UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva
e pautada na abordagem “Health at Every Size[®]” nas
percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar.

Fernanda Sabatini

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do
Título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Nutrição em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Dr^a Fernanda Baeza Scagliusi.

São Paulo

2017

Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem “Health at Every Size[®]” nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar.

Fernanda Sabatini

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Nutrição em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Dr^a Fernanda Baeza Scagliusi.

Versão Corrigida

São Paulo

2017

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.

Catálogo da Publicação
Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Sabatini, Fernanda

- Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem "Health at Every Size®" nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar. / Fernanda Sabatini; orientadora Fernanda Baeza Scagliusi. -- São Paulo, 2017.
118 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.

1. Prazer. 2. Obesidade. 3. Health At Every Size®. 4. Intervenção não prescritiva. 5. Mulher. I. Baeza Scagliusi, Fernanda , orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres. Em especial, às mulheres voluntárias do estudo, as quais dedicaram tempo, amor e confiança. Vocês são o estudo. E também àquelas que demonstraram confiança e esperança em nosso trabalho, mas que por questões de critério de inclusão não puderam ser inscritas. Que os frutos dos conhecimentos aqui adquiridos alcancem proficuamente a vida de vocês.

Dedico também "Àquele que não se vê o rosto, mas que teus raios disparam em mil direções, que és o Além de tudo e o Aquém de tudo. Estás substancialmente presente em meu ser inteiro. Tu me comunicas a existência e a consistência, És a essência da minha existência" (Larrañaga, 1999)¹.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Fernanda Baeza Scagliusi. Obrigada por confiar em mim e abraçar este e cada estudo da equipe com dedicação, amor e rigor. A Ciência é melhor com você trabalhando por ela. A formação em Nutrição é mais promissora com você se dedicando à educação. E o mundo torna-se mais acolhedor com você lutando nele. Obrigada do fundo do meu coração.

A todas as mulheres que participaram deste estudo. Obrigada pela confiança destinada a mim e à equipe. Vocês são responsáveis pela construção de novos conhecimentos na Ciência.

Ao professor Ivan França Júnior e à professora Patrícia Constante Jaime por terem aceitado participar da banca de qualificação e terem realizado contribuições enriquecedoras. Obrigada também às professoras Sylvia Helena Baptista e Patrícia Constante Jaime e professor Marco Akerman por aceitarem fazer parte da banca de defesa. Fico muito grata em poder aprender com vocês.

À Equipe Saúde e Bem-Estar na Obesidade. Em especial ao Bruno Gualano, Mariana Dimitrov Ulian, Odilon J. Roble, Fabiana Benatti, Desire Coelho, Patrícia Campos-Ferraz, Ramiro Fernandes Unsain, Stefan Tanabe, Ana Jéssica, André Vessoni, Luiz Aburad, Isabel Cristina G. Perez, e Fernanda B. Scagliusi.

À Mariana Dimitrov Ulian. Pela sua competência que inspira. Obrigada pela amizade e parceria construídas, e por me ajudar a fazer parte deste grande projeto.

Ao Bruno Gualano, por seus direcionamentos e liderança eficazes, gentis e precisos.

Ao Ramiro Unsain. Sou muito grata pelos seus direcionamentos, paciência e atenção. Poder aprender com você é motivo de orgulho e muita gratidão.

Ao Odilon J. Roble. Muito obrigada pelo interesse neste estudo, pelo incentivo ao meu trabalho com suas sugestões e críticas gentis. Ouvir um pouco do seu conhecimento tornou-me ainda mais apaixonada pelo ser humano e pela nossa forma de estar no mundo.

À Isabel C. G. Perez pela parceria na condução da pesquisa. Obrigada também por sua amizade, almoços, café da manhã e aprendizados.

À Priscila de Moraes Sato, pela sua disposição e disponibilidade em ouvir, ajudar, sugerir e ensinar. Para mim, um exemplo de dedicação, precisão, competência e respeito.

