em relação à experiência com o tratamento com estratégias não convencionais, estas foram referidas como “diferentes”, por não receberem recomendações de como se alimentar. Perceberam o intuito do tratamento de fornecer recursos para que se colocassem no comando de suas vidas, que experienciassem uma postura de autocuidado, além de repensarem a sua relação com a comida. A possibilidade de não restringir a alimentação e o acolhimento das dificuldades inerentes ao tratamento, trouxe responsabilidade. Segundo as palavras de algumas das pacientes, elas consideraram como um diferencial desse tratamento o (re) aprender a comer. Esse aprendizado se refere não só ao comer, mas também sobre como reconheciam o seu corpo, a observarem-se mais, passaram a nomear e acolher os próprios sentimentos.

“... foi totalmente oposto do que eu pensei e de uma forma que você tem mesmo que se empenhar. Você tem que fazer a sua parte... Eu tinha, eu mesma que me reeducar a comer, aprender a comer, parar de comer muito, porque meu maior problema era comer muito, não era fome... o foco é você aprender a comer, aprender a comer o que seu corpo precisa... isso pra mim foi um diferencial, porque eu não esperava... porque tem pessoas que vai na nutricionista lá na minha cidade, vem de lá com uma folha, você vai comer isso e isso. Essa experiência tem mudado minha vida tanto no ato da comida, como meu emocional, meu jeito de ver a vida e de querer viver bem...eu tô emagrecendo de uma maneira saudável e aprendendo a comer, aprendendo a me controlar.” (P08, C6)

“Então, aqui eu tive esse grande diferencial pra mim, você tá perdendo, mas tá perdendo de maneira saudável e aprendendo, porque não adianta você perder peso e depois voltar tudo como era antes, isso é uma coisa que acho que vou levar pra minha vida inteira...” (P06, C4)

“Igual, eu achava que quando eu cheguei aqui, aí eu vou fazer uma dieta, vou emagrecer tantos quilos em um mês e não sei o que. Não é assim, eu vim pra aprender a comer, pra começar como se eu fosse um bebezinho, que eu tivesse aprendendo a comer agora.” (P07, C5)

5.2.2 A necessidade de (auto) controle alimentar

Foi unânime nos relatos das mulheres entrevistadas, “a necessidade de controle alimentar”, entre as que perderam, aquelas que mantiveram ou ganharam peso. Controlar, neste caso, mantem-se, na perspectiva de estar sob a responsabilidade delas e diz respeito não só ao que se come, mas também sobre pensar o que está sentindo, entender o que as motiva a comer, a ter consciência sobre suas escolhas alimentares, além de prestar atenção diante de situações de excessiva exposição a alimentos em diferentes contextos (casa, trabalho, eventos sociais, etc.).

“...eu tô me policiando mais, no que comer, como comer, como mastigar, entendeu?! Observar o que você tá comendo; não comer assim ao Deus dará, é saber comer, mastigar os alimentos, entendeu?!” (P16, C5)

Tal “necessidade” de controle remete a reflexões sobre o ambiente com excesso de estímulos alimentares e gatilhos envolvidos no consumo de alimentos mais práticos e palatáveis. Conforme ilustrado na fala abaixo, a paciente (P10) se esforçava para se controlar e estava consciente sobre a “necessidade de pensar” sobre o comer, mas, mesmo assim, podemos notar a influência do meio no qual está inserida, tornando-se um grande obstáculo. Demonstraram uma luta constante do indivíduo com a oferta de excesso de comida. Essa é a realidade da nossa sociedade, na qual aprendemos, culturalmente, a ser presenteados e recompensados com alimentos.

“Por mais que a gente fala: “não, agora eu vou mudar”, parece que vira tudo contra, né... as pessoas fala: “oh! Eu não tenho onde fazer uma festinha, vou fazer lá na tua casa”, tendeu?! A gente não consegue falar não, né?! Ai, a gente acaba comendo...e realmente, eu tô me esforçando, tô tentando, só que muitas coisas não coopera, lógico, mesmo que eu tô numa festa, eu tenho que analisar a quantidade que eu tô comendo, né?! Mas geralmente os salgados, essas coisas quem tá fritando sou eu, então, cê frita, cê já pega um ali, cê não analisa quanto cê tá comendo, vai comendo...” (P10, C4)

“Então, o mais difícil é as escolhas, tipo nos finais de semana, tem churrasco, porque não pode reunir que eles (família) já quer assar carne, e aí você come um pedaço, come outro, come outro, você não vê a quantidade que cê tá comendo. Então, quando vê, você já comeu um tanto. Às vezes, você tem uma lasanha aqui e do lado de cá, você tem uma salada de legumes. Ah! Eu queria tanto aquela lasanha! Ai você fala: não, eu preciso comer essa salada aqui!” É difícil falar não, viu?!” (P07, C5)

“Tem vez que a gente tá na agitação do lugar, não para pra pensar...se a gente tiver num local assim, por exemplo, numa festa se acaba indo no embalo das outras pessoas e comendo, né?! Se a gente tiver em casa sozinha, a gente pensa...” (P14, C3)

Nesse sentido, observou-se que muitas vezes, esses sujeitos não queriam pensar na hora de comer, apenas queriam desfrutar daquele alimento que estavam com vontade. O “comer com os olhos” como referido no excerto (P16), também remete a gula, ao hábito de comer sem pensar ou a vontade de extravasar (na comida). Podemos observar, segundo a fala da própria paciente (P16), a ideia de compensar um período tido como de sacrifício: como já seguiu a “dieta” durante a semana, está livre para comer o que deseja (“colocar o pé na jaca”). O excesso alimentar foi percebido e reconhecido quando se come sem estar com fome. Há arrependimento após exagerarem no consumo, por terem noção de que o excedido não era necessário, mas ainda a disponibilidade era uma provocação, se o alimento estava lá, porque não come-lo.

“...não exagerar, não pôr o pé na jaca no final de semana, porque a gente acaba: ah, fiz certinho a semana, né, então agora eu posso, tô livre, entendeu?! Se policiar também, porque às vezes a gente vai comer muito, pode perceber. Você vai num restaurante, ali você come com olhos, né?! Então você come de tudo, tudo, vai pondo

tudo no seu prato, aí você se sente cheia, poxa! Não devia ter comido tudo isso, né?! Poderia ter comido tudo de um pouquinho que eu ia sentir o gosto do alimento. Às vezes você enche o prato, mas não sente nem o gosto do alimento.” (P16, C5)

“Às vezes, eu consigo me controlar bastante e às vezes, não. Por exemplo, esses dias eu fui em uma hamburgueria e eu acho que não tava mais com fome, eu comi metade do lanche, não tava mais com fome, mas mesmo assim, eu continuei comendo. Então, não foi muito boa essa decisão, mas às vezes, eu consigo me dominar bem, me controlar bem...” (P02, C7)

“Aí, tá meio difícil, não vou te falar que tá fácil, porque não tá não! Tem hora que da vontade de sair e de ir lá e chupar um sorvete daqueles bem caprichado, bem gostoso. Porque às vezes, eles falam (filhos): aí, hoje eu não quero comer, aí estoura pipoca e comemos. E três, quatro vezes na semana a gente sai pra chupar sorvete e eu tô me esforçando o máximo que eu posso pra ver se eu consigo me controlar...” (P19, C7)

Foi exposto em algumas narrativas a ação de refletir sobre o “comer automático” em direção a um comer precedido de reflexão sobre a dimensão da vontade de comer. Refletir sobre o comer (quanto, o que, quando) foi compreendido pelas mulheres enquanto uma condição para o controle sobre o desejo alimentar. Além disto, este processo de reflexão (estar consciente) sobre o “comer automático” incluiu privar-se ou escolher determinado alimento, ou quantidade, atentando-se à vontade. A decisão autônoma e ponderada sobre satisfazer ou não uma vontade alimentar, apresentou, para as mulheres estudadas, um efeito importante na forma de lidar com o “comer automático”, levando-as a prestar mais atenção nas suas ações.

“A prestar mais atenção nas coisas que eu vou comer, na hora que eu vou comer, porque eu tô comendo, né?! Será que eu tô com fome mesmo, será que tem alguma outra coisa, minha ansiedade também, né?! E perceber mais os alimentos e a água...” (P22, C15)

“Então assim, tipo, se a gente sai num barzinho, senta primeiro e vê, pensa primeiro o que a porção de comida vai te trazer de benefício. Pensa primeiro o que ela vai fazer no seu organismo antes de comer. Não tinha esses pensamentos, quando eu não tava aqui, pra mim era uma comida gostosa, comia e ia embora, tchau! Agora não, é super diferente eu penso antes de comer. Eu como pensando entendeu, bebo pensando e é super diferente isso.” (P06, C4)

“O mais difícil é não comer exageradamente, né?! Porque você tem aquele monte de doces ali, você quer comer um pouquinho de cada um. Mas, não! Eu escolho um e falo: não, vou comer esse e vai saciar essa vontade, chega e tá bom!”. (P03, C1)

Resistir à satisfação dos desejos alimentares descritas nas falas das pacientes abarcou três estratégias: a de substituir a comida desejada (a substituição deu-se mais comumente por outras comidas que as mulheres julgavam serem mais saudáveis), a de esperar a vontade passar (realizando outras atividades), e a possibilidade de ponderar entre satisfazer ou não a vontade de comer, que contém a possibilidade de se permitir comer ou comer uma quantidade menor que gostaria ou comeria.

Os relatos apresentaram técnicas de “substituições alimentares” aprendidas com o senso comum ou ainda, com os nutricionistas. A substituição como estratégia com alimentos planejados disponíveis (opções mais saudáveis), permite que elas não fiquem reféns da vontade de alimentos específicos. No caso deste estudo, os alimentos mais referidos eram as bebidas açucaradas, os doces e os salgados, e a substituição era por água ou por outro tipo de bebida, ou comida, para que fossem perdendo esse hábito.

“... foi triste porque quando tem refrigerante em casa é muito complicado né, parece que fica te chamando. Eu me esforçava, ia lá e tomava um iogurte, tomava água, tomava um suco pra tentar tirar, porque eu via que não era uma necessidade, elas (nutricionistas) me ensinaram a enxergar que não era necessidade, era vontade e a vontade nem sempre era o ideal.” (P04, C4)

“Eu substitui o refrigerante, eu bebo água com gás quando eu sinto muita necessidade, quando eu sinto aquela vontade, a água com gás da, uma tapeada. Tem final de semana que eu ainda bebo um pouco de refrigerante, mas eu cortei, “ixe” eu cortei muito, pela quantidade que eu tomava, nossa...” (P07, C5)

A estratégia de “esperar a vontade passar” foi uma forma de resistir pela espera temporal, procurar por outras ocupações para tirar o foco da comida, de modo a ludibriar esse desejo. Para isso, buscaram alternativas como ler, sair de casa para dar uma volta, tomar banho, ir conversar com alguém, ou também beber água para se distrair. Relataram que essa pausa para outras atividades, era uma estratégia que ajudava a atenuar a vontade de comer, sendo que esse tempo também é útil para refletir sobre a real intensidade do desejo e decidir se iria ou não comer determinado alimento.

“Tô me controlando mais, a hora que eu vejo que vou fraquejar, eu pego e saio de casa, saio, vou conversar com alguém. Porque se eu ficar em casa, eu vou.... tá vendo ali... e vou comer, né ou vou beber. Então, procuro ocupar minha cabeça com outra coisa, porque aí eu já vou esquecendo daquilo ali e não vou querer...” (P12, C4)

“...eu distraia, arrumava alguma coisa pra distrair, ia ver uma televisão, ia conversar, brinca com a minha filha, mexer no celular, arrumava alguma distração pra ver se eu esquecia aquilo. Não era fácil, nossa, chegou ter dia de eu chorar de querer mais comida e eu falava: não vou comer!” (P07, C5)

“...às vezes, eu vou até mais cedo buscar a minha menina e sento lá na praça e fico esperando dar a hora, né?! Ando com uma garrafinha de água bem gelada na mão, cê entendeu?! Controlo, se eu ficar em casa eu vou comer. Vou lá, pego um copo cheio de água gelada e vou lá buscar, aí sento lá na praça e fico esperando dar a hora dela sair. Assim, pra não ficar atacando comida...” (P10, C4)

“...eu tento controlar, tento me concentrar em outra coisa, procurar a ler alguma coisa, tipo eu trabalho com criança, a procurar uma coisa para tá trabalhando com a criança. Eu me concentro em outra coisa pra esquecer a vontade de comer, pego alguma coisa pra fazer porque daí distrai a cabeça,

distraio esse pensamento... então, você estando trabalhando, lendo um livro, tira a concentração de tá pensando em comer... e passa.” (P21, C15)

Optar por não comer o alimento desejado ou comê-lo em menor quantidade também foi uma estratégia. “Consumir uma pequena quantidade” e em situações selecionadas, para aplacar “a loucura”, como foi referido por uma das entrevistadas que comentou sobre essa vontade intensa de comer algo. Foi observado nos relatos a reflexão sobre a vontade, pensar e reconhecer o desejo e esperar passar.

“...as dificuldades é as recaídas, né?! Porque às vezes, me dá vontade de tomar refrigerante, aí, às vezes pra não ficar com aquela loucura, eu tomo, mas bem aquela coisa pouquíssima. Não é aquele tanto que eu tomava, que era quase dois litros sozinha, não tomo mais...aquele desespero, não, não...” (P12, C4)

“Que nem o salgado, nós vai lá e eu compro um, entendeu, porque se eu fazer, fica um monte em casa e agora não. Se tem alguma vontade assim, eu vou lá e compro, um pra cada um de nós, né?!” (P17, C5)

“Fiquei dois dias sem comer doce, me deu uma tremedeira que eu fui parar no hospital. Baixou de vez a pressão, baixou tanta, que eu fiquei sem... Nossa, me deu uma tremedeira, eu nem sei explicar. Parecia abstinência de doce, aí, depois que eu comi, na hora já passou.” (P11, C)

Algumas participantes optaram por “não comer”, com medo de recaída, com perda de controle e ganho de peso, como observado nos relatos abaixo.

“Então, eu optei assim, eu não vou tomar refrigerante, porque se eu tomar o primeiro gole, eu vou querer ficar tomando, aí eu resolvi parar de vez... não tá me fazendo falta em nada, acostumei, eu bebo água. Tem vez que eu saio e bebo um suco natural, mas é mais água mesmo, eu gosto de beber água.” (P09, C1)

“Eu amo uma coxinha frita, então salgado pra mim tem que ser frito, então eu já tirei, não como mais! Eu gosto muito, eu faço salgado, mas eu parei de fazer, porque se eu fazer, eu como, entendeu?!” (P10, C4)

“Eu tirei muitas coisas que eu comia antes e eu não como mais. Eu tirei, eu cortei o suco de saquinho e caixinha, eu não tô comprando mais. Eu compro fruta pra poder fazer o suco, tô preferindo fazer assim.” (P1, C4)

O consumo alimentar em “modo automático” e o exercício de “sair do piloto automático” foi relatado como uma dificuldade do tratamento por envolver aprender a ter controle, policiar-se, pensar, prestar atenção sobre a sua alimentação.

“Eu era um robô mesmo, era tipo assim, talvez à tarde eu nem tava com fome, mas eu comia porque era costume de eu comer. Hoje em dia, eu não como mais, porque

se eu não estou com fome, então pra que eu vou comer?! É mais ou menos assim...” (P02, C7)

“A minha maior dificuldade foi parar, porque daí eu comecei a me policiar, não adianta fazer hoje direito e amanhã cê comer o dobro. A maior mudança, na verdade foi parar e pensar. Tô aprendendo a comer literalmente, né?! Porque antes eu comia duas, três vezes sem tá com fome, sentava para tomar um café, se tivesse mil coisas na mesa, ia tudo e hoje, não! Hoje eu já paro e já penso o que vou comer, já vejo certinho...” (P08, C6)

“Eu não tinha uma organização e também era assim o que tinha, ia lá e fazia e pronto acabou! Agora, eu procuro aproveitar mais os alimentos que eu tenho em casa, penso na hora de preparar. Na hora de tá comendo dou preferência mesmo aos alimentos mais saudável, olho a quantidade, né?!” (P20, C3)

“Eu aprendi que a gente tem que pensar sobre antes de comer, pensar o que você tá comendo, não ingerir sem pensar, entendeu?! Porque se você quiser, você vai numa mesa de restaurante e vai comendo, comendo. Você nem tá pensando o que cê tá comendo, você tem que pensar antes de ingerir. Você toma água, cê tenta saborear o que cê tá bebendo, come uma fruta tenta sentir o sabor da fruta. Antes, a gente come por comer, porque tá sentindo fome e pronto e cabou e é isso!” (P06, C4)

Percebeu-se por meio do relato, que a entrevistada (P8) estava em contato com o que se passava com ela. Mas, ao mesmo tempo referia ter dificuldade em prestar atenção no que comia. Essas questões remetem ao processo do tratamento. “Referiu que ia comendo de acordo com o que o estômago ia aceitando de comida”. Durante esse processo, a paciente em questão estava tentando um caminho diferente, questionando a sua rotina alimentar e revendo suas prioridades de vida. Relatou que não conseguia dizer “não” para a comida e passou a observar esse mesmo comportamento em outras pessoas.

“Não foi “sacrificoso”, mas não foi uma coisa fácil, porque querendo ou não você começa a comer, aí, meu Deus! Tenho que por só quatro colheres de arroz, aí, meu Deus! Tem que por só uma concha de feijão e antes eu não parava pra pensar na quantidade que eu ia comer. Eu comia enquanto o estômago tava aceitando comida, eu tava comendo e hoje, não! Eu como um tanto e eu acabo observando até os outros, eu falo: “oh lá, pra que comer tanto?” Não podia comer só dois pratos!” (P08, C6)

A dificuldade em cuidar do descontrole alimentar pode ser ilustrada no texto transcrito da entrevistada (P21), que elucida esse enfrentamento diário.