À Rafaela Faria Lemos, Ana Carolina Poppe, Jhéssica Campos Victor, Felipe Gregorio e Victoria Kupper pela ajuda com a tabulação dos dados. Muito obrigada pela

parceria!

À minha mãe. Obrigada pelo teu Amor! Eu espelho-me em sua força, inteligência, competência e empatia para cada trabalho que realizo. Obrigada por lembrar-me que é no Amor e na bondade que se encontram nossa verdadeira paz. Eu Amo você!

Ao meu pai. Obrigada pela sua dedicação e Amor. Espelho-me em sua visão crítica, que me faz crescer enquanto pessoa e profissional. Obrigada também pela sua confiança que me alegra e estimula a melhorar. Eu amo você!

Aos meus avós. Fontes de Amor puro e incondicional. Sou grata por ter vocês comigo!

À toda minha família. Às minhas tias Márcia, Carla, Railda, Mônica, Nair, Lita pelos conselhos e confiança constantemente direcionados a mim! Às primas e primos Mariane, Cláudia, Lena, Nilson, Daniel. E, mais recentemente, a Carlos Eduardo. Pode ser que não tenham total consciência, mas vocês colaboraram com o carinho, com a atenção, com a senha do wi-fi, com a chave de uma sala silenciosa e isolada (Pascom), com a presença mesmo à distância, sugestões e, principalmente, com a confiança e torcida que me oferecem.

Aos funcionários das bibliotecas da Faculdade de Saúde Pública, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, Escola de Educação Física e Esporte da USP, Instituto de Psicologia da USP, Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP e biblioteca municipal Monteiro Lobato de São Bernardo do Campo. Obrigada pela dedicação e zelo pelo trabalho de vocês. É motivo de orgulho o acesso a tantas obras, as quais foram a base para a construção deste estudo.

A todos funcionários e funcionárias da pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública, em especial aos do departamento de Nutrição em Saúde Pública, da secretaria de Nutrição em Saúde Pública e do Laboratório Apoio à Pesquisa e Informática (LAPI), pela dedicação e apoio constantes.

Agradeço à minha formação na Universidade Federal de São Paulo, pela qual aprimorei o olhar crítico na atuação em Saúde.

À Capes, pela concessão de bolsa auxílio. À Fapesp, pelo financiamento do estudo (processo 2015/03878-8).

EPÍGRAGE

"[...] Meu corpo apaga a lembrança que eu tinha de minha mente. Inocula-me seu patos, me ataca, fere e condena por crimes não cometidos.

[...]

Outras vezes se diverte sem que eu saiba ou que deseje, e nesse prazer maligno, que suas células impregna, do meu mutismo escarnece.

[...]

Meu prazer mais refinado, não sou eu quem vai senti-lo. É ele por mim, rapace, e dá mastigados restos à minha fome absoluta. [...]."

(Andrade, 1984)²

RESUMO

Sabatini F. Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem “Health at Every Size[®]” nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2017. 118 p.

Introdução: Novas condutas terapêuticas e de prevenção frente à obesidade tornam-se objetos de estudo, entre elas a abordagem Health At Every Size[®] (HAES[®]). A abordagem HAES[®] aponta para o prazer em comer como crucial para a promoção de saúde e sustentabilidade no tratamento. A condenação cultural do prazer em paralelo à negligência do prazer no tratamento da obesidade forma um cenário de crítica, em que a mulher gorda é alvo de múltiplas desvantagens, entre elas a culpabilização do comer. Assumimos, para este estudo, a importância de aprofundar-se nas relações entre novas perspectivas no cuidado à mulher gorda e o estímulo ao prazer em comer. **Objetivos:** Investigar as percepções de mulheres gordas acerca do prazer em comer antes e após uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem do HAES[®]. **Métodos:** Estudo qualitativo a partir de um ensaio clínico randomizado controlado com seguimento de sete meses nos anos de 2015 e 2016. Incluiu 97 mulheres na condição de obesidade de 25 a 50 anos de idade, com índice de massa corporal entre 30 e 39,9Kg/m², sendo alocadas em dois grupos: Intervenção e Controle. Ao final do estudo, 39 mulheres concluíram no grupo Intervenção (62,90%) e 19 concluíram no Controle (54,28%). Para os dois grupos, as atividades tiveram como linha condutora a abordagem do HAES[®]. O grupo Intervenção trouxe uma proposta original, com oferta de atividade física 3 vezes na semana, acompanhamento nutricional individual e oferta de discussões no formato de cinco oficinas reflexivas. O grupo Controle baseou-se ao modelo tradicional de aplicação da abordagem HAES[®], com palestras expositivas bimestrais. A construção dos dados ocorreu a partir de grupos focais. Para análise das transcrições dos grupos, foi realizado o método de Análise de Conteúdo, sendo construídos temas pela técnica de Cutting e Sorting, os quais fundamentaram a argumentação teórica neste estudo. **Resultados:** Vinte e três temas sobre as percepções do prazer em comer das mulheres estudadas foram construídos. Após a intervenção, foram construídos de maneira significativa para o grupo Intervenção temas sobre maior autocontrole e reflexão sobre os próprios desejos; sensação de empoderamento para escolher o que e quando comer; aumento do prazer em comer acompanhada; aumento do prazer em comer comidas feitas por si própria; aumento dos

discursos sobre “comer sem culpa”; diminuição da sensação de não sentir prazer e ainda diminuição do comer por emoções como ansiedade. **Conclusão:** A nova intervenção proposta promoveu efeitos promissores na relação das mulheres com o prazer em comer, evidenciando a desculpabilização do prazer em comer e melhora de outros aspectos da prática alimentar, como a comensalidade. Percebemos que este efeito se deu sobretudo a partir do estímulo a um processo reflexivo sobre corpo, comida e saúde, ficando claro que o prazer em comer sem culpa é um desfecho necessário quando falamos da saúde da mulher gorda.

Palavras-chave: Prazer; Obesidade; Health At Every Size[®]; Intervenção não prescritiva; Mulher.

ABSTRACT

Sabatini F. Effects of a non-prescriptive and interdisciplinary intervention based on Health At Every Size approach in fat women perceptions about pleasure of eating [Master's thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2017. 118 p.

Introduction: New therapies and prevention practices directed to obesity become objects of study. The Health At Every Size[®] (HAES[®]) approach is one of them. The HAES[®] approach indicate the pleasure in eating as crucial for health promotion and sustainability of treatments. The cultural condemnation of pleasure and its disregard in the treatment of obesity created a critic scenario in which the fat woman is target of multiple disadvantages, such as blame for eating. We assume, for this study, the importance to deepen the relationship between new approaches to the care of fat woman and the encouragement of pleasure of eating. **Objectives:** To investigate fat women perceptions about the pleasure of eating, before and after an interdisciplinary, non-prescriptive and based on HAES[®] approach intervention. **Methods:** Qualitative study branch of a randomized controlled clinical trial, conducted over seven months in 2015 and 2016. It included 97 obese women, with 25 to 50 years old, with a body mass index between 30 and 39, 9 kg/m². The women were randomized to two groups: intervention and control. At the end, 39 women concluded in the Intervention Group (62.90%) and 19 in Control Group (54.28%). The two groups received activities based on HAES[®] approach. The Intervention Group, however, brought an original proposal, with physical activity 3 times a week, individual nutritional counseling and philosophical discussions in form of workshops. The Control Group received traditional model of HAES[®] approach application, with bimonthly expository lectures. The data construction occurred from Focus Groups. Analysis of the Focus Groups transcripts was conducted with Analysis of Content method, in which themes were built of Cutting and Sorting technique, and were used to theoretical arguments that substantiated this study. **Results:** Twenty-three themes about the perceptions of pleasure in eating of the studied women were built. After the intervention, more significantly for the Intervention Group, themes manifested greater self-control on the own desires; increased hunger and satiety response; sense of empowerment to choose what and when to eat; increase of the pleasure in eating accompanied; increase of the pleasure in eating food made by herself; increase of speeches about "eat without guilt"; decreased perception of not feeling pleasure and even decreased eating by emotions such as anxiety.