“Ah! Tem dias que é mais difícil, é tudo um dia após o outro. Tem dias que passa tranquilo, mas outro dia você sente essa ansiedade, essa vontade louca de comer e vou tentando manter...” (P21, C15)

A dificuldade de controle foi mostrada como um embate interno sofrido. Assemelhou-se a uma luta contra um “vício”. Buscaram alternativas, tentaram reconhecer o que sentiam, mas havia dificuldade de colocar em prática o controle ou uma saída para essa situação (P10).

“Ah, a gente até pensa: “o que eu faço pra me controlar?” Aí cê fica, comida, comida, comida, comida, comida na cabeça. E eu fico pensando o que que eu tenho em casa, o que que eu tenho em casa, comida, comida, comida. Eu falei pra ela às vezes, eu tomo leite branco, eu tomo um copo de chá, pra não extravasar totalmente, né?! É igual um vício de cigarro, um vício dessas coisas, sabe um vício mesmo. Cê tem que se domar, senão, sua cabeça fica comida, comida, comida, comida, comida, cê entendeu?! Você roda o seu armário e geladeira pensando que que tem pro cê comer, só na sua mente aqui, cê entendeu!?” (P10, C4)

Diversas situações ocorreram na vida dessas mulheres, ou seja, não foi o tempo todo que um desses mecanismos operaram, mas eram dinâmicos e todos eles podiam conviver em uma mesma pessoa ao longo do dia. Essa flutuação de sentimentos e ações na rotina pôde ser observado nos relatos de uma mesma paciente (P21).

“Tem dia que tá muito difícil, que eu tô muito, ansiosa, pra não tá comendo, a melhor coisa é procurar outra coisa para fazer, para tirar a concentração disso e eu tô tendo a ajuda do psicólogo também, daí, dá uma aliviada!” (P21, C15)

“Então, tipo assim, você vai num lugar, entra numa padaria, eu vejo aquele monte de coisa, aquele monte de guloseima que eu gosto, e eu sei que não vai me fazer bem. Então, eu consigo controlar, eu vou levar aquilo que eu quero comer e não vou levar aquelas bobearas, que dá uma vontade louca de levar. Porque se eu levar, acaba comendo, né?! Então, isso que eu quero dizer de ser firme, né?! Não levar porque senão, você quer comer, é difícil ter essa consciência na hora... porque você aprende, eu precisei do tratamento aqui e hoje eu tô sem essa ajuda, mas vi que eu preciso continuar, se não volta tudo de novo, não adianta nada o que eu aprendi, se eu não fazer todo dia...” (P21, C15)

“Eu não tinha noção, só comia. Hoje, já tenho policiamento, né?! Do que é bom e do que é ruim, do que vai me fazer mal. Tomar essa água para mim era muito difícil, eu não tomava... até doía assim para descer a água...ficava louca para tomar um refrigerante que matava a sede. Aí, comecei a tomar água com umas gotinhas de limão. Agora, eu consigo beber 3 litros de água, e na época não bebia de jeito nenhum. Tirei bastante o refrigerante, consegui por os legumes, e ainda tento ingerir os legumes porque eu não curto alguns, mas alguns que eu gosto eu passei a comer...” (P21, C15)

5.2.3 A associação entre a ansiedade e o comer

A associação do consumo alimentar com um estado de ansiedade foi recorrente nas falas das entrevistadas. O que pôde-se observar é que há um conflito (um estado de desordem) o qual exerceu um papel determinante na vida dessas mulheres diante do comer cotidiano. Estes conflitos aparentemente se deram por diversos fatores, os quais podem ser apontados:

dependência afetiva pela comida; situações estressoras desencadeadas pela rotina agitada ou sufocante, ou até mesmo por desprazeres diários; dificuldades relacionadas aos aspectos da preparação da alimentação, como: comprar, cozinhar, entre outros. Os conflitos mencionados puderam desencadear sentimentos de ansiedade, os quais se tornaram um gatilho para busca por alimento. Dessa forma, o ato de comer parece estar ligado a um mecanismo de compensação dos problemas ou até mesmo uma tentativa de atenuar a ansiedade sentida, associando o comer com uma sensação de alívio, reconhecidamente passageiro e muitas vezes gerador de mais ansiedade pelo desconforto ou culpa de ter comido muito ou exagerado no consumo de algum tipo de alimento. O alívio se confunde com prazer ou satisfação, com representações literais do comer e com a ideia de “preenchimento”.

“Eu me sinto nervosa, estressada, eu vou e tomo, se não tem o suco ou o refrigerante, faço água doce (água com açúcar)... Ai, eu me acalmo e paro de tomar...” (P15, C3)

“...às vezes, eu acabo comendo além, eu fico tão assim pra baixo que eu acabo comendo pra passar...” (P11, C5)

De acordo com as entrevistas, observou-se que as mulheres nem sempre conseguiam refletir sobre seus estados, preocupações, medos, apreensões, nervosismos o que pode ser justificado ou desencadeado pelos sentimentos de ansiedade, ou seja, o ato de pensar pode estar sendo impedido pela ansiedade presente nas pacientes. Estas apenas utilizavam-se da comida como uma forma de gerar satisfação imediata, um anteparo para diminuir seu desconforto. Essa culpabilidade de ter cedido ao desejo e satisfazer a necessidade, foi expressa no depoimento a seguir (P07), no qual é notado o mecanismo de funcionamento entre a ansiedade e a comida (no sentido de compensar a culpa e o vazio), além da paciente referir-se ao nervosismo como responsável por esse vazio interno, o que acabou gerando a busca pela comida.

“...não dá tempo de sentir fome, a minha ansiedade não deixa, eu vou descontar na comida, eu como por compulsão... minha ansiedade não é fácil. Eu fico nervosa, parece que tem um vazio dentro de mim e eu sei que, se eu comer, momentaneamente aquele vazio vai passar, mas eu sei que depois, vai vim a culpa... a hora que vem aquela vontade, eu já penso na culpa que eu vou sentir, então deixa o vazio, que é melhor do que a culpa...” (P07, C5)

A maioria das mulheres que referiram ansiedade relataram busca imediata pelo alimento, ou seja, “descontavam na comida” para conseguir livrar-se desse estado, ainda que não estivessem com fome. Elas apenas usufruíam da comida como meio de resolução da ansiedade e compensação dos problemas e após o consumo se acalmavam, como exemplificado nas falas a seguir:

“...eu descontava tudo, toda essa ansiedade minha na comida e às vezes, eu não tava com fome, mas só deu ver a comida ali, eu já queria comer, entendeu?! Porque eu não tava com fome, mas eu tava tão, tão ansiosa...” (P12, C4)

“...tem dia que tô muito ansiosa, você pensa que não vai conseguir controlar, você desconta totalmente no alimento, quer comer tudo, tudo que vê pela frente, abre a geladeira, ‘ah quero comer isso, comer aquilo’ e vai comendo...” (P21, C15)

Por outro lado, no relato abaixo, a paciente referiu ter vontade de buscar por comida somente após ter superado o momento de ansiedade e se acalmar. Ainda assim, mesmo que o ato de comer em excesso não seja vivenciado durante a ansiedade, o desejo de comer surgiu em decorrência deste estado. Neste caso, é visto uma confusão entre a vontade de comer, a fome e a ansiedade.

“... assim, mesmo tendo a minha ansiedade, no momento que eu tô ansiosa, eu não tenho vontade de comer nada, pelo contrário eu não como nada quando eu tô naquele momento de ansiedade ou de nervoso, aí eu não como nada. O meu problema sempre é o depois quando eu consigo me acalmar, a vontade que eu tenho é maior de comer...” (P20, C3)

Ainda sobre usar o alimento como meio para livrar-se da ansiedade, foi referido o ato de descontrole. A paciente referiu ter consciência de que determinados alimentos são mais saudáveis do que outros, no entanto, parecia haver um uso distorcido dessa informação, de modo a justificar a ingestão de grandes quantidades (“tudo de montão”), tentando assim enganar a própria vontade por alimentos “não saudáveis”. Também houve relato da necessidade de mastigar para saciar a ansiedade, comendo compulsivamente em determinados momentos. O aumento da quantidade ingerida de alimentos, ainda que sejam alimentos saudáveis, revela-nos que o *muito* pode ser *pouco* para satisfazer ou preencher essa ansiedade. Os alimentos, mesmo sendo *muito* e satisfazendo momentaneamente, ainda são insuficientes para aplacar a ansiedade.

“Minha ansiedade é muito grande... eu tô comendo e tem vezes que eu não consigo me controlar e tem os horários, que seria depois do almoço até três horas da tarde, eu como...daí o que eu faço, ao invés de eu comer uma, eu como três maçãs, três bananas. Então, tudo de montão, mas na minha consciência, eu sei que eu tenho que comer fruta, mas eu aumento a quantidade da fruta pra tentar me saciar ou se não, eu pego essa bolachinha de maisena e fico roendo, eu tenho que roer, eu tenho que mastigar. Eu tô nessa fase assim, aí eu tomei o café da tarde, daí eu sossego, aí não quero mais comer.” (P18, C4)

No excerto abaixo é possível perceber a tentativa de outra entrevistada (P08) de separar-se de seu estômago, personificando-o e atribuindo a ele a doença de Alzheimer, com a ideia de

que ele (seu estômago) esquecia o que havia comido. Isso pode demonstrar o quanto a paciente se via dissociada de seu corpo e refém de seu estômago. No entanto, conforme foi vivenciando o tratamento, também pôde ir cuidando desse estômago e de si, passando a perceber que sua fome se devia a ansiedade e não a uma necessidade fisiológica.

“Eu ainda brincava, eu lembro que eu falei na primeira, na segunda consulta que meu estomago tinha Alzheimer, ele comia e esquecia que tinha comido. Então, deve tá se curando, ele tá se curando nesse processo aí, porque não sinto fome... Eu tinha fome, não fome atribuída à fome, fome de ansiedade. Eu acho que meu estômago aprendeu, né? Deve ter criado vergonha na cara nesses meses pra cá...” (P08, C6)

Outra questão observada foi a de que doces, bebidas açucaradas e salgados eram os alimentos desejados em maior grau por algumas entrevistadas. Nos depoimentos foi notado a expressão de um apetite intenso provocado pela experiência repetida com um alimento desejado. Referiram a presença de pensamentos obsessivos, sentimento de perda de controle ou compulsão, expressados através de palavras como: “loucura”, “vontade”, “vício”, capazes de promover comportamentos de busca por um determinado alimento para obter um estado de prazer ou excitação momentânea, o que se aproximam do que conhecemos por *craving*¹. O relato abaixo (P15) remete ao termo *sweet craving*². Emergiu nas falas uma relação com a comida cercada por sentimento de “culpa”, de “vazio”, de “arrependimento” e até a “prática de purgação” manifestada como uma forma de reparo após os episódios de descontrole alimentar.

“...eu recorro no refrigerante, eu fico ansiosa, aí vou tomar refrigerante, eu tomo refrigerante. Se eu fico nervosa, eu dou um jeito, se eu não tenho dinheiro, eu vou dou um jeito de comprar...” (P15, C3)

Alguns depoimentos compararam o vício por doces com o vício por drogas e álcool. Esse vício por alimento doce é influenciado principalmente pela presença de ansiedade. Referiram sinais ou sintomas característicos de abstinência semelhantes aos das drogas, ressaltando a dificuldade em lidar com este comportamento repetitivo em busca de alimentos altamente palatáveis que estão associados com uma sensação de alívio.

“O mais difícil é diminuir o doce, o doce, tirar doce pra mim é bem complicado, porque eu fico sem o doce, eu passo mal, eu sinto fraqueza, eu sinto eu transpiro gelado sabe, me da tremedeira por causa do doce, o doce é um vício, é um vício igual bebida, cigarro, droga, é um vício...” (P07, C5)

¹ Desejo intenso ou dificuldade em resistir a uma determinada substância (WEINGARTEN; ELSTON, 1990).

² Vontade específica por alimento de sabor doce (WEINGARTEN; ELSTON, 1991).

“eu me sinto uma pessoa que é viciada em crack, se eu ficar sem doce, eu fico doida, mas eu tô tentando sabe, dar uma segurada... Eu passo por psicólogo também sabe, olha, não é fácil não...eu não consigo me controlar, não sei explicar. Na hora que vai ver, eu já fiz, depois que eu fiz daí eu fico mal, me sinto culpada, teve vezes que eu já cheguei assim de comer e passar mal e eu mesmo causar o vômito pra poder vomitar...” (P11, C5)

Mesmo tendo identificando a necessidade de um controle externo para tentar entender e enfrentar esses momentos difíceis, conseguir diminuir a ingestão de alguns alimentos vai além do esforço físico e ultrapassa as barreiras do querer. Parece haver um sofrimento interno intenso, pois apesar de conseguir verbalizar e reconhecer a falta de controle, muitas vezes as pacientes não há acesso ao que causa o descontrole e ao que se busca ao ingerir os alimentos. Quando há consciência da causa, ainda assim parece que a forma de lidar com os conflitos internos é tentando livrar-se deles através do prazer obtido pela comida. Um exemplo é a narrativa da entrevistada (P10) a qual remete a ideia do vício por álcool ou drogas, a qual se mostra análoga à dificuldade que as pacientes apresentam com a comida.

“Ah, a gente até pensa: o que eu faço pra me controlar? aí cê fica, comida, comida, comida, comida, comida na cabeça e eu fico pensando o que que eu tenho em casa, o que que eu tenho em casa, comida, comida, comida, comida. Eu falei pra ela às vezes, eu tomo leite branco, eu tomo um copo de chá, pra não extravasar totalmente né, é igual um vício de cigarro, um vício dessas coisas, sabe um vício mesmo. Cê tem que se domar senão, sua cabeça fica comida, comida, comida, comida, comida, cê entendeu?! você roda o seu armário e geladeira pensando que que tem pro cê comer, só na sua mente aqui, cê entendeu!?” (P10, C4)

Além disso, os aspectos emocionais revelaram ter influência na alimentação compulsiva, os relatos de episódios de descontrole alimentar e característico de *craving* constituem um importante fator na busca pela explicação sobre o ganho de peso apresentado. Como foi visto em algumas declarações, as pacientes tinham a consciência de que o ganho ou reganho de peso estava associado a difícil relação com a comida (comer em excesso, beliscar, consumo excessivo de doces), considerando ser resultado de suas práticas alimentares. Perceberam que os conflitos emocionais repercutiram em seu corpo, pois têm forte impacto sobre o comportamento alimentar. Em várias ocasiões não conseguiam se controlar, reconhecendo que não deveriam ter comido, surgindo o arrependimento e a frustração.

“...eu engordei por comer muito, toda hora e muita besteira, doce, esses negócios...” (P01, C4)

Muitas vezes havia a perda de controle em relação à alimentação, o comer em excesso devido à ansiedade, sem nem perceber a quantidade de comida que estavam ingerindo ou a ingestão de beliscos ao longo do dia, ou após restrições severas, que resultavam em compulsão alimentar. Foram revelados sentimentos de medo, frustração, tristeza e impotência, tendo em vista o insucesso na busca pela redução do excesso de peso.

“... no momento assim de comer, a cabeça sabe que tem que ter assim...um controle, que tem que saber ter as escolhas, mas às vezes, mesmo assim acaba extrapolando. O estômago você vê que se sente.... você já passou do seu limite, né? Então, ainda tá difícil pra controlar isso sim... é horrível, sentir um mal estar muito grande, porque sinto que to muito pesada, ne?! Sinto ate falta de ar...Aí vêm a consciência, né?! Por que que eu comi? então da um sentimento de tristeza...” (P20, C3)

“Depois eu me arrependo, muitas vezes, eu me arrependo, aí eu falo, não devia ter comido, tipo fiquei o dia inteiro comendo tudo certinho e aí quando sai, acaba comendo demais, comendo alguma coisa que não devia comer. Fico meio frustrada, né?”. (P19, C7)

Foram identificados aspectos subjetivos, os quais sugeriram que a autoestima pouco estabelecida das pacientes se relaciona à baixa capacidade de reflexão sobre conflitos emocionais (ansiedade, culpa, tristeza, medo, dificuldades: financeiras, familiares, trabalho, próprio corpo, fraquezas, frustrações, falta de limite ao comer). As mulheres nesta situação manifestaram-se adotando uma postura de paralisia e passividade diante das barreiras cotidianas no processo de adoecimento, como pode ser visto nos relatos abaixo.

“...eu comia direto, 24h, assim igual formiga, tudo que eu via, eu ia comendo, comendo, comendo...” (P12, C4)

“...eu via que eu só engordava, engordava, não conseguia perder o peso. Então, eu ficava um tempão sem comer, só que a hora que ia comer, comia mais e mais...” (P21, C15)

“... eu comia, comia, não almoçava direito, eu comia salgado, eu tomava refrigerante, eu comia lanche, entendeu?!” (P16, C5)

“É que é mais fácil você só comer né, só comer, engordar, engordar, engordar e comer. Quem não quer comer, né?! Quem não quer sentar e comer, picanha, pudim, bolo e tudo junto e misturado, né?!” (P08, C6)

5.2.4 Apoio em contextos de convívio

Os relatos das pacientes falavam a favor da importância do apoio familiar para possibilitar o alcance dos resultados desejados ao longo do tratamento. Nesse sentido, destacaram o apoio da família como determinante na organização das práticas alimentares, de

modo a viabilizar o processo de mudança alimentar. As pacientes relataram que, na prática, o suporte familiar se faz importante desde a facilitação para se obter os alimentos até o auxílio no preparo, o planejamento das compras, a ajuda e policiamento das escolhas alimentares (no sentido de lembrar a paciente de que ela está em tratamento) e até mesmo a adesão conjunta aos novos hábitos alimentares. Essas práticas podem simbolizar demonstrações de afeto, preocupação, solidariedade e companheirismo para as pacientes, que demonstraram a necessidade de haver suporte e acolhimento para que se sentissem motivadas para enfrentar as dificuldades do processo de mudança alimentar. Se referiram as suas famílias enquanto uma espécie de porto seguro. Segundo as palavras de algumas das entrevistadas, a família constituía um suporte para esse processo e também o relacionamento afetivo do cônjuge possui um papel importante para o acolhimento, uma vez que representa um suporte emocional.

“a minha mãe ela não segue dieta, mas ela me ajuda, se ela deixasse as coisas lá, ia ser mais difícil...mas ela sempre fala: oh você já comeu tal coisa; vou fazer tal legume hoje, então isso tá me ajudando muito me incentivando bastante...” (P04, C4)

“...peço pra eles me ajudar também, a me policiar...as vezes eu queria comer pizza e meu marido, não, espera aí, não é esse nosso combinado, a gente vai comer uma outra coisa, eu tento por em prática, mas é difícil, não é fácil não...” (P07, C5)

Por outro lado, em contexto familiar onde falta apoio e o hábito alimentar é caracterizado por alto consumo de alimentos industrializados e *fast food*, as pacientes demonstraram dificuldade para a adesão às mudanças: acabavam se ajustando aos hábitos alimentares familiares. Segundo os relatos, as entrevistadas reconheceram que a disponibilidade de um alimento em casa era um fator indutor do seu consumo, mesmo que elas apresentavam consciência de que aquela não seria a melhor escolha alimentar, a exemplo de massas, doces e bebidas açucaradas, por elas considerados, muitas vezes, como alimentos “ruins ou vilões”.

“minha mãe adora agradar, tadinha... ela adora fazer uma lasanha, ela adora fazer uma coisa que vai me agradar, porém ela tá piorando a minha situação, porque eu vou comer...” (P07, C5)

“No final de semana sempre vou com meu marido e meninas come uma pizza, um lanche, a gente sabe que não tem nada de bom né, mas eu sempre acabo comendo alguma coisa que eu sei que engorda mesmo, que só tem gordura...” (P19, C7)

Outra questão observada foi a maternidade como fator de influência positiva para as mudanças alimentares. Pacientes com filhos, segundo seus próprios relatos, revelaram uma preocupação com a saúde da família a partir dos conhecimentos e conscientização despertados durante as consultas, levando a práticas como não comprar determinados alimentos, priorizar o

preparo e o consumo de alimentos considerados mais saudáveis, reduzir o consumo de alimentos industrializados, bebidas açucaradas e frituras e aumentar o consumo de frutas, verduras e legumes. Nesse sentido, o fator de motivação para tais mudanças foi justamente a possibilidade de proporcionarem uma melhor qualidade alimentar em casa e, dessa forma, demonstraram cuidado para com a saúde de seus familiares. Essas atitudes para com os filhos, as colocaram como cuidadoras, como uma forma de estender o que incorporaram e de ter um papel importante para sua família.

“...eu achava difícil as crianças trocar uma bolacha por uma fruta, trocar um pão por uma fruta e eles aceitou de boa, né e foi mais fácil pra mim, porque cê não se vê sozinha, cê entendeu?! Daí eu mudei e eles gostou, todo mundo gostou lá em casa...olha, eu reduzi pra mais da metade açúcar, sal, tirei suco em pó, refrigerante eu cortei...” (P10, C4)

“...depois que eu comecei vir aqui eu falei não, não adianta eu mudar e os meus filhos não...Eu faço alimentação pra nós todos, mas eu mudei tipo assim porque antigamente o meu esposo só gostava de carne frita...Tinha que ser só assim e hoje não, até ele se adaptou nessa mudança, frito na fritadeira sem óleo... todo mundo mudou em casa, o meu menino mais velho é fortinho e ele já perdeu peso, daí tipo, mudou a rotina de todo mundo.” (P05, C3)

“...parei de comer essas coiseraíada...tá mudando a alimentação de todo mundo lá em casa, tô indo no hortifruti lá toda semana, compro verdura...agora tô batendo vitamina de fruta, tô fazendo legume, minha menina ajuda a fazer...” (P17, C5)

Alguns relatos indicaram a preferência das pacientes por comerem sozinhas, o que pode ter múltiplas conotações, dentre as quais a possibilidade de se evitar julgamentos externos ou ainda a falta de controle na quantidade de comida ingerida nos momentos de comer só, em detrimento de comer em companhia. Pode-se observar no relato a seguir que o “estar sozinha” representou para a participante (P15) uma sensação de vazio, somada à desmotivação para a prática culinária e a consequente opção por beliscar, em vez de estruturar refeições. Mesmo que havia a possibilidade de comer em companhia, a paciente referiu preferir comer sozinha.

“Eu passo o dia sozinha e sem comer, só belisco... é vazio, às vezes, fico escutando música, assistindo televisão...faço a janta só... Eles (filhos) comem, cada um, em um canto da casa, meu marido nem fica em casa direito... eu como geralmente na hora que eles tá dormindo, eu gosto de comer sozinha...” (P15, C3)

Ainda sobre o “comer sozinha”, as pacientes relataram que, quando essa é uma necessidade (a exemplo das que moram sozinhas), pode ser um fator de empecilho a adesão ao tratamento, uma vez que se sentiam desmotivadas a cozinhar por não terem companhia para a prática culinária e para o consumo posterior. Dessa forma, as pacientes referiram preferência

por alimentos considerados mais práticos, ou seja, que não precisavam ser preparados. Outras razões levantadas para isso foi a preguiça e o fato de estarem cansadas de suas jornadas de trabalho, já que cozinhar exige tempo e dedicação. No entanto, o depoimento a seguir é um exemplo de como o processo de consciência sobre a importância de bons hábitos alimentares pode gerar motivação para as práticas alimentares da paciente, que enfrentava os seus desafios em prol de uma melhor escolha para si mesma, o que remete aos conceitos de autonomia e autocuidado.

“Às vezes, tô com preguiça, meu problema maior tava sendo a janta, chegar em casa cansada, que eu moro sozinha, às vezes, tô sem coragem pra fazer comida, mas daí vou lá, como uma fruta, paro, não pera ae, deixa eu ir lá e fazer alguma coisa mais saudável pra comer... ao invés de chegar na minha casa e enfiar a cara num pão, eu vou lá e cozinho dois ovos e vou lá faço uma salada, eu vou lá descongelo um bife de frango.. eu falava: “ah, não quero ter que fazer janta” essa visão também da janta já tem mudado, aos poucos, não é 100% não, mas vai chegar...” (P08, C6)

O depoimento abaixo (P08) diz respeito ao “sentir-se acompanhada” como algo não concreto, uma vez que, embora a paciente more sozinha e não possa contar com o apoio familiar, sente-se acolhida e amparada pelos profissionais da saúde, demonstrando um recurso interno, o modo como recebeu e interpretou esse suporte para não se sentir sozinha no processo de mudança alimentar e internalizar o tratamento. Outras entrevistadas, em contrapartida, mesmo com o apoio e a presença da família, não conseguiram priorizar o tratamento, devido a outros fatores que estão presentes em suas vidas.

“Até então eu só trabalhei, eu só vivi pros outros... eu sou sozinha, mas eu nunca parei pra pensar em mim, o que eu quero pra mim... Eu nunca me vi, eu via os outros...eu enfrentei muita coisa, mas eu sempre passei assim: “oh tem que fazer, vamos fazer”, nunca parei pra olhar pros lados. Vir aqui (ambulatório de nutrição), fez olhar pra mim, pra mim como pessoa...Ninguém nunca me perguntou essas coisas, o que eu queria pra mim, o que não tava bom, o que gosto de comer, ninguém nunca me perguntou e isso fez despertar.... eu falei: gente eu tô aqui, eu tô aqui, acorda que você tá aí oh, tem gente te vendo, tem gente querendo te ajudar, cuidar de você...” (P08, C6)

5.2.5. Dificuldades e mecanismos desenvolvidos nas mudanças alimentares

Barreiras que dificultavam a introdução de novas práticas e atitudes alimentares, foram reconhecidas pelas entrevistadas. A expressão “a falta de tempo para a realização das refeições” e “comer o que é mais fácil” explicaram o comer com pressa. O tempo envolvido na

alimentação inclui fazer as compras, preparar e consumir uma refeição. Isso ocupou um lugar considerável de espaço no dia, pode ter sido um empecilho importante para mudanças na alimentação em direção ao mais saudável. Pois o tempo que seria destinado à comida é o tempo dedicado ao trabalho, à família ou a outras demandas do cotidiano. A alternativa encontrada por algumas mulheres para a falta de tempo foi a adoção de novas formas e estilos de preparação das refeições e as escolhas de produtos alimentícios que poupavam tempo. As refeições baseadas em alimentos industrializados devido a sua praticidade e conveniência vão ao encontro da agilidade no preparo da comida ou de algo para comer.

“...eu faço unha o dia inteiro e não parava, então era muito difícil eu fazer uma salada, não dá tempo, eu vou comer o que tem na frente, eu comia o que tinha na frente...aí, me deu uma fome, aí, o bolo tá pronto, eu ia lá e comia um pedaço de bolo, eu ia lá e comia um pão, porque eu não tinha tempo de parar e fazer o meu prato, eu não tinha tempo. Então, eu ia no mais fácil, eu achava que era mais fácil pra mim e fazia isso...” (P05, C3)

“...foi difícil no trabalho, é que assim pra você parar pra comer uma bolacha é muito mais rápido do que você parar pra comer uma salada, uma comida...pra mim foi difícil encaixar essa coisa do “vou sentar para comer...” (P04, C4)

“Vou ser sincera, eu tenho preguiça de comer tem hora. Tem hora que eu falo: ah vou ter que descascar aquilo lá, vou comer nada não, vou tomar alguma coisa... aí, come outra coisa, entendeu, alguma coisa mais fácil de fazer...” (P16, C5)

Também foi ressaltado nos relatos a “dificuldade em romper com os antigos padrões alimentares”, os quais envolviam e envolvem a maneira com que se relacionam, o ambiente e o círculo social. Para construir um novo padrão alimentar leva tempo, envolve a transformação de fatores subjetivos (como as atitudes face aos alimentos), e fatores externos, a exemplo, o contexto social onde ocorre a refeição. Elas relataram que lembrar e pensar que estão em tratamento, refletindo sobre suas práticas e hábitos alimentares, antes naturalizados, passou a ser um requisito para a incorporação de novas estratégias em suas rotinas. Isso exigiu um investimento contínuo de atenção, que pôde atuar como um fator de fortalecimento para essas mulheres em tratamento.

“Assim, já foi mais difícil, hoje ainda é, mas hoje eu consigo fazer meio na força, sabe, meia patinando, mas pra mim, já foi mais difícil... a mudança de hábito, que você é acostumado a fazer uma coisa a vida toda. De repente, do nada começar a mudar, foi difícil comer em pequenas quantidades, frutas, essas coisas eu não tinha muito costume... regular pra comer certinho, é difícil... Hoje eu entro no mercado eu dou uma olhada, vejo rótulo, vejo qual que é o melhor, comparo um com o outro e antes não costumava ver, eu não fazia isso...” (P11, C5)

No exemplo a seguir (P08) a entrevistada relatou a mudança que experimentou quando passou a dar mais atenção e observar o que comia e o que sentia em termos de percepção física. Com a observação a partir da estratégia que foi colocada em prática (“demorar 15 minutos para comer”), a paciente referiu perceber o que é colocado no prato, assim como a resposta do estômago: ele se satisfaz com uma menor quantidade.

“Eu sempre comi muito, mas comida de casa, comida normal e hoje não como mais, hoje eu como aquele tanto e me sinto saciada, tá bom, não sinto mais necessidade de voltar nas panelas e encher o prato de novo....demorar pra comer, esse foi o maior desafio. Demorar 15 minutos pra comer faz efeito! Eu sempre falo: você começa a comer um pão, cê fica ali 15 minutos comendo, a hora que você acaba de comer, já não quer mais comer, chega tá bom! Porque você senta e demora 15 minutos ali comendo, e hoje, eu percebo, eu comia um prato de comida, vamos supor, um prato normal acho que em menos de 5 minutos. Eu me sentava na mesa pra comer e já tinha acabado de comer a comida, eu já ia pro fogão comer de novo. Hoje, eu sento pra comer e olho pro meu prato, tem uma verdura, tem aquela salada pra mim comer e não tinha isso. Eu não via nada disso, não via o que comia...” (P08, C6)

“Ah! No começo assim do tratamento você tem que ficar pensando... eu hoje tenho que comer isso, isso e isso! Hoje, não, não fico pensando. Ah! Tem isso, já vou colocando, que eu sei que é bom pra mim comer!” (P21, C15)

No discurso abaixo (P10), a participante demonstrou essa transição entre a forma que comia e como come agora: “comia em grande quantidade e sem pensar”. Ela percebeu com o tratamento, seu superconsumo, mas não o percebia antes. O depoimento a seguir (P10) é um exemplo de como algumas entrevistadas perceberam que estavam vivendo mudanças, mas que ainda precisavam incorporá-las: referiram não ter perdido mais peso porque não transformaram completamente as suas atitudes em relação à alimentação. A maioria das pacientes entrevistadas mencionaram que vieram ocorrendo mudanças positivas em aspectos da alimentação (no sentido de prestar mais atenção na hora de comprar e preparar os alimentos) e também no corpo, em sinais. Ver e sentir mudanças em seus corpos, foi motivador, como exemplificado no relato (P21). Referiram mais disposição, redução de medidas corporais, melhora do aspecto da pele, da função intestinal, do sono, da autoestima e melhora nos exames.

“Antigamente só ia comendo, comendo, comendo... claro, não mudei ainda totalmente do jeito que é preciso, se não, já teria emagrecido mais né, mas, a gente avalia mais o que a gente come...como, por exemplo, o que é saudável e o que não é...” (P10, C4)

“Todos querem emagrecer, emagrecer, mas eu achei que, às vezes, quando eu vinha na consulta e não perdia peso, eu ficava meio triste, né?! Perdi medidas, então isso me incentiva muito. As mudanças da pele, o cansaço que melhorou. Então, dia a dia via de pouco a pouco as mudanças, então para parar, tem que continuar. Aí eu aprendi que não era só o peso, que eu tinha que melhorar a minha saúde, que a saúde é mais importante. Daí fui associando e eu fui conseguir perder peso.” (P21, C15)

Outra questão evidenciada nos relatos foi a queixa de como eram avaliadas pelos outros: “não entendem a dificuldade para perder peso”, julgam-nas como preguiçosas, folgadas, sem força de vontade, sem autocontrole.

“É difícil, é muito difícil! As pessoas acham que emagrecer é fácil, é só fechar a boca, mas emagrecer vai além do fechar a boca, porque mexe muito com a sua cabeça. As pessoas não entendem como comer mexe com a outra pessoa, porque pra quem é magro, é normal falar assim: “ah! Você é folgada. Ela é gorda porque ela não quer fazer nada, come muito”. O fato de comer é muito difícil, mas assim, você tem que ter força de vontade, você tem que querer, não pensar nos outros, pensar em você, não ir pelo julgamento dos outros...” (P04, C4)

Nos exemplos abaixo (P10) e (P08) é observada a pressão sofrida pela obesidade.

“...as pessoas fala muito, né?! Porque as pessoa te analisa mais do que você mesmo, né?! Avalia seu corpo mais do que você mesmo! Então, as pessoas sempre chega e fala: “toma tal coisa, faz a dieta do ovo, faz o regime da sopa e não sei o que”, cê entendeu?!” (P10, C4)

“Você não precisa ser uma “Barbie”, mas também não precisa pesar 200 kg, né?! Você tem que ter saúde, sentar no metro, passar na roleta do ônibus, pra que sofrer, né?! Pra que ir lá falar de preconceito, vamos se cuidar!” (P08, C6)

Ganhar peso ou se manter em tratamento eram sentidos como responsabilidade pessoal, mesmo reconhecendo algumas dificuldades como a mencionada falta de tempo.

“...Depende muito de mim, vocês (nutricionistas) me dão a base, né?! Vocês me deram um caminho, tanto é que teve época que eu consegui alcançar o peso que eu queria, tava no caminho, mas isso só depende de mim! Então, se eu engordei ou não, isso só compete a mim assim de tá, a culpa é minha, eu tenho essa consciência, vocês me deram a ferramenta, né?! Eu preciso ter essa responsabilidade também. Eu tenho essa responsabilidade que às vezes eu ultrapasso... e falo assim: “ah! é porque eu não tinha tempo pra alguma coisa!”. Não! eu tenho essa consciência...se eu abusei, é porque eu deixei pra lá, quis fazer o mais fácil, que se eu engordei, eu abusei, porque eu comi demais na hora que não precisava comer!” (P22, C15)

Em relação à organização da rotina alimentar, as pacientes referiram que passaram a refletir sobre como se alimentavam e assim, tentaram escolher algo mais saudável para comer. Relataram que a falta de tempo para cozinhar todos os dias exigiu delas planejamento e organização para as preparações, ou seja, precisavam deixar as refeições já preparadas, fazer as compras no final de semana, deixar as marmitas separadas, entre outras. Cozinhando mais, acabaram por destinar mais tempo e atenção aos alimentos e passaram a se interessar mais pelos alimentos e por cozinhar. As “estratégias” utilizadas que auxiliaram nas mudanças alimentares foram diminuir as refeições fora de casa, consumir menos industrializados (bebidas açucaradas,

doces, frituras), manter alimentos mais saudáveis em casa, consumir mais água, frutas e verduras, reduzir a quantidade de sal, açúcar e óleo no preparo dos alimentos, substituir alimentos, entre outros.

“...mudei a quantidade e o tipo, antes era muita coisa industrializada, pão...então, a gente passou a fazer mais pão em casa, eu comecei a fazer até receitas de iogurte, pra não comer tanto iogurte industrializado, tá sendo até mais prático, que já tudo ali em casa certinho, eu como e dá tudo certo...” (P04, C4)

“Passei a deixar refeições já prontas porque como eu sou manicure eu faço unha o dia inteiro, então, eu adaptei por comer bastante frutas, legumes e as coisas assim que eu fazia...tirei a fritura, salgados, refrigerante e foi isso, fui me adaptando assim. Agora ao longo do dia eu levanto às 05h da manhã pra fazer a comida do meu esposo e eu já deixo preparada a do dia inteiro, iogurte, fruta, eu já deixo tudo preparado...hoje eu falo que a minha geladeira é completamente organizada porque eu deixo tudo pronto, tudo organizadinho.”(P05, C3)

“...eu era mais automática, agora eu penso mais né, por isso que eu falo assim eu tô mudando em coisas que eu deixava de fazer...coisas que eu tô fazendo mais, vou preparar um legume, coisa que eu não fazia, eu fazia o mais fácil, né?! Eu não tinha tempo, então no final de semana eu vou lá, pego e compro as verduras e tento lavar, deixar mais pronto, pra facilitar a minha vida né, durante a semana...” (P22, C15)

Mudanças exigem providências, atitude de vigília, um aprendizado contínuo.