Conclusion: The new proposed intervention promoted positive effects on women's relationship with pleasure in eating, showing decrease of guilt on pleasure in eating and improvements of other aspects of the eating practices, such as commensality. We realize that this effect occurred mainly due to stimulus to a reflection about body, food and health, becoming clear that the pleasure in eating without guilt is a necessary outcome when we talk about fat woman health.

Keywords: Pleasure; Obesity; Health At Every Size[®]; Non-prescriptive intervention; Woman.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
1.1.	Abordagem Health At Every Size® (HAES®)	21
1.2.	O saber biomédico sobre o prazer alimentar no contexto da obesidade.....	24
1.3.	O olhar das Ciências Humanas e Sociais sobre o prazer alimentar no contexto da obesidade.....	29
2.	OBJETIVO.....	35
2.1.	Objetivo Geral:.....	35
2.2.	Objetivos Específicos:.....	35
3.	CASUÍSTICA E MÉTODOS	36
3.1.	Delineamento do estudo	36
3.1.1.	Grupo Intervenção	38
3.1.2.	Grupo Controle.....	40
3.2.	População do estudo	42
3.3.	Dados qualitativos: ferramenta de coleta e análise	44
3.4.	Análise de Conteúdo	47
3.5.	Aspectos Éticos.....	49
4.	RESULTADOS	51
4.1.	Descrição dos Temas Construídos	56
5.	DISCUSSÃO.....	84
5.1.	O prazer proveniente de um comer transgressor e regressor.	86
5.2.	O prazer e sua relação com a formação identitária	89
5.3.	De um processo de reflexão à desculpabilização do prazer e outras implicações na prática alimentar: os efeitos da intervenção.....	93
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
7.	EXERCÍCIO DE REFLEXIVIDADE	105

8.	REFERÊNCIAS.....	108
9.	ANEXOS.....	116

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Desenvolvimento da Análise de Conteúdo a partir das transcrições obtidas com grupos focais aplicados a mulheres dos grupos Intervenção e Controle, nos anos de 2015 e 2016, referente ao estudo "Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem "Health at Every Size [®] " nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar."	50
Figura 2: Principais sentidos dos temas construídos para o Grupo Intervenção de um estudo chamado "Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem "Health at Every Size [®] " nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar.", nos anos 2015 e 2016.	82
Figura 3: Principais sentidos dos temas construídos para o Grupo Controle de um estudo chamado "Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem "Health at Every Size [®] " nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar.", nos anos 2015 e 2016.	82
Figura 4: Representação Gráfica das percepções do prazer em comer e as implicações destas na prática alimentar de mulheres gordas, antes e após uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem HAES [®] , nos anos de 2015 e 2016.	86

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1: Valores absoluto e em porcentagem da presença nos grupos focais (GF) aplicados e valores referentes às mulheres randomizadas e concluintes para os grupos Intervenção e Controle do estudo " Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem “Health at Every Size®” nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar", durante os anos de 2015 e 2016.....	45
Tabela 2: Categorização de sujeitas participantes dos grupos Intervenção e Controle do estudo " Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem “Health at Every Size®” nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar ", nos anos de 2015 e 2015, segundo Idade, Escolaridade, Estado Civil, Renda e IMC.....	52
Quadro 1: Apresentação comparativa dos elementos característicos dos grupos Intervenção e Controle do estudo nomeado "Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem “Health at Every Size®” nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar", realizado nos anos de 2015 e 2016.	42
Quadro 2: Temas e Subtemas construídos no estudo " Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem “Health at Every Size®” nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar" entre os grupos Intervenção e Controle, nos tempos final e inicial de 2015 e 2016.....	54
Quadro 3: Frequência da observação dos temas construídos e valores de força de concordância pelo cálculo kappa, entre duas pesquisadoras, referentes à categorização dos dados obtidos com os Grupos Focais aplicados aos grupos Intervenção e Controle, nos momentos Inicial e Final de uma intervenção interdisciplinar, não prescritivas e pautadas na abordagem HAES®, aplicada em 2015 e 2016.	55