“...mais difícil é controlar esses beliscos que eu tava acostumada, né?! Pra mim era bem mais fácil ao invés de almoçar, cê tá andando, pegar um salgado e comer. Então, eu não saí mais com fome de casa, aí eu almoço, cê não saindo com fome, não fica pensando em comida...” (P10, C4)

“Eu ia à semana inteira lá na salgaderia, eu já não tô indo mais... então eu como alguma coisa em casa, entendeu?! Ou eu como um pãozinho, metade de um pão ou às vezes tem uma bolacha, eu como uma bolachinha e isso passa, aí depois eu venho pra casa e como comida normal.” (P16, C5)

Com a evolução do tratamento, foi possível notar que outros aspectos relacionados ao ato alimentar foram percebidos, refletidos e aplicados pelas pacientes, desde aspectos relacionados à quantidade e qualidade do que se consome, até aqueles envolvidos com sensações e processos mecânicos envolvidos no momento das refeições. A influência do tratamento e a reflexão sobre a relação com a comida não significaram necessariamente restringir determinados alimentos, mas organizar melhor a ingestão das porções desses alimentos de forma mais saudável. Essas pacientes disseram que passaram a ter um consumo alimentar mais consciente, como mencionado no exemplo (P08), a participante se permitiu comer o que gosta e o que estava disponível naquela situação, portanto é possível aprender a comer de tudo moderadamente e consciente de suas atitudes.

“...não vamos começar a mentir, né?! Não é que você não vai comer num aniversário, mas vai comer tendo aquela consciência, comer com consciência. Não comer como se o mundo fosse acabar amanhã...” (P08, C6)

“Ela (nutricionista) me ensinou que quando eu tiver vontade de comer, um doce, por exemplo, fora das refeições, pra mim tomar uma água, uma água bem devagar, porque às vezes é só aquela vontade, aquela ansiedade, não a necessidade...” (P14, C3)

“as quantidades que eu diminui bastante, eu comia muito, eu repetia, na janta eu não conseguia comer uma vez, eu comia duas, querendo comer a terceira, mas aí eu parava, não pera aí e no trabalho também eu passava um período muito longo sem comer nada, então quando eu chegava em casa pra jantar, nossa eu queria comer até as panelas. Então, aí eu levo alguma coisa e tento comer nesse meio tempo, pra mim não chegar em casa com tanta fome.” (P07, C5)

Na fala a seguir (P04), a participante expôs sua ideia de que todos podem mudar. Segundo a expressão: “saber e não fazer”, mostra-nos que a paciente em questão passou a ter a percepção de que desejava mudar e referiu que o encontro com o tratamento funcionou como um marco inicial em sua vida.

“Todo mundo tem a capacidade de mudar, todo mundo. É só você... não digo que é só querer, mas tudo parte do princípio de tentar, se você começar e dar o primeiro passo, dá certo! Eu ter vindo aqui (tratamento), foi como um estralar, né?! Tipo, eu sabia que precisava mudar, mas eu não fazia, né?!” (P04, C4)

Muitas vezes, as entrevistadas referiram que conservavam a alimentação que estavam acostumadas porque gostavam, era conveniente e/ou mais acessível. Quando a orientação alimentar fez sentido para a paciente, ajudou-a a incorporar a mudança (P21 e P14).

“Se eu não tivesse aprendido tudo isso, estaria comendo tudo quanto é coisa. Tem uma propaganda lá que é legal, vamos comer, porque passou lá na propaganda que é legal. Eu aprendi que não, vamos lá ler se realmente aquilo lá faz bem. Tem que continuar, tudo que você aprende tem que por em prática né?! Não adianta tipo você vim aqui (tratamento), ensinou tudo, aí eu vou fazer só naqueles dias porque eu tenho consulta, não, eu vou ter que fazer todos os dias, todos os dia, tudo que você vai aprendendo no dia a dia, cada consulta que você aprende você chega em casa e tem que praticar ela, então dia a dia, você vê os resultados.” (P21, C15)

“O tratamento tá sendo claro, porque eu acho assim, quando é claro, a gente aprende, a gente vai pegando aquele hábito, né!? Quando é uma coisa assim que a gente não entende, passa e cê passa sem perceber assim... Uma coisa que assim que me ensinou aqui foi a mudar meus hábitos, tá mudando assim... Não tá mudando de uma hora pra outra, mas já tá mudando, até a médica surpreendeu como abaixou a diabete...” (P14, C3)

O relato a seguir mostra a importância do acolhimento e dificuldade de receber prescrição fechada.

“Elas (nutricionistas) não trabalham naquele negócio tipo contra parede, entendeu?! Oh, cê tem que seguir esse cronograma aqui, cê tem que seguir esse aqui, entendeu?! Não é assim que faz! Na minha cabeça não é assim que reeduca a gente, cê entendeu?! cê me passar um bloquinho de papel, é assim que cê tem que fazer, você só pode comer isso, isso, isso e isso. Quanto mais cê falar não pode, mais você vai querer. Aí você não consegue codificar o não pode, aí te atíça à curiosidade de comer, cê entendeu?! Elas não trabalham desse jeito. Elas conversam será que pode mudar, cê acha que consegue mudar? Cê acha que cê consegue trocar isso por isso, tendeu?! Elas ensinam a gente ver o que tá comendo de errado, não fala assim: não, você não pode! Você tem que ter consciência do que cê tá comendo, cê entendeu?! Às vezes você está ingerindo uma bomba e satisfazendo o seu desejo, tá satisfazendo desejo, mas para o seu corpo não é bom, vai te deteriorar... É muito legal esse jeito delas trabalhar, porque me incentivou a continuar. Eu achei que iria vim só na primeira consulta, que eu sou meio desanimada assim pra pegar firme sabe, mas eu gostei do jeito delas trabalhar, porque ninguém me pôs na parede. Oh, cê tem que comer só isso, isso e isso. Cê tira isso, isso e isso, cê entendeu?!” (P10, C4)

5 DISCUSSÃO

O estudo contribuiu para compreender as dificuldades e enfrentamentos impostos pelo tratamento para obesidade com estratégias não convencionais. A mudança da relação do sujeito com a comida envolve necessidade de (auto) controle alimentar, convive com demandas de comer associada a ansiedade, com as dificuldades relacionadas aos ambientes de convívio, o constante apelo para comer e as dificuldades decorrentes e as estratégias para as mudanças alimentares foram temas encontrados nos relatos com as experiências no tratamento.

Mesmo essas temáticas sendo tratadas separadamente, os limites não são claros e frequentemente se sobrepõem. Devido ao papel da alimentação na saúde da população e à importância das escolhas alimentares mais saudáveis, entender como as mulheres com obesidade se relacionam com a comida pode ajudar nas discussões atuais sobre as formas convencionais e não convencionais possíveis para o tratamento da obesidade.

Primeiramente, o estudo demonstrou que as pacientes têm uma expectativa de tratamento que correspondem a abordagem convencional da área de nutrição, predominando a ideia pragmática de tratamento, o qual é tradicionalmente conhecido por imposições de um padrão alimentar, orientando a alimentação pelos seus componentes. Esperavam receber diretrizes do que e de quanto. Conceber o tratamento por esse prisma, sem levar em conta a história pessoal do indivíduo com a alimentação e a sua complexidade (CANESQUI, 2005; DEMÉTRIO et al., 2011), reduz o problema a um excedente energético. Este achado apoia alguns estudos que observaram que os cursos de nutrição não têm abordado a dimensão humana e social na formação acadêmico-profissional do nutricionista (FREITAS et al., 2008, FREITAS; MINAYO; FONTES, 2011; SANTOS et al., 2005). A formação é essencialmente técnica, com ênfase no saber biológico, generalista e inespecífica (BOSI, 1994). A literatura ainda refere a tendência do profissional de nutrição a operar de forma biologista, sob a perspectiva da doença e ainda reduzi-la simplesmente a sintomas e complicações, corroborando assim com a concepção do modelo biomédico, que desconsidera os aspectos socioculturais e psicológicos, deixando em segundo plano o doente, distanciando-se de uma compreensão integral do indivíduo, ou seja, o ser humano é simplificado e fragmentado (DEMÉTRIO et al., 2011; SILVA; CANTISANI, 2018).

Outros estudos observaram que os indivíduos não conseguiam seguir dietas restritivas por um longo período, pois muitos não aderiam ou ainda ficavam susceptíveis a períodos compensatórios, podendo desenvolver um transtorno alimentar (ADES; KERBAUY, 2002). A baixa capacidade de resiliência do indivíduo e a dificuldade de assumir a responsabilidade sobre

o seu processo de adoecimento vinculou-se a postura passiva diante do tratamento (VIEIRA; TURATO, 2010). Sendo assim, cabe aqui questionar o modelo de saúde hegemônico atual e, conseqüentemente, a concepção de saúde que o fundamenta. Ferreira e Magalhães (2007) recomendaram a troca de abordagens persuasivas por estratégias mais amplas, derivadas da relação entre nutricionista e paciente, sugerindo o desenvolvimento de uma nova proposta do nutricionista frente às suas práticas (com o estabelecimento de relações de confiança, respeito e reciprocidade), com o intuito de ampliar o vínculo terapêutico e a humanização (DEMÉTRIO et al., 2011).

O tratamento com estratégias não convencionais utilizadas no referido Ambulatório foi recebido pelas mulheres de outra forma, sendo mencionado como “diferente”. Pois, foram apresentadas à elas outra abordagem de tratamento; o relacionamento das pacientes com o profissional possuía um papel importante para o acolhimento, uma vez que representava um suporte dentro desse processo, no qual constituiu o desenvolvimento de habilidades, dentre elas: fazer escolhas alimentares conscientes (enfrentar o ambiente obesogênico), perceber que a alimentação não precisa ser cheia de regras alimentares, de dietas, do profissional dizendo o que, quanto e quando comer, mas que esse tratamento pôde viabilizar caminhos para que se reconectassem com elas mesmas.

O ato de cuidar-se exige tempo e espaço na vida concreta e mental das pacientes, para que possam rever as decisões diárias que envolvem o comer e as comidas, as preparações, as demandas familiares, as rotinas alimentares, bem como os recursos que viabilizam o acesso aos alimentos e o manejo dos mesmos. Assim, todas essas decisões precisam de autonomia por parte do indivíduo. Instituir mudanças pode ser difícil, porém é mais difícil ainda mantê-las. O processo de autocuidado depende da reflexão da pessoa em situação de cuidado, ou seja, integra a capacidade de olhar para si próprio, de modo que assuma a responsabilidade pelas suas necessidades individuais de saúde. Esse processo se relaciona com a prática de ações que possuem a finalidade de desenvolver capacidades e conhecimentos que auxiliem na tomada de decisões sobre sua saúde e bem-estar (KRALIK et al., 2010). Corroborando com o presente estudo, para Kralik et al. (2010) os tratamentos devem considerar a especificidade do contexto de vida de cada paciente, assegurando-lhe o desenvolvimento de estratégias oportunas e significativas.

Foi observado neste estudo que as pacientes com obesidade se esforçavam para se controlarem e estavam conscientes da “necessidade de pensar” sobre o comer, mas mesmo assim, a questão da vulnerabilidade frente ao meio no qual estão inseridas, que incentiva o consumo e acaba tornando-se uma barreira, dificultando a adesão ao tratamento.

O ambiente é visto pelas entrevistadas como o fator que determina a constante necessidade de controle alimentar. Este achado é consistente com estudos anteriores, os quais ressaltaram as mudanças de estilo de vida da sociedade contemporânea (BROWNELL et al., 2010; ROBERTO et al., 2015; SWINBURN et al., 2011). “Descontar” na comida problemas e ansiedade, em contextos de ampla disponibilidade de alimentos, variedade de opções alimentares que desencadeiam desejos alimentares que são possibilidades junto a várias atividades cotidianas. Consequentemente, isso contribuí para o aumento da prevalência de obesidade e a dificuldade do indivíduo em refletir sobre a sua relação com a comida (BONGERS et al., 2015; SWINBRUN et al., 2011; van den AKKER et al., 2013). A industrialização, os excessos de propagandas e os apelos culinários interferem nas escolhas alimentares, o que atrapalha as percepções de sinais de fome e saciedade e o limite para o consumo alimentar (ALVARENGA et al., 2019; BROWNELL et al., 2010; ROBERTO et al., 2015; SWINBURN et al., 2011). O ambiente promove a obesidade e concomitantemente condena, exclui e pune os indivíduos com excesso de peso, contribuindo para inquietações psíquicas relacionadas ao corpo e a alimentação (RUBINO et al., 2020; RALSTON et al., 2018; VIANNA, 2018).

Os achados revelaram também a presença de um comportamento alimentar considerado a partir da dicotomia controle versus descontrole alimentar. A alimentação polarizada em termos de “bem ou mal”. Quando aparece a vontade de comer alimentos como doces, refrigerante, salgados, entre outros, vêm a dificuldade e o enfrentamento do “controle alimentar”. Nesse sentido, as pacientes caracterizaram o alimento como “bom ou mau”. Essa diferenciação dicotômica dos alimentos (BECK, 1976; RODRIGUES; BOOG, 2006) dificulta uma relação mais flexível e ponderada com a alimentação, bem como seu manejo. Dessa forma, o “comer certo” se torna intangível, uma vez que, ao sugerir a exclusão de alimentos que permeiam a vida social e aspectos da cultura alimentar das pessoas, é compreendido como restrição e até anulação do prazer, desconsiderando a possibilidade de haver um balanceamento no momento do consumo desses alimentos, sem comprometer o tratamento da paciente.

Orientadas pela vontade, adentravam na dimensão do descontrole alimentar, não queriam pensar na hora de comer, apenas queriam desfrutar daquele alimento que estavam com vontade, expondo a ideia de recompensa e de comer o que é posto. O comer aqui é muito mais que nutrir o corpo e se configura como um ato de prazer, de se deixar levar pelas vontades que atinge o excesso. Segundo Fischler (2013), a noção do prazer alimentar é identificada como algo errado, ou pecaminoso, associado ao sentimento de culpa. Assim como o descontrole mencionado pelas participantes está associado à culpa e ao saber da necessidade de ser

diferente, mostram-se numa espécie de dilema entre o que gosta de comer e o que se deve escolher para comer. A culpa surge da perda de controle expressa na ingestão excessiva de alimentos e vem muitas vezes acompanhada de sentimentos depressivos (COSTA et al., 2012; FERREIRA, 2002).

A dificuldade para conseguir se controlar frente a comida, sinaliza o profundo sofrimento interno. Ter essa consciência de que se alimentavam no “modo automático” e “sair dessa situação” foi uma das dificuldades relatadas durante o tratamento por envolver aprender a ter controle, o que remete à disciplina do corpo e se mostra por meio de expressões como: policiar-se, pensar, regradar, prestar atenção sobre a sua alimentação. Evidencia-se a vigilância constata associada à saúde e à magreza (JOFFE; STAERKLÉ, 2007). As pacientes buscavam por alternativas para não comer descontroladamente, tentando reconhecer o que sentiam; sabiam que não era por necessidade que muitas vezes, queriam comer, mas havia a dificuldade de colocar em ação as práticas de controle. Refletir sobre o “comer automático” foi um caminho usado pelas mulheres para lidar com a necessidade de controlar o desejo alimentar. Agir diante de uma situação alimentar sentida como opressora, foi notada como empoderamento, permitindo decidir sobre o que iriam ou não comer, possibilitando lidar melhor com a vontade e a necessidade de comer.

Foi observado neste estudo que a pessoa necessita desenvolver estratégias próprias para lidar com as situações que incentivam o comer a todo o momento, de forma a alcançar um domínio sobre a situação e prosseguir no tratamento e isso refletir em perda de peso. Tais estratégias incluem: substituir a comida desejada por outras que julgam ser mais saudáveis; esperar a vontade passar com a realização de outras atividades; não satisfazer a vontade imediata; não abrir exceção para consumir uma pequena quantidade; negar o desejo por considerar que satisfazê-lo poderia levar ao ganho de peso ou a perda de controle e recaída; pensar sobre a vontade; cortar certos alimentos da sua rotina; entre outras estratégias.

Precisavam estar continuamente pensando e essa foi uma grande dificuldade. Reconhecer que é possível buscar uma forma de equilíbrio é importante para o entendimento desses impulsos relacionados ao desejo. Corroborando com o encontrado na pesquisa de Moutinho (2003) a qual revelou que a estratégia de auto monitoramento da ingestão alimentar auxiliou aos poucos no desenvolvimento da consciência sobre o modo de comer no processo de emagrecimento.

Os dados mostraram que os conflitos emocionais contribuíram para o descontrole, que se mostrava principalmente como sendo um gatilho para o consumo alimentar, assim como evidenciado na literatura (BERG et al., 2015; LEEHR et al., 2015; RACINE; HORVATH,

2018; STEVENSON et al., 2018), da mesma maneira que a ansiedade está associada à obesidade (AMIRI; BEHNEZHAD, 2019; GARIEPY; NITKA; SCHMITZ, 2010; GELINAS et al., 2015). De acordo com alguns estudos, as pessoas tendem a aumentar o consumo de alimentos, tanto em resposta aos sentimentos negativos (culpa, solidão, tristeza, medo, raiva), quanto aos positivos (felicidade, alegria), consequentemente contribui para o excesso de peso e a dificuldade do indivíduo em refletir sobre sua relação com a comida (CUEVAS et al., 2020; ESPÍNDOLA; BLAY, 2006; GELINAS et al., 2015; PENAFORTE; MATTA; JAPUR, 2016).

As descobertas apontaram que o ato de comer para algumas pacientes pareceu estar ligado a um mecanismo de compensação dos problemas ou até mesmo uma fuga e/ou conforto, uma tentativa de atenuar o estado da ansiedade, sendo o comer associado com uma sensação de alívio e, nesses casos, confundiu-se como fonte de prazer ou satisfação imediata. A literatura destacou que episódios de desejo alimentar por alimentos altamente palatáveis estava relacionado à maior intensidade das emoções negativas redirecionando as escolhas alimentares para a “comida de conforto” (DALMMAN et al., 2003; GIBSON, 2006; RAZZOLI et al., 2017; ZELLNER et al., 2006; AGUIAR-BLOEMER; DIEZ-GARCIA, 2018). Kahtalian (1992) considera que para as pessoas com obesidade, o ato de comer é um tranquilizante, uma forma de canalizar a ansiedade, a angústia, as dificuldades de lidar com frustrações e limites. Estas também têm uma maior predisposição a mudanças de peso e de hábito alimentar e, muitas vezes determinadas situações são favoráveis às crises e desequilíbrios psicológicos. Para Abreu (1998), quando o funcionamento psíquico está comprometido, há maiores dificuldades para habituar-se a novas situações (consideradas ameaçadores) e encontram na comida uma forma para aliviar a ansiedade. Quando se busca compreender o papel exercido pelos alimentos na vida das pessoas, pode-se perceber que eles não são apenas fonte de nutrientes, mas também fonte de gratificações emocionais, além de ser um meio de expressar os valores e relações sociais (CASSOTTI et al., 1998). Segundo Berg (2011) a comida alcança um papel distorcido na vida de mulheres com obesidade, permitindo a projeção de estados emocionais, gerando uma proteção para as fraquezas e frustrações, denunciando a dificuldade psíquica de expressão dos conflitos, um recurso para evitar entrar em contato com o sofrimento. Nessa direção, a dificuldade do indivíduo com obesidade em expressar com palavras, seus conflitos internos, podem descontar na comida ou comer excessivamente, como uma estratégia para reduzir a ansiedade e para preencher uma sensação de vazio (FREIRE; ANDRADA, 2012; MASHEB; GRILO, 2006). Os achados na literatura expõem que as mulheres comem em excesso quando estão ansiosas, reduzindo assim esses sintomas, resultando em ganho de peso (ABILÉS et al., 2010; CAPITÃO; TELLO 2004; CHAO; GRILO; SINHA, 2016; FRANKEN; MURIS, 2005).

Corroborando com os estudos anteriores, os dados indicaram que a maioria das entrevistadas utilizavam o alimento para atenuar a ansiedade, uma forma de “descontar na comida” podendo chegar a “compulsão alimentar”, o que pôde explicar o ganho ou reganho de peso apresentado pelas pacientes. A maioria das participantes (86,36%) apresentavam Síndrome do Ovário Policístico (SOP) e obesidade; se autodescreviam como “viciadas” em comida e demonstravam perda de controle, o que vai ao encontro com o estudo de Jeanes et al. (2017), no qual as mulheres com SOP e obesidade apresentam desejos e comportamentos alimentares compulsivos bem maiores quando comparadas com as com sobrepeso e eutróficas.

Segundo Aguiar-Bloemer e Diez-Garcia (2018) em seu estudo, observaram que as mulheres tanto eutróficas como com excesso de peso, não consumiram alimentos saudáveis nos momentos de emoções negativas. As eutróficas aumentaram o consumo de doces, enquanto as com excesso de peso aumentaram salgados e doces (AGUIAR-BLOEMER E DIEZ-GARCIA, 2018).

Observou-se também a presença pensamentos obsessivos, sentimento de perda de controle em relação a comida, expressos através de palavras como: “loucura”, “vontade”, “vício”, capazes de promover comportamentos de busca por um determinado alimento (neste estudo são: bebidas açucaradas, doces e salgados) para obter um estado de prazer ou excitação momentânea. Esse padrão de comportamento se aproxima do conceito de *craving*, definido como desejo intenso por uma determinada substância (PREEDY; WATSON; MARTIN, 2011; WEINGARTEN; ELSTON, 1990). De acordo com Almada e Silva (2012) este é um fenômeno complexo e multidimensional, de variação interindividual e intraindividual, o qual pode ser desencadeado e expresso através de fatores fisiológicos, psicológicos, hormonais e emocionais (como estresse e ansiedade), memórias afetivas associadas ao prazer e ao bem-estar após o consumo de alimentos altamente palatáveis, além de dietas restritivas, estigma do peso e ambiente obesogênico que podem levar ao *food craving* (ANTUNES et al., 2015; HILL, 2007). Quando o *craving* é especificamente por doces, o termo usado é *sweet craving*, como é o caso de algumas das pacientes. Nesse sentido, a literatura aponta que o *sweet craving*, ocorre principalmente em mulheres (CHAO; GRILO; SINHA, 2016; PENAFORTE et al., 2018) com excesso de peso (ROEFS et al., 2019), é frequente quando encontram-se em estresse (MACEDO; DIEZ-GARCIA, 2014; MIKOLAJCZYK; ANSARI; MAXWELL, 2009), depressão, ansiedade (CHRISTENSEN; PETTIJOHN, 2001; FULTON, 2010) e síndrome pré-menstrual (YEN et al., 2010), condições que favorecem episódios de descontrole por alimentos de sabor doce. Para Vieira e Turato (2011), os alimentos doces são considerados como fonte de prazer momentâneo e identificados como atraentes. Ao adquirirem o sentido de proibição

transformam-se em algo ainda mais atrativo, sugerindo justificar a conhecida transgressão como uma nova fonte de prazer (“o gosto do doce proibido”) e o efeito paradoxal da prescrição dietéticas (VIEIRA; TURATO, 2011).

Observou-se neste estudo muitos exemplos identificados como *craving*, com relatos de “vício” similares aos “vícios” por drogas e álcool, conforme questionários de diagnóstico para esta condição: Yale Food Addiction Scale (YFAS) (GEARHARDT; CORBIN; BROWNELL, 2009); Food Cravings Questionnaire-Trait (FCQ-T) e o Food Cravings Questionnaire-State (FCQ-S) (CEPEDA-BENITO et al., 2000).

Esses achados sugerem que as mulheres têm sinais ou sintomas característicos de abstinência semelhantes ao das drogas, ressaltando a dificuldade em lidar com o afastamento desses alimentos e a busca por alimentos altamente palatáveis, associados com uma sensação de alívio da ansiedade. Rojas-Jara et al. (2020) em sua revisão apontaram haver vários estudos sobre dependência alimentar (*food addiction*) em adultos e registraram sua relação com excesso de peso, bem como sua conexão com questões afetivo-emocionais (depressão e ansiedade), nas quais o comportamento alimentar se torna aparentemente paliativo para essas condições psicológicas subjacentes (HARDY et al., 2018). Tal qual o *vício* de drogas e álcool (ZOU et al., 2017), o “vício em comida”, provoca sintomas como desejo e abstinência (LEE; DIXON, 2017; TOMPKINS; LAURENT; BROCK, 2017). Caracterizado por uma ingestão descontrolada de alimentos agradáveis ao paladar e com alto teor calórico (HARDY et al., 2018), alguns autores apontam para alimentos ou substâncias adicionadas, tais como açúcar e/ou gordura, que podem desencadear uma disfunção no sistema de recompensa do cérebro (sistema mesolímbico via dopamina), demonstrando um maior potencial de dependência (GORDON et al., 2018; SCHULTE; POTENZA; GEARHARDT, 2017) prejudicando assim, o processo de tomada de decisão, semelhante às drogas de abuso (CAMPANA et al., 2019; ; HARDY et al., 2018; WISS; AVENA; RADA, 2018).

O “vício em comida” parece estar associado a prevalência da obesidade (CAMPANA et al., 2019; WISS; AVENA; RADA, 2018). No entanto, nem todas as pessoas com obesidade são viciadas em alimentos e nem todos os viciados em alimentos tem excesso de peso (WISS; AVENA; RADA, 2018). A dependência alimentar não foi associada a maior IMC em alguns estudos (BERENSON et al., 2015; DAVIS et al., 2011; HARDY et al., 2018; MEULE; HERMANN; KÜBLER, 2015). Ao contrário, outros mostraram uma associação positiva entre *food addiction* e aumento do IMC (FLINT et al., 2014; GEARHARDT et al., 2013; PEDRAM et al., 2013). Em acordo com os estudos anteriores, para as mulheres desta pesquisa, mesmo sem o diagnóstico de *craving* ou *food addiction*, relataram que o desespero interior, o contato

com situações diferentes ou ameaçadoras, refletem no modo de comer. As pessoas com obesidade que alteraram seu estilo de vida para perder peso, podem desenvolver ansiedade ou a ansiedade, tendo como consequência ganho de peso devido a alterações como o aumento da ingestão alimentar, redução da atividade física, insônia, uso de medicamentos, entre outros. Os autores sugerem a importância de uma abordagem biopsicossocial para tratar a obesidade (RUBINO, 2019).

Os achados revelaram que estar em tratamento para a obesidade implicou uma posição diferente em seus grupos de convívio (grupo familiar, amigos ou colegas de trabalho). Foi necessário romper com um hábito constituído, com vínculos afetivos e, não partilhar certas decisões e práticas alimentares dos respectivos grupos. Em condição de mudança alimentar, o sujeito sente necessidade de suporte e acolhimento por parte da família para enfrentar novas práticas alimentares. Para as mulheres deste estudo, a importância do suporte familiar, na prática, foi desde a facilitação para se obter os alimentos até o auxílio no preparo, a ajuda e vigilância das escolhas alimentares (lembrá-las que estavam em tratamento), e até mesmo a adesão conjunta aos novos hábitos alimentares. Por várias vezes na literatura científica foi citada a relevância do apoio da família, amigos e profissionais de saúde para a perda de peso (FUGUEIREDO et al., 2020; SKELTON et al., 2012; WORSLEY et al., 2016). Para Vieira e Turato (2010) a relação construída entre a família e os alimentos podem fornecer dados importantes para auxiliar na identificação e organização da identidade alimentar, de modo a também apoiar as mudanças de comportamento alimentar. As escolhas alimentares se constituem uma fonte de informações sobre os indivíduos que consomem esses alimentos (DAMATTA, 2001; SHAH, 2018).

Os dados expõem a maternidade como fator motivador para tais mudanças, demonstrando cuidado para com a saúde de seus familiares. A possibilidade de proporcionarem um novo padrão alimentar para todos na casa, as colocaram no papel de cuidadora, ou seja, eram vistas como quem patrocinava a mudança alimentar e, dessa forma, não eram as únicas “diferentes” (no sentido de que os familiares também estão partilhando do mesmo hábito), portanto se sentiam integradas no contexto familiar. Dessa maneira, Cuevas et al. (2020) expuseram que o papel da mulher relacionado à alimentação vai além de nutrir seus familiares com alimentos saudáveis e torna-a promotora de um sentimento de pertencimento à família. O estudo de Wilcox et al. (2020) revelaram que embora as mulheres ainda tenham a maior participação nas tarefas alimentares (como comprar e preparar a refeição), ultimamente mais homens estão se envolvendo nas tarefas relacionadas à alimentação. O que difere do presente estudo, pois uma das dificuldades enfrentadas pelas entrevistadas para a adesão ao processo de

mudanças era a vivência em um contexto familiar no qual faltava o apoio dos cônjuges, e apresentava um consumo excessivo de alimentos industrializados, o que fazia com que se ajustassem aos hábitos alimentares da família. Validando o encontrado no estudo de Venturini (2000) no qual a falta de colaboração da família no controle da alimentação contribuiu para que as participantes com obesidade não se sentissem apoiadas. Dessa maneira, o envolvimento da família pode atuar tanto como um facilitador quanto como uma barreira para a adesão às práticas alimentares saudáveis (OLIVEIRA, 2016; SUZUKI et al, 2019; TORAL; CONTI, SLATER, 2009). Segundo Elliston et al. (2017), mudar o comportamento alimentar como resultado da observação de outras pessoas comendo pode sugerir um mecanismo de modelagem social. Esta abordagem está ligada a questões como experiências passadas, dinâmica familiar, convívio doméstico e local de trabalho, as quais influenciam nas escolhas. As pressões do coletivo podem prevalecer em relação às motivações do indivíduo (ANTONACCIO et al., 2015).

Outrossim, nota-se que quando “comer sozinha” é uma necessidade (a exemplo das pacientes que moravam sozinhas), pode ser um obstáculo a adesão ao tratamento, uma vez que se sentiam desmotivadas a cozinhar por não terem companhia para a prática culinária e para o consumo. Isso porque “o comer” é uma prática tanto social, quanto política. A comida é o alimento transformado, a qual deve prover os três pilares do indivíduo como um ser biológico, social e cultural (WOORTMANN, 1985; CÂMARA CASCUDO, 2004; DELORMIER; FROHLICH; POTVIN, 2009). Por isso, para Lévi-Strauss (2004) o comportamento alimentar se distinguiu do biológico pela invenção da cozinha, mas principalmente pela comensalidade, ou seja, pela função social das refeições. Woortmann (1985) elucida que na cultura brasileira, *refeição* é considerada um ato social e, deve ser feita em grupo para ser compreendida como tal prática. Logo, é importante entender a comensalidade no sentido de comer acompanhado como utilizado por Poulain (2013) e semelhante à definição de Sobal e Nelson (2003). Fischler (2011) acrescentou uma característica de espaço a este sentido, e diz que comensalidade (ou convivialidade) é em seu sentido literal, “comer na mesma mesa”. É o aspecto da alimentação que melhor demonstra os pilares cultural e social. A comensalidade oferece a ideia de comer com outras pessoas, compartilhando a comida e o contexto em que se come (FISCHLER, 2011). Fischler (2011) destacou que o estilo alimentar da sociedade coloca em risco a comensalidade enquanto domínio de sociabilidade, considerando que o mundo moderno facilita a individualização, até mesmo no que se refere à alimentação. Nessa direção, Diez-Garcia (2003) apontou que o isolamento do ato de comer seja concomitante ao enfraquecimento do espaço familiar como unidade social, sendo tal comportamento induzido pelas mudanças no sistema

alimentar global, com a oferta de alimentos práticos, acessíveis e prontos para o consumo, além disso, dispensam o sentar-se a mesa para comer. Por outro lado, comer sozinho também pode ser associado ao aumento da ingestão alimentar, sendo mediado por afetos negativos, em adultos com excesso de peso e obesidade (ELLISTON et al., 2017). Da mesma forma, achados deste estudo indicaram a preferência das pacientes por “comerem sozinhas”, o que pôde ter múltiplas conotações, dentre as quais a possibilidade de se evitar julgamentos externos ou ainda a falta de controle na quantidade de comida ingerida nos momentos de comer só, em detrimento de comer em companhia. Assim, Pliner e Bell (2009) debateram sobre como a comensalidade influencia na ingestão alimentar. Segundo as autoras, a ideia de comer em maior quantidade quando em companhia, sustenta-se principalmente pelo tempo que a comida fica disponível quando se come em grupo e na diminuição da percepção do quanto já comeu. Contudo, destacaram que o contexto do comer acompanhado, por outro lado, acarreta exposição a normas e condutas alimentares. Neste sentido, o indivíduo tende a moldar suas escolhas alimentares ao aceitável publicamente, enquanto no comer sozinho a pessoa se vê livre de qualquer imposição social e cultural. Fischler (2011) apontou que a comensalidade, por ser um ritual de inclusão, acaba por ser também de exclusão e estratificação social. Portanto, o ato de comer, quando realizado pela pessoa com obesidade, parece não ter espaço aceito dentro das normas de etiqueta alimentar. Segundo o mesmo autor, um indivíduo com obesidade, ao comer, passa a ser objeto de aversão em uma sociedade em que não há espaço para o corpo com excesso de gordura (FISCHLER, 2011).

Outro aspecto analisado foi a respeito das pacientes “*sentirem-se acompanhadas*” como algo não concreto, uma vez que, embora as entrevistadas morassem sozinhas e não podiam contar com o apoio familiar, sentiam-se acolhidas e amparadas pelos profissionais da saúde. Essas semelhanças coincidem com pesquisas anteriores nas quais o suporte oferecido pelos profissionais aos pacientes com obesidade que não tinham apoio familiar contribuiu para a autonomia e a motivação dos mesmos frente às mudanças alimentares, de modo a incentivá-los a valorizar o cuidado consigo mesmos (ARAÚJO et al., 2019; SKELTON et al., 2012). Conforme a revisão integrativa de Garuzi et al. (2014), o acolhimento é apontado como uma ferramenta apta a promover o vínculo entre profissionais de saúde e paciente. Possibilita ao paciente o incentivo ao autocuidado, a ter melhor percepção sobre a doença e corresponsabilização no tratamento escolhido. Ajuda também na universalização do acesso, fortalece o trabalho multiprofissional e intersetorial, qualifica a assistência à saúde, humaniza as práticas e estimula ações para evitar o preconceito. (GARUZI et al., 2014). Segundo os achados na literatura, os profissionais de saúde com a atuação voltada para a obesidade em

Unidade Básica de Saúde sentem a necessidade de receber capacitação adequada para atuar na prevenção e controle da obesidade (BRAGA et al., 2020; ROBINSON et al., 2013). No estudo de Araújo et al. (2019) o acolhimento aos indivíduos com obesidade foi exposto como sendo uma prática eventual por parte dos profissionais de saúde. No entanto, muitas vezes essas pessoas são recebidas de forma hostil pelo profissional, o que acaba gerando desconforto e desamparo, dificultando a busca e adesão ao tratamento para obesidade. Ao contrário, quando encontram acolhimento por parte do profissional (este executando real papel de cuidador), há um aumento da motivação para o autocuidado (ARAÚJO et al., 2019). Considerando a comensalidade como ato de nutrir-se em companhia, as entrevistadas demonstraram que a sensação de se nutrir com a presença do outro pôde ser sentida mesmo que não se apresentava fisicamente no momento da refeição, mas com a oferta de suporte de outras maneiras, como os profissionais. Estes demonstraram olhar para as pacientes, com as suas dificuldades e os seus desejos, de modo a ampará-las e incentivá-las em seu processo de despertar, de olhar para si mesmas e se reconhecerem. Nessa direção, os achados de Oliveira e Ribeiro (2013) apontaram que a família do indivíduo com obesidade deve dar suporte e ser incluída em todas as abordagens que têm como objetivo a perda de peso, mudança de hábitos alimentares e educação alimentar e nutricional. Com isso, Cuevas et al. (2020) aconselharam os profissionais de saúde a considerarem todas as dimensões relacionados ao indivíduo e sua alimentação ao implementarem intervenções que busquem promover mudanças alimentares. Portanto, os profissionais de saúde precisam compreender os fatores associados a obesidade, inserir as experiências das pessoas com obesidade para a prática profissional e entender as formas particulares de cuidado. Portanto, uma intervenção integral e de melhor qualidade pode criar uma aproximação do profissional com o paciente, contribuindo para que este observe o seu corpo, estimulando-o ao cuidado, proporcionando, assim, melhores resultados de tratamento (ARAÚJO et al., 2019).