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
HAES [®]	Health at Every Size [®]
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

1. INTRODUÇÃO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A obesidade é considerada como epidemia mundial pelos órgãos de saúde, sendo indicador de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, doenças respiratórias e cânceres.³ Além disto, a obesidade é vista dentro do campo da Saúde Pública como um problema econômico, devido a seu alto custo, tanto pelas despesas com tratamento da obesidade e as doenças associadas, quanto pelo impacto no setor econômico com a possível perda de produtividade do trabalhador. As Ciências Humanas e Sociais somam à obesidade seu caráter enquanto problema social, relacionado à estigmatização e discriminação da pessoa obesa.⁴

O contexto epidemiológico brasileiro mostra o aumento contínuo da prevalência de obesidade, com impacto maior nas mulheres e tendência de crescimento nas crianças.⁵ A pesquisa do Vigitel⁶ de 2014, que trabalhou com o autorrelato do peso corporal e da altura como método, apresentou 52,5% da população adulta (maior de 18 anos) do país com excesso^a de peso, sendo que 17,9% estava na faixa classificada como obesidade^a. No início de 2017, o Ministério da Saúde brasileiro divulgou os dados coletados sobre frequência e distribuição dos principais indicadores do Vigitel na população de beneficiários de planos privados de saúde para o ano-base 2015.⁷ Neste estudo, 17% dos adultos estavam em condição de obesidade. Entre as mulheres, 16,2% e, entre os homens, 18%. Segundo o relatório “Panorama da Segurança Alimentar e Nutricional na América Latina e Caribe”⁵, divulgado também em janeiro de 2017, 23% da população latino-americana e caribenha, maiores de 18 anos, estão em condição de obesidade. O relatório foi realizado pela Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) em conjunto com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), tendo como base os dados do Observatório da Organização Mundial de Saúde de 2014 e as estimativas de população latino-americana e caribenha da Divisão de População das Nações Unidas, referente ao mesmo ano. Em relação à população mundial, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)³, em 2014 havia cerca de 1,9 bilhões de adultos (i.e. maiores de 18 anos) com excesso de peso. Destes, mais de 600 milhões estavam obesos, ou cerca de 13% da população mundial adulta (11% dos homens e 15% das mulheres). A prevalência da obesidade em todo o mundo mais do que duplicou entre 1980 e

^aEntende-se por excesso de peso todo valor de Índice de Massa Corpórea (IMC) maior ou igual a 25Kg/m², enquanto que a obesidade é compreendida, em dados epidemiológicos, como todo valor de IMC maior ou igual a 30Kg/m², segundo classificação da OMS⁸.

2014, sendo inicialmente um problema de países de alto nível socioeconômico, porém apresentando-se atualmente também em países de baixo e médio nível socioeconômico, especialmente em ambientes urbanos³.

Frente a esse panorama, a contenção da obesidade ganhou espaço importante nas discussões científicas e midiáticas e nas ações de políticas de saúde mundial.⁴ Os estudos na temática conferem às causas da obesidade a interação entre fatores genéticos e fatores ambientais (ex.: exposição a alimentos ricos em gordura e açúcar, baixa exposição a atividade física e situações de stress psicológico).^{3,4} Apesar de reconhecimento científico da obesidade como um problema multifatorial e que demanda cuidados intersetoriais na área da saúde, os tratamentos direcionados atualmente ao problema estão sobretudo encarregados à área biomédica.^{4,8} O tratamento convencional centraliza a atuação na perda de peso pela diminuição da ingestão calórica, - seja por meio de dietas restritivas, procedimentos cirúrgicos (como a gastroplastia) ou ações farmacológicas (com medicamentos inibidores da absorção lipídica e /ou supressores de apetite)- e pelo estímulo ao gasto energético a partir do aumento de atividade física.⁹⁻¹²

Bacon e Aphramor⁹ esclareceram-nos sobre a trajetória muitas vezes estigmatizadora do tratamento à obesidade, em que se confere ao obeso a culpabilização pelo seu quadro clínico e foca-se sobretudo em mudanças na quantidade e qualidade dos alimentos de forma restritiva, sendo o peso o principal, e muitas vezes único, aspecto de mudança almejado.

As principais críticas ao modelo convencional de tratamento da obesidade, na literatura científica, tangem os efeitos negativos a curto, médio e longo prazo. Os efeitos citados em maior grau são os seguintes^{10,12,13-15,16-18}: potencializador de frustrações com a imagem corporal, com comprometimento da autoestima; promotor de culpabilização da pessoa em condição de obesidade, sobretudo quando não mantém as restrições e orientações do tratamento; promotor de estresse psicológico pelo foco na perda de peso a curto prazo; potencializador de mecanismos fisiológicos chamados "contra-reguladores de peso", os quais levam à diminuição do gasto energético pela perda de massa magra, diminuição da atividade tireoidiana e da atividade do sistema nervoso simpático como tentativa do organismo para manter o peso em uma situação de restrição e gasto exacerbado de energia, além de aumento de pensamentos obsessivos com comida; tendência a episódios de compulsão alimentar, relacionados à diminuição do tônus serotoninérgico e dopaminérgico, típicos de uma prática alimentar restritiva, do estresse psicológico potencializado e dos mecanismos "contra-reguladores de peso" e, por fim, promotor de desempoderamento e perda de autonomia sobre as decisões alimentares. A longo prazo observa-se ainda^{16,19-21}: baixa adesão; baixa ou

nenhuma manutenção de resultados alcançados a curto prazo, como melhora do perfil lipídico e perda de peso; reganho do peso perdido a níveis iguais ou maiores aos iniciais do tratamento, com tendência a comprometimento psicológico que leva a novas ações restritivas e, assim, a ciclos de ganho e perda de peso. Os ciclos de ganho e perda de peso são ainda relacionados em alguns artigos da literatura a risco de mortalidade.^{16,19,20,22} Campos et al.¹⁹ e Bacon¹⁶ citaram que os ciclos de ganho e perda de peso em pessoas obesas podem ser fator de confusão nos estudos sobre risco de mortalidade da obesidade, visto a relação da perda e reganho de peso cíclica com mudanças no metabolismo, que pode associar-se a resistência à insulina, problemas cardiovasculares, hipertensão etc.²² O movimento cíclico de fracassos nos tratamentos convencionais levam à reflexão de que apesar da perda de peso substancial inicial, a tendência ao reganho de peso traz consequências psicológicas negativas, até mais intensas do que ao início do tratamento.²⁰

Além disto, tem-se nas principais abordagens vigentes de terapêutica para a obesidade, condutas que reforçam a crença de que obesos comem mais, exercitam-se menos, são emocionalmente imaturos e menos disciplinados dos que os indivíduos normoponderais.²³ Maiman et al.²⁴ avaliaram as atitudes de profissionais da saúde, participantes de uma Conferência de Educação Continuada, sobre causas e tratamento da obesidade, em relação à imagem do paciente obeso. No estudo, 84% dos profissionais de saúde consideraram o obeso como auto-piedoso, 88% acreditavam que o obeso come para compensar outros problemas e 70% relataram que o obeso apresenta distúrbio emocional.