Os resultados exibem que a falta de tempo por parte das pacientes para se dedicar à alimentação resultam na escolha de refeições baseadas em alimentos industrializados devido à sua praticidade e conveniência, sendo uma das barreiras que dificultam a inserção de novas práticas e atitudes alimentares em direção ao comer mais saudável. O mundo contemporâneo é marcado por crescentes demandas e pela falta crônica de tempo para o preparo e consumo de alimentos (DIEZ-GARCIA, 2003). A presença progressiva das mulheres no mercado de trabalho pressiona para que a preparação de alimentos seja mais prática, no sentido de poupar tempo e mão de obra (ASSUNÇÃO, 2008; NEVES, 2013; YACCOUB, 2011). Essa falta de tempo é um aspecto importante na reestruturação das práticas alimentares e pode explicar as

mudanças no padrão alimentar, como o aumento do consumo de alimentos prontos (GARCIA, 1997; JABS; DEVINE, 2006; MONSIVAIS; AGGARWL; DREWNOWSKI, 2014). Independentemente de classe social, ao longo das últimas décadas os brasileiros substituíram alimentos frescos pelos industrializados (MONTEIRO et al., 2011). Estes produtos apresentam características desfavoráveis do ponto de vista nutricional (possuem maior densidade energética, elevado teor de açúcar, gordura, sódio), entretanto, são palatáveis, acessíveis financeiramente e duráveis, do ponto de vista do tempo de armazenamento, sendo alternativas rápidas de consumo (DIEZ-GARCIA, 2003; LANOYE; GORINE; LAROSE, 2016; LOUZADA et al., 2015; MONTEIRO et al., 2011).

Foi visto que as pacientes em tratamento reconheciam a necessidade de mudanças alimentares para perder peso e estavam refletindo sobre como se alimentavam e assim, tentavam escolher algo mais saudável para comer, diminuir as refeições fora de casa, organizar a rotina alimentar e cozinhar mais, destinando assim, mais tempo e atenção aos alimentos. A literatura atual em acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) sustenta os dados encontrados no presente estudo, pois consideraram a prática culinária como uma das estratégias para a diminuição do consumo de alimentos industrializados e aumento do consumo de vegetais e frutas (LANOYE; GORIN; LAROSE, 2016; MILLS et al., 2017; OLIVEIRA; AMPARO-SANTOS; SCAGLIUSI, 2017; OLIVEIRA; SANTOS, 2020). Reitera-se aqui, a importância de resgatar a comensalidade, valorizar o ato de comer enquanto uma atividade social, contrapondo os modelos individualistas impulsionados pela indústria de alimentos (DEVINE et al. 2003; OLIVEIRA; SANTOS, 2020). Nesse sentido, a obesidade é estimulada principalmente por mudanças no sistema alimentar global e fatores ambientais que podem apoiar ou minar a capacidade das pessoas de agirem em seu próprio interesse, prejudicando a responsabilidade pessoal, explorando as vulnerabilidades biológicas, psicológicas, sociais e econômicas das pessoas, pois é mais fácil comer alimentos não saudáveis. Além de reforçarem as preferências e demandas por alimentos de baixa qualidade nutricional, favorecendo os ambientes alimentares obesogênicos (BROWNELL et al., 2010; ROBERTO et al., 2015; SWINBURN et al., 2011).

Foi observado nos relatos queixas em relação ao julgamento negativo de seus corpos pelo excesso de peso. Este achado apoia estudos anteriores, os quais mencionaram que as pessoas com obesidade são frequentemente taxadas pela sociedade, muitas vezes pela mídia e/ou por profissionais de saúde como preguiçosos, sem autocontrole, que não apresentam força de vontade para mudar, responsáveis pelo seu peso e por não aderirem ao tratamento (ALBURY et al., 2020; RALSTON et al., 2018; RUBINO et al., 2020; SILVA; CANTISANI, 2018;

WHARTON et al., 2020). A ideia de que a obesidade é uma “escolha”, se baseia em um modelo causal simplista com uma linguagem que geralmente coloca os indivíduos como os únicos culpados por sua obesidade, negando que esta resulta principalmente de uma combinação de fatores genéticos, biológicos, psicológicos, ambientais e sociais (RALSTON et al., 2018; RUBINO et al., 2020; SWINBURN et al., 2019). O estigma do peso (caracterizado por rotulagem, preconceito, discriminação e outras formas de violência relacionadas ao peso) (WU; BERRY, 2018) foi experimentado pelas entrevistadas deste estudo. De acordo com as constatações de Kleinert e Horton (2019), havia um movimento de autoculpabilização por parte dos pacientes em processo de perda de peso, pois acreditavam ser os únicos responsáveis pelo fracasso do mesmo. Em consonância, os achados deste estudo apontam para a pressão e culpabilização sofrida pelas mulheres com obesidade em relação ao ganho de peso, como também para manter-se em tratamento. Portanto, não é simplesmente uma questão de peso ou imagem corporal, é sobre a vulnerabilidade humana decorrente de excesso de gordura corporal, cujas origens estão em múltiplos determinantes que variam desde genética molecular às forças de mercado (KLEINERT; HORTON, 2019; RALSTON et al., 2018; RUBINO et al., 2020). Diversos estudos sugerem ações para prevenir a obesidade, dentre elas, a prática de medidas fiscais que desencorajem a aquisição de produtos industrializados e encorajem a de alimentos *in natura*, a promoção de ambientes alimentares saudáveis, além de considerar a obesidade como uma doença crônica dentro do sistema de saúde, com serviços de prevenção e tratamento acessíveis, o que demanda ações multisetoriais (BROWNELL et al., 2010; CASTRO, 2017; 2019; RALSTON et al., 2018; ROBERTO et al., 2015; RUBINO et al., 2020; SWINBURN et al., 2011).

O tratamento com ENC funcionou como um marco na vida de algumas das participantes, pois desejavam mudar, mas mesmo conhecendo os princípios básicos para uma alimentação saudável (as mídias evidenciam a todo tempo, listas de informações sobre o que devemos ou não fazer), tiveram dificuldades de colocá-los em prática (parece ser difícil sair de um padrão e ritmo diário para estabelecer alterações alimentares). O comer vai muito além do hábito cotidiano, repetido e necessário, ele é atravessado pelas experiências, pela história individual e pelo mundo onde vivemos (BLOC et al., 2019). A comida é grande fonte de prazer, um mundo complexo de satisfação, tanto fisiológica, quanto emocional, que guarda grande parte das lembranças da nossa infância (CASSOTTI et al., 1998). Apenas a transferência de informações nutricionais (cardápios prontos), parece não atender as dificuldades relatadas pelas pacientes que não conseguem seguir as orientações. Nem sempre a informação é suficiente para que um hábito alimentar seja modificado. Outros aspectos da vida são afetados pela mudança

e nem sempre as pessoas estão dispostas (ou não acham sentido) a seguir recomendações por longos períodos (DIEZ-GARCIA, 2003; JEFFERY et al., 1991; MOUTINHO, 2003).

Buscando simplificar abordagens para o manejo da obesidade, Santos (2003) defende a reeducação alimentar, a qual preconiza que o indivíduo precisa reaprender a comer e depende dele próprio aprender (o que, quanto, como, quando) comer. Autocontrole também é necessário segundo Contento et al. (1995). Isso implica ampliação da responsabilização do indivíduo. Quando ele é convidado a participar da construção da sua alimentação diária, ampliando o seu poder de decisão para fazer escolhas, ou seja, diferente das dietas prontas (SANTOS, 2005), ele se torna responsável pelo seu cuidado. Não entrando no mérito da discussão sobre a importância dos métodos prescritivos e em quais condições se aplicam, outros tipos de abordagens, como a exemplo, as ENC parecem ser necessárias para o tratamento da obesidade.

Há maior facilidade depois que os hábitos se tornam incorporados no comportamento do dia a dia, ou seja, passada a fase inicial do tratamento com as primeiras mudanças no padrão alimentar (considerada mais difícil por ter que se apropriar das novas estratégias), a manutenção torna-se um prolongamento daquilo que já se aprendeu a fazer (MOUTINHO, 2003).

Pôde-se observar que com ou sem a perda de peso, as participantes pesquisadas experimentaram algumas mudanças no modo de pensar sobre o comer, como as consequências do consumo de determinados alimentos para o corpo, para o ganho de peso e o risco de doenças associadas, além do auto monitoramento de atitudes relacionadas ao comer, reflexão sobre as práticas alimentares, assim como a descoberta de um novo paladar, incentivando a modificação alimentar. Para instituir e dar continuidade as mudanças alimentares é preciso constantes estímulos, como o reconhecimento de seu esforço, o apoio familiar, de amigos, assim como o apoio e acolhimento por parte dos profissionais vinculados ao cuidado com o corpo (ALBURY et al., 2020; WORSLEY et al., 2016). Estes são motivadores para a adesão ao tratamento, mas o desafio é transformá-las em novas rotinas, incorporá-las e se consolidarem no cotidiano. Trata-se assim, de aperfeiçoar e melhorar as estratégias não convencionais, priorizando o cuidar de si (repetição de boas práticas para que virem hábitos).

6 CONCLUSÃO

Foi visto neste estudo que as experiências das pacientes contribuíram para compreender as dificuldades e enfrentamentos impostos pelo tratamento para obesidade com estratégias não convencionais. A adoção de práticas alimentares não são situações lineares, são dinâmicas e influenciadas por fatores externos (o ambiente, as situações vivenciadas, a disponibilidade de alimentos) e internos (hábitos e a experiência pessoal alimentar relacionada às experiências de vida). Uma postura ativa de autoconhecimento é necessária para autonomia e empoderamento. As estratégias apreendidas foram adaptadas e passaram a ser um recurso que as colocaram no comando de suas práticas alimentares, além de possibilitarem o desenvolvimento de novas formas de se relacionarem com a comida.

REFERÊNCIAS

ABILÉS, V. et al. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. **Obesity Surgery**, v. 20, n. 2, p. 161-167, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11695-008-9726-1>

ABREU, A. R. **Influência dos aspectos psicológicos no desenvolvimento da obesidade mórbida**. Monografia do Curso de Aprimoramento em Psicologia Hospitalar da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. 1998.

ADES, L.; KERBAUY R. R. Obesidade: realidades e indagações. *Psicol. USP*, v. 13, n. 1, p. 192-216, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642002000100010>.

AGUIAR-BLOEMER, A.C.; JAPUR, C. C.; FRANCISCO, L.V.; DIEZ-GARCIA, R.W. Dietary quality differences between women with and without weight loss in nutritional treatment. **Clinical Nutrition ESPEN**, v. 34, p.110-115, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2019.08.003>

AGUIAR-BLOEMER, A. C.; DIEZ-GARCIA, R. W. Influence of emotions evoked by life events on food choice. **Eat Weight Disord.**, v. 23, n. 1, p. 45-53, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0468-8>.

AL-AZEMI, M.; OMU, F.E.; OMU, A.E. The effect of obesity on the outcome of infertility management in women with polycystic ovary syndrome. **Arch Gynecol Obstet.** v. 270, p. 205–210, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-003-0537-2>

ALBURY, C. et al. The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. **Lancet Diabetes Endocrinol**, v, 8, n. 5, p. 447–55, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30102-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30102-9).

ALLISON, D. B. et al. Alternative Treatments for Weight Loss: A Critical Review. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, v. 41, n.1, p.1-28, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1080/20014091091661>

ALMADA, A.L.; SILVA, M. Craving por chocolate, **Acta Med Port**, v.25, n.6, p. 442-447, 2012.

ALVARENGA, M.; FIGUEIREDO, M.; TIMERMAN, F.; ANTONACCIO, C. **Nutrição Comportamental**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2019.

AMIRI, S.; SEPIDEH, B. Obesity and anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis. **Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation**, vol. 33, n. 2 p. 72-89, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40211-019-0302-9>.

ANTUNES, B. et al. Comportamento alimentar restritivo e excesso de peso em jovens portugueses. **Modelos e projetos de inclusão social**, v. 96, p.113, 2015.

ARAUJO, F. M. et al. Obesidade: possibilidades de existir e práticas de cuidado. **Saúde Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 249-260, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019170152>

ARAÚJO, K. L. et al. Estigma do nutricionista com obesidade no mundo do trabalho. **Revista de Nutrição**, v. 28, n. 6, p. 569-579, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-52732015000600001>

ASSUNÇÃO, V. K. Comida de Mãe: notas sobre alimentação, família e gênero. **Caderno Espaço Feminino**, v. 19, n.1, p. 233-254, 2008.

ASTIN, J. A. Why Patients Use Alternative Medicine: Results of a National Study. **JAMA: Journal of the American Medical Association**, v. 279, n. 19, p.1548–1553. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.279.19.1548>

BARBIERI, V. **A experiência materna de mulheres brasileiras, francesas e magrebina e o desenvolvimento do Self infantil**. 2015. Tese de livre docência, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

BARBOSA, M. A. **A utilização de terapias alternativas por enfermeiros brasileiros**. 1994. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1994.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde Soc.**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>

BECK, A. T. **Cognitive Therapy and Emotional Disorders**, New York: New American Library, 1976.

BERENSON, A. B. et al. Prevalence of food addiction among low-income reproductive-aged women. *Journal of Women's Health*, v. 24, n. 9, p. 740- 744, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.518>

BERG, K. C. et al. Negative affect prior to and following overeating-only, loss of control eating-only, and binge eating episodes in obese adults. **International Journal of Eating Disorders**, v. 48, n. 6, p. 641–653, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.22401>

BERG, R. Medicina, Freud e obesidade: diálogos multidisciplinares sob a perspectiva de Foucault. **Ágora (Rio J.)**, v. 14, n. 2, p. 183-196, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982011000200002>.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Rev. Nutr.**, v.18, n.1, p. 85-93, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000100008>

BIRCK, M. D. **Comer para preencher: uma compreensão psicológica do reganho de peso após a cirurgia bariátrica**. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura). Universidade de Brasília. Brasília. 2017.

BISHOP, F. L.; YARDLEY, L.; LEWIS, G. T. A Systematic Review of Beliefs Involved in the Use of Complementary and Alternative Medicine. **Journal of Health Psychology**. v. 12, n. 6, p. 851–867. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105307082447>.

BLOC, L. G. et al. Transtorno de compulsão alimentar: revisão sistemática da literatura. **Rev. Psicol. Saúde**, v. 11, n. 1, p. 3-17, 2019. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i1.617>

BONGERS, P. et al. Emotional eating and Pavlovian learning: does negative mood facilitate appetitive conditioning? **Appetite**, v. 89, p. 226–236. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.02.018>.

BOSI, M.L.M. A nutrição na concepção científica moderna: em busca de um novo paradigma. **Rev Nutr.**, v.7, n.1, p. 32-4, 1994.

BRAGA, V. A. S. et al. Atuação de enfermeiros voltada para a obesidade na Unidade Básica de Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 2, e20180404, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0404>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. DOI: doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

BRAUN, V.; CLARKE, V. (Mis) conceptualising themes, thematic analysis, and other problems with Fugard and Potts' sample-size tool for thematic analysis. **International Journal of Social Research Methodology**, v. 19, n. 6, p. 739-743, 2016. DOI: <http://doi.org/10.1080/13645579.2016.1195588>

BROWNELL, K.D. et al. Personal responsibility and obesity: a constructive approach to a controversial issue. **Health Aff (Millwood)**, v. 29, n. 3, p. 379-87, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0739>.

BRUGGE, F. A.; MAZUR, C. E.; CAVAGNARI, M. A. V. Associação entre diagnóstico de síndrome de ovários policísticos, estado nutricional e consumo alimentar em mulheres em idade fértil. **RBONE- Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v.11, n. 62, p.117-124, 2017. ISSN 1981- 9919

CÂMARA CASCUDO L. **História da alimentação no Brasil**. São Paulo: Global; 2004. 954 p.

CAMPANA, B. et al. Obesity and Food Addiction: Similarities to Drug Addiction. **Obesity Medicine**, v. 16, p. 100- 136. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2019.100136>

CANESQUI, A.M. **Comentários sobre os estudos antro-pológicos da alimentação**. In: CANESQUI, A.M, GARCIA, R.W.D. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. Unidade 1.

CAPITÃO, C. G.; TELLO, R. R. Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, v. 2, n. 2, 2004.

CASSOTTI, L. et al. Consumo de Alimentos e Nutrição: dificuldades práticas e teóricas. **Revista Cadernos de Debate Unicamp**, v. 6, p. 26-39, 1998.

CASTRO, I. R. R. Obesidade: urge fazer avançar políticas públicas para sua prevenção e controle. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 7, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100017>

CEPEDA-BENITO, A. et al. The development and validation of the State and Trait Food-Craving Questionnaires. **Behav Ther**, v. 31, n. 1, p. 151-173, 2000.

CHAO, A. M.; GRILO, C. M.; SINHA, R. Food cravings, binge eating, and eating disorder psychopathology: exploring the moderating roles of gender and race. **Eat Behav.**, v. 21, p. 41-47. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.007>.

CHRISTENSEN, L., PETTIJOHN, L. Mood and carbohydrate cravings. **Appetite**. v. 36, n. 2, p. 137-145, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1006/appe.2001.0390>.

CILIFTON, P. Assessing the evidence for weight loss strategies in people with and without type 2 diabetes. **World Journal of Diabetes.**, v. 8, n.10, p. 440-454, 2017. DOI: <https://doi.org/10.4239/wjd.v8.i10.440>

- COGAN, G. C. **Re-evaluating the weight-centered approach toward health: the need for a paradigm shift.** In: Sobal J, Maurer D. Interpreting Weight: the social management of fatness and thinness. New York: Aldine de Gruyter; 1999. p. 229-253.
- COSTA, R. de C. et al. Social repercussions on the food habit of obese individuals. **Estud. psicol.**, v. 29, n. 4, p. 509-518, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000400006>.
- CUEVAS, C. et al. Understanding the food-family relationship: A qualitative research in a Chilean low socioeconomic context. **Appetite**, v. 156, n. 10, p. 48- 52. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104852>
- CURRY, K. R.; JAFFE, A. **Nutrition Counseling & Communication Skills.** Philadelphia: WB Saunders Company, 1998.
- DALLMAN, M.F. et al. Chronic stress and obesity: a new view of comfort food. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v.100, n.20, p. 11696–11701, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.1934666100>
- DAMATTA R. O que faz o Brasil, Brasil? Rio de Janeiro: Rocco; 2001. 126 p.
- DANTAS, R. R.; SILVA, G. A. P. O papel do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar infantil. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 363-371, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;3;00005>
- DAVIS, C. et al. Evidence that 'food addiction' is a valid phenotype of obesity. **Appetite**, v. 57, n. 3, p. 711-7, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.08.017>
- DAVIS, R. B.; TURNER, L. W. A Review of Current Weight Management: Research and Recommendations. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 13, n.1, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2001.tb00210.x>
- DAVIDSON, M. H. et al. Weight control and risk factor reduction in obese subjects treated for 2 years with orlistat: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 281, p. 235-42, 1999.
- DELORMIER, T.; FROHLICH, K.L.; POTVIN, L. Food and eating as social practice: understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. **Sociology of Health & Illness**, v. 31, n. 2, p. 215-228, 2009.
- DEMETRIO, F. et al. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Rev. Nutr.**, v. 24, n. 5, p. 743-763, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000500008>.
- DEVINE, C.M. et al. Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low- and moderate-income urban households. **Soc Sci Med.**, v. 56, n. 3, p. 617-630, 2003.
- DIEZ-GARCIA, R. W. et al. Ambulatório de Nutrição. Cap. 28. In: KOOGAN, G. (Ed.). **Mudanças Alimentares e Educação Nutricional**, 2 ed. 2017.

DIEZ-GARCIA, R. W. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev. Nutr.**, v. 16, n. 4, p.483-492, 2003.

DUARTE, A. N.; QUEIROZ, E. Contributions of the biopsychosocial model to adherence to treatment in obesity. **Comun. Ciências Saúde**, v. 25, n.3/4, p. 263-274, 2014.

EISENBERG, D. M. et al. Unconventional medicine in the United States: prevalence, costs, and patterns of use. **N Engl J Med.**, v. 328, n. 4, p. 246–52, 1993. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM199301283280406>.

ELDALO, A. S. et al. Use of Herbal Medicines in the Treatment of Obesity in Taif, Saudi Arabia. **Saudi journal of medicine & medical sciences**, v. 5, n. 2, p.149–154, 2017. DOI: <https://doi.org/10.4103/1658-631X.204862>

ELLISTON, K. G. et al. Situational cues and momentary food environment predict everyday eating behavior in adults with overweight and obesity. **Health Psychology**, v. 36, n. 4, p. 337–345, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1037/hea0000439>

ERNST, E. Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, v.78, n. 2, 2000. DOI: <https://10.1590/S0042-96862000000200015>

ESPINDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.**, v. 28, n. 3, p. 265-275, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082006000300006>.

ESTEGHAMATI, A. et al. Complementary and Alternative Medicine for the Treatment of Obesity: A Critical Review. **Int J Endocrinol Metab.**, v. 13, n. 2, p. e19678., 2015. DOI: <https://doi.org/10.5812/ijem.19678>.

EVANS, M.; STRAUS, S. Ripe for Study: Complementary and Alternative Treatments for Obesity. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, v. 41, n.1, p. 35–37, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1080/20014091091698>.

FAGHFOORI, Z. et al. Nutritional management in women with polycystic ovary syndrome: a review study. **Diabetes Metab Syndr.**, v. S1871-4021, n. 17, p. 30011-5, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2017.03.030>.

FERNANDES, J. B. F. et al. Obesidade e alteração da estrutura arterial em mulheres jovens com síndrome dos ovários micropolicísticos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 7, p. 342-348, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000700004>

FERREIRA, A. M. C. Culpa e angústia em Heidegger. **Cogito**, v. 4, p. 75-79, 2002.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e Promoção da Saúde: perspectivas atuais. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 7, p. 1674-81, 2007.

FISCHLER C. Commensality, society and culture. **Social Science Information - 50th anniversary**, v. 50, n. 3-4, p. 528-548, 2011.

FISCHLER, C. **Obeso Benigno, Obeso Maligno**. In: SANT'ANNA, D. B. organizador. *Políticas do Corpo: Elementos para uma história das práticas corporais*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

FISCHLER, C. **L'Homnivore**, Paris: Odile Jacob, 2001.

FISCHLER, C. in GOLDENBERG, M. A comida como objeto de pesquisa: uma entrevista com Claude Fischler. **Psicol. clin.**, v. 23, n. 1, p. 223 – 242, 2011.

FREIRE, D. S.; ANDRADA, B. C. C. A violência do/no corpo excessivo dos transtornos alimentares. **Cadernos de Psicanálise**, v.34, n. 26, p. 27-36, 2012.

FREITAS, M.C.S et al. **Uma leitura humanista da nutrição**. In: FREITAS, M.C.S; FONTES, G.A.V.; OLIVEIRA, N. *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura*. Salvador: EDUFBA; 2008. Unidade 11.

FREITAS, M.C.S; MINAYO, M.C.S.; FONTES, G.A.V. Sobre o campo da alimentação e nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n.1, p. 31-8, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100008>.

FUGUEIREDO, A.T.T. et al. Perceptions and professional health care practices on obesity in the health family strategy. **Revista de Atenção à Saúde**, v.18, n. 64, p. 85-100, 2020. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n64.6274>

FULTON, S. Appetite and reward. **Frontiers in Neuroendocrinology**., v. 31, p. 85-103, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2009.10.003>.

FUNNELL, M. M. et al. Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. **Diabetes Educ.**, v. 17, n. 1, p. 37–41, 1991. DOI: <https://doi.org/10.1177/014572179101700108>.

FUSCO, S. F. B. **Efetividade da terapia floral na ansiedade de adultos com sobrepeso ou obesidade: ensaio clínico randomizado e controlado**. Tese de doutorado Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Botucatu, 2018.

GARCIA, R. W. D. Eating practices and behavior in the urban environment: a study in downtown São Paulo. **Cad. Saúde Públ.**, v. 13, n.3, p. 455-467. 1997

GARD, M.; WRIGHT, J. **The Obesity Epidemic: Science, Morality and Ideology**. London: Routledge, 2007.

GARIEPY, G.; NITKA, D.; SCHMITZ, N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. **Int J Obes, Londres**, v. 34, p. 407–419, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.252>

GARUZI, M. et al. User embracement in the Family Health Strategy in Brazil: an integrative review. **Pan American Journal of Public Health**, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GEARHARDT, A. N.; CORBIN, W. R.; BROWNELL, K. D. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. **Appetite**, v. 52, p. 430 – 436, 2009. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2008.12.003>

GEARHARDT, A. N. et al. An examination of food addiction in a racially diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. **Comprehensive Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 500-505, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.12.009>

GELINAS, B. L. et al. Problematic eating behaviors among bariatric surgical candidates: a psychometric investigation and factor analytic approach. **Eat Behav.**, v. 16, p. 34-39, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.018>

GIBSON, C.H. A concept analysis of empowerment. **J Adv Nurs**. v. 16, n. 3, p. 354-361. 1991. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>

GOLDSTEIN, M. S. The growing acceptance of complementary and alternative medicine. In: Bird CE, Conrad P, Fremont AM, editors. Handbook of medical sociology. New Jersey: Prentice Hall; 2000. p. 284–95.)- SARSINA, 2011

GONCALVES MICALI, F. et al. Weight and body composition variations in overweight women along outpatient nutritional treatment. **Nutr. Hosp.**, v. 29, n. 3, p. 526-530, 2014.

GORDON, E.L. et al. What Is the Evidence for "Food Addiction?" A Systematic Review. **Nutrients**., v.12;10, n. 4, p. 477, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu10040477>.

GRACIA-ARNAIZ, M. La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. **Rev. Nutr.**, v. 22, n. 1, p. 5-18, 2009.

GRANDONE, A. et al. New treatment modalities for obesity. **Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 32, n. 4, p. 535-549, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beem.2018.06.007>

HALL, K. D.; KAHAN, S. Maintenance of Lost Weight and Long -Term Management of Obesity. **Med Clin North Am**. v.102, n. 1, p.183-197, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.08.012>.

HARDY, R. et al. (2018). Food addiction and substance addiction in women: Common clinical characteristics. **Appetite**, v. 120, p. 367–373, 2018.DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.09.026>

HASANI-RANJBAR, S. et al. A systematic review of the efficacy and safety of herbal medicines used in the treatment of obesity. **World Journal of Gastroenterology**, v.15, n. 25, p. 3073, 2009. DOI: <https://doi.org/10.3748/wjg.15.3073>

HILL, A. J. The psychology of food craving. **The Proceedings of the Nutrition Society**, v. 66, n. 2, p. 277-85, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0029665107005502>

HO, D.V. et al. Use of and interests in complementary and alternative medicine by Hispanic patients of a community health center. **J Am Board Fam Med.** v. 28, n. 2, p. 175-83, 2015. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2015.02.140210>.

JABS, J.; DEVINE, C. M. Time scarcity and food choices: an overview. **Appetite**, v. 47, n. 2, p. 196-204, 2006. ISSN 0195-6663.

JAPUR, C. C. et al. Imbalance Between Postprandial Ghrelin and Insulin Responses to an Ad Libitum Meal in Obese Women With Polycystic Ovary Syndrome. **Reproductive sciences (Thousand Oaks, Calif.)**, v. 21, n. 8, p.1020–1026, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1177/1933719114522521>

JAPUR, C.C. et al. Insulin, ghrelin and early return of hunger in women with obesity and polycystic ovary syndrome. **Physiol Behav.**, v. 206, p. 252-258, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.physbeh>

JEANES, Y. M. et al. Binge eating behaviours and food cravings in women with Polycystic Ovary Syndrome. **Appetite**, v. 109, p. 24-32, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.010>

JENSEN, M. D. et al. Guidelines (2013) for managing over- weight and obesity in adults. **Obesity**, v. 22, (S2) p.1–410, 2014.

JENSEN, M. D. et al. AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines and The Obesity Society. **J Am Coll Cardiol.**, v. 63, (25 Pt B), p. 2985–3023, 2014.

JOFFE, H.; STAERKLÉ, C. The Centrality of the Self-Control Ethos in Western Aspersions Regarding Outgroups: A Social Representational Approach to Stereotype Content. **Culture & Psychology**, v. 13, n. 4, p. 395-418, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1177/1354067X07082750>

KAHTALIAN, A. Obesidade: Um desafio. Em J. Mello Filho (Org.), **Psicossomática hoje**, p. 273-278. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.

KLEINERT, S.; HORTON, R. Obesity needs to be put into a much wider context. **The Lancet**, v. 393, n. 10173, p. 724-726, 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33192-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33192-1)

KRALIK, D. et al. The meaning of self-care for people with chronic illness. **J. of nursing and healthcare of chronic illness**. v. 2, p. 197- 204, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1752-9824.2010.01056.x>

KUSHNER, R. F. Weight Loss Strategies for Treatment of Obesity. **Progress in Cardiovascular Diseases**. v 56, n. 4, p. 465-472, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.09.005>

LADDU, D. et al. A review of evidence-based strategies to treat obesity in adults. **Nutr Clin Pract.**, v. 26, n. 5, p. 512-25, 2011. DOI: doi.org/10.1177/0884533611418335.

LANOYE, A.; GORIN, A.A.; LAROSE, J.G. Young Adults' Attitudes and Perceptions of Obesity and Weight Management: Implications for Treatment Development. **Current Obesity Reports.**, v. 5, n. 1, p. 14-22, 2016. DOI: [https:// doi.org/10.1007/s13679-016-0188-9](https://doi.org/10.1007/s13679-016-0188-9).

LEÃO, J. M. et al. Motivational stages to behavioral change in beginners of weight loss treatment. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 64, n. 2, p. 107-114, 2015.

LEE, P.C.; DIXON, J.B. Food for Thought: Reward Mechanisms and Hedonic Overeating in Obesity. **Curr Obes Rep**, n. 6, p. 353–361, 2017. DOI: [https:// doi.org/10.1007/s13679-017-0280-9](https://doi.org/10.1007/s13679-017-0280-9)

LEEHR, E. J. et al. K. E. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity - a systematic review. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 49, p.125–134. 2015. DOI: [https:// doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.008](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.008)

LÉVI-STRAUSS, C. **O cru e o cozido. Mitológicas**. V. 1. São Paulo: Cosac & Naify. 2004.

LISSNER, L. et al. Variability of body weight and health outcomes in the Framingham population. **N Engl J Med.**, v. 324, n. 26, p. 1839-1844, 1991.

LIU, J.P. et al. Chinese herbal medicines for type 2 diabetes mellitus. **Cochrane Database Syst Rev.**, n.3, p. CD003642, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003642.pub2>. PMID: 15266492.

LOUZADA, M. L. D. C. et al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2015. ISSN 0034-8910.

LUPTON, D. **Food, Body and the Self**. London: Sage Publications, 1996.

MACEDO, D. M.; DIEZ-GARCIA, R.W. Sweet craving and ghrelin and leptin levels in women during stress. *Appetite*, v. 8-, p.264-210, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.05.031>.

MASHEB, R.M., GRILO, C.M. Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. **Int J Eat Disord.**, v.39, p.141-146, 2006.

MELO, A. S. et al. Mulheres com síndrome dos ovários policísticos apresentam maior frequência de síndrome metabólica independentemente do índice de massa corpóreo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 34, n. 1, p. 4-10, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000100002>.

MELO, S.C.C. et al. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. **Rev. bras. Enferm.**, v. 66, n. 6, p. 840-846, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000600005>.

MEULE, A.; HERMANN, T.; KÜBLER, A. Food addiction in overweight and obese adolescents seeking weight-loss treatment. **Eur Eat Disord Rev**, v. 23, n. 3, p. 193-8, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.2355>.

MIKOLAJCZYK, R.T., ANSARI, W.E., MAXWELL, A.E. Food consumption frequency and perceived stress and depressive symptoms among students in three European countries. **Nutrition Journal**, v. 8, p.1-8, 2009.

MILLS S, W. M. et al. Health and social determinants and outcomes of home cooking: A systematic review of observational studies. **Appetite**, v. 111, p. 116-134, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008, p.197-198. 2014.

MONTEIRO, C. A. et al. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Rev Saúde Pública**; v. 34, n. 3, p. 251-8, 2000.

MONSIVAIS, P.; AGGARWAL, A.; DREWNOWSKI, A. Time spent on home food preparation and indicators of healthy eating. **American Journal of Preventive**, v. 47, n. 6, p. 796-802, 2014. ISSN 1873-2607

MONTEIRO, C. A. et al. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 14, n. 1, p. 5-13, 2011. ISSN 1475-2727

MOUTINHO, A. E. **Representações sociais na manutenção do peso corporal: o quê e quem o discurso revela**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. 2003.

NEVES, M. A. Anotações sobre trabalho e gênero. **Cadernos de Pesquisa**, v. 43, n. 149, p. 404-421, 2013. ISSN 1980-5314.

NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE HEALTH (NCCIH). **Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?** 2018. Disponível em: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>. Acesso em: 10 ago. 2019.

NG, J. Y. et al. Making sense of “alternative”, “complementary”, “unconventional” and “integrative” medicine: exploring the terms and meanings through a textual analysis. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 16, n. 134, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1111-3>

OGDEN, J. **The psychology of eating**: From healthy to disordered behavior. United Kingdom: Blackwell Publishing. 2010. ISBN: 978-1-405-19120-3, p. 392.

OHSIEK, S. Psychological factors influencing weight loss maintenance: an integrative literature review. **J Am Acad Nurse Pract**, v. 23, n. 11, p. 592-601, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00647.x>.

OLIVEIRA, A. P. S. V.; RIBEIRO, M. A. Marital and family factors that hinder the weight loss in obese women. **Saúde e Transformação Social**, v. 4, n. 3, p. 65-74, 2013.

OLIVEIRA, M.S.S.; SANTOS, L. A. S. Dietary guidelines for Brazilian population: an analysis from the cultural and social dimensions of food. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2519-2528, 2020.

OLIVEIRA, M.S.S.; AMPARO-SANTOS, L.; SCAGLIUSI, F.B. A abordagem da culinária no guia alimentar para a população brasileira. **XII Reunión de Antropología del Mercosur**. 2017. Posadas, Misiones Argentina: RAM; 2017.

OLIVEIRA, M. P. Y. M. **Avaliação da prevalência e das características da síndrome dos ovários policísticos em adolescentes obesas**. Dissertação de Mestrado (Programa de Pediatria) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.

ROBERTI DI SARSINA, P.; ISEPPATO, I. Traditional and non-conventional medicines: the socio-anthropological and bioethical paradigms for person-centred medicine, the Italian context. **EPMA Journal**, v. 2, p.439-449, 2011. DOI: [https:// doi.org/10.1007/s13167-011-0104-z](https://doi.org/10.1007/s13167-011-0104-z).

PEDRAM, P. et al. Food addiction: Its prevalence and significant association with obesity in the general population. **PLoS One**, v. 8, n. 9, e74832, 2013.

PENAFORTE, F. R. O. et al. Anxiety symptoms and emotional eating are independently associated with sweet craving in young adults. **Psychiatry Research**. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.070>

PENAFORTE, F. R. et al. Upper trunk fat assessment and its relationship with metabolic and biochemical variables and body fat in polycystic ovary syndrome. **Journal of human nutrition and dietetics: the official journal of the British Dietetic Association**, v. 24, n. 1, p. 39–46, 2011. DOI: [https:// doi.org/10.1111/j.1365-277X.2010.01130.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2010.01130.x)

PENAFORTE, F. R. O., MATTA, N.C., JAPUR, C.C. Associação entre estresse e comportamento alimentar em estudantes universitários. **Demetra**, v.1, n. 1, p. 225-37, 2016. DOI: 10.12957/demetra.2016.18592

PLINER, P.; BELL, R. A table for one: the pain and pleasure of eating alone. In: Meinselman, H.L., editor. Meals in science and practice: interdisciplinary research and business applications. Cambridge: CRC Press e whoodhead, p. 169-189, 2009.

POULAIN, J. **Sociologia da Obesidade**. Tradução Cecília Prado, São Paulo: SENAC. São Paulo, 2013.

POULAIN, J. P. **Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar**. Florianópolis: Ed. UFSC; 2013. 285 p.

PREEDY, V.R.; WATSON, R.R.; MARTIN, C.R. **Handbook of Behavior, Food and Nutrition**. Springer, Heidelberg, 2011.

PREMOLI, A. C. G. et al. Perfil Lipídico em Pacientes Portadoras da Síndrome dos Ovários Policísticos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 22, n. 2, p. 89-94, 2000.

RACINE, S. E.; HORVATH, S. A. Emotion dysregulation across the spectrum of

pathological eating: Comparisons among women with binge eating, overeating, and loss of control eating. **Eating Disorders**, v. 26, n. 1, p. 13-25, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418381>

RALSTON, J. et al. Time for a new obesity narrative. **The Lancet**, v.392, n.10156, p.1384-1386, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32537-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32537-6)

RAPPAPORT, J.; Swift, C.; Hess, R. eds. **Studies in empowerment: steps toward understanding and action**. New York: Haworth, 1984.

RAZZOLI, M. et al. Stress, overeating, and obesity: Insights from human studies and preclinical models. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v.76, p. 154–162, 2017.

RODRIGUES, E.M.; BOOG, M.C.F. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 923-31, 2006.

ROBERTI di SARSINA, P.; ISEPPATO, I. Traditional and non-conventional medicines: the socio-anthropological and bioethical paradigms for person-centred medicine, the Italian context. **EPMA Journal**, v. 2, p. 439–449, 2011. DOI: doi.org/10.1007/s13167-011-0104-z

ROBERTO, C. A. et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. **The Lancet**, v. 385, n. 9985, p. 2400-2409, 2015. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61744-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61744-X)

ROBINSON, A. et al. Child obesity prevention in primary health care: investigating practice nurse roles, attitudes and current practices. **J Paediatr Child Health**, v. 49, n. 4, p. 2949, 2013.

RODRIGUES, de O. P. F. et al. Metabolic and nutritional interfaces in polycystic ovary syndrome: considerations regarding obesity and dietary macronutrients. **Rev. chil. nutr.**, v. 36, n. 3, p. 278-284, 2009.

RODRIGUES, de O. P. F. et al. The use of body circumferences for the prediction of intra-abdominal fat in obese women with polycystic ovary syndrome. **Nutricion hospitalaria**, v. 27, n. 5, p.1662–1666, 2012. DOI: <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.5.5933>

ROEFS, A. et al. Food craving in daily life: comparison of overweight and normal-weight participants with ecological momentary assessment. **J Hum Nutr Diet.**, v. 32, p. 765–774, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/jhn.12693>

ROJAS-JARA, C. et al. Food addiction: a review of the concept, its characteristics and measurement. Cuadernos de Neuropsicología / **Panamerican Journal of Neuropsychology Chile.**, v. 14, n. 1, p. 142- 151, 2020. DOI: [10.7714/CNPS/14.1.214](https://doi.org/10.7714/CNPS/14.1.214).

ROMANO, L. G. M. et al. Anormalidades metabólicas em mulheres com síndrome dos ovários policísticos: obesas e não obesas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 33, n. 6, p. 310-316, 2011.

RUAN, Z. et al. Auricular acupuncture for obesity: a systematic review and meta-analysis. **Int J Clin Exp Med**, v. 9, n. 2, p.1772-1779, 2016.DOI: <https://doi.org/10.1155/2017/3080547>

RUBINO, D.M. **Biopsychosocial Modifiers of Obesity**. In: Gonzalez-Campoy J., Hurley D., Garvey W. (eds) *Bariatric Endocrinology*. Springer, Cham. 2019.

RUBINO, F. et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nat Med**, v. 26, p. 485–497, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>

RYAN, D. H. Guidelines for Obesity Management. **Endocrinol Metab Clin N Am.**, v. 45, n.3, p. 501–510, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ec1.2016.04.003>

RZEHAKE, P. Weight change, weight cycling and mortality in the ERFORT Male Cohort Study. **Eur J Epidemiol.**, v. 22, p. 665– 673, 2007.

SANTOS, L.A.S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev Nutr.**, v. 18, n. 5, p. 681-92, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000500011>.

SANTOS, L. A. S. **O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo**. Salvador: EDUFBA, 2008, 330 p. ISBN 978-85-232-1170-7.

SANTOS, L.A.S et al. Projeto pedagógico do programa de graduação em nutrição da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia: uma proposta em construção. **Rev Nutr.** 2005; v.18, n.1, p. 105-17, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000100010>.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995.

SCHULTE, E.M.; POTENZA, M.N.; GEARHARDT, A.N. A commentary on the "eating addiction" versus "food addiction" perspectives on addictive-like food consumption. **Appetite.**, v. 1; n. 115, p. 9-15. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.033>.

SET, T.; CAYIR, Y.; PIRIM, A. B. G. Effects of ear acupuncture therapy for obesity on the depression of obese women. **Acupuncture In Medicine**, [s.l.], v. 32, n. 5, p.427-429, 2014.

SHAH, R. Food & Identity: Food studies, cultural & personal identity, 2018. DOI: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.26973.05608>.

SHARPE, P. A. et al. Use of complementary and alternative medicine for weight control in the United States. **J Altern Complement Med.**, v.13, n. 2, p. 217–22, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1089/acm.2006.6129>.

SHEHADEH M; SUAIFAN G; ABU-ODEH A; DARWISH R. Complementary and alternative medicine use for weight management among females in Jordan; a community-based survey. **East Mediterr Health J.**, v. 26, n. 4, p. 443- 452, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26719/emhj.19.098>

SHIRAISHI, T. et al. Effects of Bilateral Auricular Acupuncture Stimulation on Body Weight in Healthy Volunteers and Mildly Obese Patients. **Exp Biol Med.**, p. 228, p. 1201–1207, 2003.

SKELTON, J. A. et al. Attrition and family participation in obesity treatment programs: clinicians' perceptions. **Academic pediatrics**, v. 12, n. 5, p. 420-428, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.05.001>

SILVA, B. L.; CANTISANI, J. R. Interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição: um debate necessário. **Demetra**, v. 13, n. 2, p. 363-380, 2018.

SOBAL, J.; MAURER, D. **Interpreting Weight: The Social Management of Fatness and Thinness**. New York: Aldine de Gruyter, 1999, 264 p. ISBN-13: 978-0202305776- ISBN-10: 0202305775

SOBAL, J.; MAURER, D. **Weight Issues: fatness and Thinness as Social Problems**. New York: Aldine de Gruyter, 1999, 260 p.- ISBN 0202305791, 9780202305790

SOBAL, J.; NELSON, M.K. Commensal eating patterns: a community study. **Appetite**, v. 41, n. 2, p. 181-190, 2003.

SPADACIO, C. et al. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 7-13, 2010.

STEVENSON, B. L. et al. **Emotions before and after loss of control eating. Eating Disorders**, p. 1–18, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1453634>

STEYER, T. E.; ABLES, A. Complementary and Alternative Therapies for Weight Loss. **Primary Care: Clinics in Office Practice.**, v. 36, n. 2, p. 395-406, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2009.01.011>

STUNKARD, A.J. Eating patterns and obesity. **Psych Quar**, v. 33, p. 284–295, 1959. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01575455>

STRUZZO, P. et al. Individual empowerment in overweight and obese patients: a study protocol. **BMJ Open**, v. 3, n. 5, 2013. DOI: doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002669

SUNJKA, M.L.; PEJCIC, A.; JAKOVLJEVIC, M..Utilization patterns of complementary and alternative medicine in Australia, Canada and United States: popularity of dietary supplements, mind- body and manipulative therapies. **Health economics and therapeutic pathways**, v. 18, n. 1 p. 15-20, 2017. DOI: doi.org/10.7175/fev18i1.1304

SUZUKI, W., et al. Associations between family factors and body weight gain from 20 years old. **BMC Women's Health**, v. 19, n. 33, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0719-0>

SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: The development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental

interventions for obesity. **Preventive Medicine**, v. 29, n. 6 Pt 1, p. 563-570, 1999. DOI: doi.org/10.1006/pmed.1999.0585

SWINBRUN, B. A. et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. **Lancet**, v. 378, n. 9793, p. 804–814. 2011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60813-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60813-1).

SWINBURN, B. A. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **Lancet**, v. 393, n.10173, p.791-846. 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)

THOMSON P. et al. Why people seek complementary and alternative medicine before conventional medical treatment: A population based study. **Complement Ther Clin Pract.**, v. 20, n. 4, p. 339-46. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2014.07.008>.

TOMPKINS, L.; LAURENT, J.; BROCK, W. Food addiction: a barrier for effective weight management for obese adolescents. **Childhood Obesity**, v. 13, n. 6, p. 462-469, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1089/chi.2017.0003>

TORAL, N.; CONTI, M. A.; SLATER, B. Healthy eating according to teenagers: perceptions, barriers, and expected characteristics of teaching materials. **Cadernos De Saude Publica**, v. 25, n. 11, p. 2386-2394, 2009. ISSN 0102-311X.

TSAI, A. G. et al. Treatment of Obesity in Primary Care. **Med Clin N Am.**, v. 102, p. 35–47, 2017. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2017.08.005>

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Rev. de Saúde Pública**, v. 39, n.3, p. 507-514, 2005. DOI: doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025.

van den AKKER, K. et al. Impulsivity makes more susceptible to overeating after contextual appetitive conditioning. **Appetite**, v. 70, p.73-80, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.06.092>.

van STRIEN, T.; HERMAN, C. P.; VERHEIJDEN, M. W. Dietary restraint and body mass change. A 3-year follow up study in a representative Dutch sample. **Appetite**, v. 76, p. 44-49, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.015>.

VIANNA, M. V. **Compulsão alimentar & cirurgia bariátrica: aspectos da fome que o bisturi não alcança** – 2018. 186 f.; 30 cm Tese (doutorado)– Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

VIEIRA, C. M.; TURATO, E. R. Percepções de pacientes sobre alimentação no seu processo de adoecimento crônico por síndrome metabólica: um estudo qualitativo. **Rev. Nutr.**, v. 23, n. 3, p. 425-432, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732010000300010>.

VINCENT, C.; FURNHAM, A.; WILLSMORE, M. The perceived efficacy of complementary and orthodox medicine in complementary and general practice patients. **Health Education Research**, v. 10, n. 4, p. 395–405. 1995. DOI: doi.org/10.1093/her/10.4.395-a

WEINGARTEN, H. P.; ELSTON, D. The phenomenology of food cravings. **Appetite**, v. 15, n. 3, p.231-246, 1990. DOI: [https://doi.org/10.1016/0195-6663\(90\)90023-2](https://doi.org/10.1016/0195-6663(90)90023-2)

WEINGARTEN, H.P.; ELSTON, D. Food cravings in a college population. **Appetite**. v. 17, n. 3, p. 167-175. 1991. DOI: [https://doi.org/10.1016/0195-6663\(91\)90019-o](https://doi.org/10.1016/0195-6663(91)90019-o)

WHARTON, S. et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. **CMAJ.**, v. 192, p.875-891. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.191707>

WILCOX, S. et al. Socioeconomic factors associated with diet quality and meeting dietary guidelines in disadvantaged neighborhoods in the Southeast United States. **Ethnicity and Health**, p. 1–17, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/13557858.2018.1493434>.Socioeconomic.

WISS, D. A.; AVENA, N.; RADA, P. Sugar Addiction: From Evolution to Revolution. **Frontiers in Psychiatry**. v. 9, n. 545, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00545>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report Obesity: Preventing and managing the global epidemic**. Geneva: WHO Technical Report Series 894. [Internet]. 2000. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diet, nutrition and prevention of chronic diseases**. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, 916. Geneva: 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health**. 2004. Disponível em: https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight**. Fact sheet no 331. [Internet] 2017. Disponível em: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).

WORSLEY, A. et al. Family Food Providers' Perceptions of the Causes of Obesity and Effectiveness of Weight Control Strategies in Five Countries in the Asia Pacific Region: A Cross-Sectional Survey. **Nutrients**, v. 9, n. 1, p. 78, 2017. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu9010078>

WOORTMANN, K. **A comida, a família e a construção de gênero**. Brasília: UNB; 1985. 43 p. Série Antropologia.

WU, Y. K.; BERRY, D.C. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. **J Adv Nurs.**, v. 74, n.5, p.1030-1042. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.13511>

YACCOUB, H. A chamada "nova classe média": cultura material, inclusão e distinção social. **Horizontes Antropológicos**, v. 17 n. 36, p. 197-231, 2011. ISSN 0104-7183.

YATES-DOERR, E. **The weight of Obesity**. California: University of California Press, 2015.

YEN, J.Y. et al. The high-sweet-fat food craving among women with premenstrual dysphoric disorder: emotional response, implicit attitude and rewards sensitivity.

Psychoneuroendocrinology, v. 35, n. 8, p.1203-12, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.02.006>

ZELLNER, D.A. et al. Food selection changes under stress. **Physiology & Behavior**, v. 87, n. 4, p. 789-793, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2006.01.014>

ZOU, Z. et al. Definition of Substance and Non-substance Addiction. **Adv Exp Med Biol.**, v. 1010, p. 21-41, 2017. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1_2.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Experiências com estratégias não convencionais no tratamento nutricional da obesidade”, conduzida por Gabriela de Souza Nalle, nutricionista e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Metabolismo da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), sob orientação da Prof.a Dra. Rosa Wanda Diez Garcia.

O presente estudo tem por finalidade conhecer como mulheres em tratamento alimentar e nutricional ambulatorial interpretam e incorporam o tratamento e as estratégias não convencionais.

Para este estudo iremos realizar uma entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro previamente elaborado, de acordo com os objetivos do estudo, e composto por questões abertas, a partir das quais o entrevistador guia o entrevistado no relato de seus depoimentos pessoais e será coletado algumas variáveis de interesse para a caracterização das participantes durante a entrevista, com duração aproximada de 60 minutos em uma sala do Ambulatório de Nutrição da Endocrinologia Ginecológica (ANECG) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Sua participação é voluntária e você não é obrigada a participar deste estudo, tendo o direito de sair da pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe cause qualquer prejuízo. Você poderá fazer qualquer pergunta de esclarecimento acerca do estudo e da sua participação nele, e se tiver alguma dúvida, a mesma será esclarecida no decorrer do trabalho.

Se você permitir, as entrevistas serão gravadas em áudio para facilitar o processo de registro e posterior análise dos dados coletados, sendo que apenas eu ouvirei o conteúdo. O material em áudio será guardado durante o período da pesquisa e, ao fim desta, será excluído.

*Rubrica: _____
Participante
Pesquisador

Com relação à previsão de riscos físicos ou psicológicos, existe a possibilidade de você se emocionar durante a entrevista. Caso isso ocorra a pesquisadora oferecerá todo o apoio e acolhimento necessário para as participantes.

Em termos de benefícios esperados para o presente estudo, esse poderá oferecer recursos para o desenvolvimento de formas de atendimento nutricional mais eficazes para o tratamento da obesidade.

Em qualquer momento, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

O principal investigador é a Gabriela de Souza Nalle, nutricionista, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Metabolismo que estará sob orientação da Profa. Dra. Rosa Wanda Diez Garcia, ambas da Universidade de São Paulo. Contato: 16-3315-3097.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (16) 3602-2228 das 8:00 às 17:00 horas.

Acrescentamos que, após a conclusão da pesquisa, comprometemo-nos a divulgar os resultados, assim como apresentá-los em seminários, congressos e eventos afins e reafirmamos que o seu anonimato será preservado e nem seu nome ou qualquer outro dado que a identifique será revelado.

Informamos que não há despesas pessoais para o participante realizar as entrevistas. Também não há compensação financeira à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador se compromete a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Desde já agradeço à colaboração e coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento que você necessite.

*Rubrica: _____

Participante

Pesquisador

Diante do exposto, declaro que estou ciente das informações recebidas e que concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa “Experiências com estratégias não convencionais no tratamento nutricional ambulatorial”, e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço, e que estou recebendo uma via desse Termo, o que me permitirá entrar em contato com os pesquisadores em algum outro momento, caso eu deseje ou sinta necessidade de obter novos esclarecimentos a respeito desse estudo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20____.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20____.

Nome do Pesquisador: Gabriela de Souza Nalle, Nutricionista- CRN - 49896, FMRP- USP.

Telefone: 16- 3315-3097.

Assinatura do Pesquisador:_____

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20____.

Nome do Pesquisador: Prof. Dra. Rosa Wanda Diez Garcia, Orientadora FMRP- USP.

Telefone: 16- 3315-3097.

Assinatura do Pesquisador:_____

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA**Roteiro de Entrevista**

“Experiências com estratégias não convencionais no tratamento nutricional da obesidade”

Dados para caracterização da amostra:

1.Nome: _____ Data da entrevista: ____/____/____

2.Número da consulta:

3.Data de nascimento: ____/____/____ Idade:

4. Estado civil:

5.Escolaridade:

6. Renda familiar:

7. Dados antropométricos:

Peso: _____ Altura: _____

IMC (kg/m^2): _____ Diagnóstico nutricional: _____

Roteiro de perguntas:

1. Me conte, como está sendo o tratamento?
2. O que mais te marcou no tratamento, me conte um pouco?
3. O que você achou de diferente nas consultas?
4. Aqui é uma consulta, mas, chegando em casa, com essa vida agitada, com as dificuldades que todo mundo tem no dia a dia, como fica tudo isso?