Campbell et al.²⁵ também apresentaram um olhar voltado para o profissional da saúde e sua prática na obesidade, desta vez entre profissionais médicos. Tratou-se de um estudo transversal randomizado, no qual médicos generalistas australianos responderam a questionários elaborados com questões que incluíram pontos de vista sobre manutenção do peso, opiniões quanto à utilização de drogas no tratamento da obesidade, abordagens e recomendações no tratamento e problemas e frustrações percebidos na manutenção da perda de peso dos pacientes. Segundo os autores, as principais frustrações dos profissionais em relação ao tratamento da obesidade incluíram falta de adesão por parte dos pacientes (33% dos profissionais estudados), baixa motivação dos pacientes (15% dos profissionais estudados) e baixo progresso ou sucesso em relação à perda de peso (13% dos profissionais estudados) com tendência a reganho do peso perdido (12% dos profissionais estudados). Como percepção das diferentes estratégias para manutenção do peso, foi apontado no estudo como presente na prática profissional a recomendação para redução do consumo energético (78%) e a recomendação para maior realização de atividade física (99%) entre as principais

abordagens. Em contrapartida, 27% dos profissionais mencionaram a construção de um diário alimentar voltado para o comer consciente. Os autores apontaram para o baixo conhecimento da área sobre abordagens como a terapia cognitivo-comportamental, o que se mostra refletido em uma menor porcentagem de abordagens voltadas ao comportamento alimentar e não somente à quantidade do consumo.

Há apontamentos, portanto, para o tratamento convencional ser precursor de uma relação transtornada com o corpo e com a comida e negligente para com outros aspectos da saúde que não somente o peso, apresentando ineficácia à saúde nos níveis social e individual.^{23,24} Mesmo com os esforços depreendidos há décadas no encorajamento à adesão de tratamentos voltados para a perda de peso, não se conseguiu em geral bons resultados.^{4,16,20}

A multifatorialidade da obesidade permite espaço para tais críticas, sobretudo incluindo discussões de diferentes áreas do conhecimento. É deste espaço que se torna possível enxergar a obesidade em sua totalidade, ampliando as fronteiras disciplinares, fortalecendo ações que vão além do biológico e que situam o indivíduo e seu corpo em contextos social, cultural e histórico.^{4,9,26}

Visto o não sucesso em relação à estagnação/diminuição dos casos de obesidade no mundo e as controvérsias apontadas por estudos científicos sobre o modelo convencional de tratamento da obesidade, portanto, novas abordagens e ações frente à obesidade mostram-se importantes.²⁷ Para tal, cresce um olhar voltado ao sujeito em sua complexidade, considerando a importância de perguntas sobre como o indivíduo come (onde, com quem, por que, com qual duração, com quanto de atenção e prazer etc.) e não somente o que o indivíduo come.²⁷⁻²⁹

De maneira geral, as razões subjetivas do comer e as práticas alimentares começam a ser tratadas com maior importância nas discussões sobre como conduzir a terapêutica e prevenção³⁰ da obesidade, podendo essas razões serem percebidas em documentos oficiais como o novo Guia alimentar para a população brasileira³¹.

Cresce o interesse em estudos e práticas clínicas interdisciplinares, voltados para a promoção de hábitos de vida saudáveis, com estímulo à prática de atividade e hábitos alimentares saudáveis e sustentáveis, a partir da valorização de práticas prazerosas e sem ênfase na perda de peso como meta primeira ou única. Neste sentido, surgiu a abordagem "Health at Every Size[®]" (HAES[®])³²⁻³⁴, com o encorajamento à aceitação corporal, estímulo ao prazer em comer e em realizar atividades físicas, respeito aos sinais internos de fome e saciedade para autocontrole da ingestão alimentar e desestímulo à centralização do tratamento na perda de peso, colocando esta como consequência possível, porém não mais relevante do que a promoção e manutenção da saúde.

Em vista da importância de pautar-nos em referenciais inovadores e condizentes com tal proposta, compreendemos como linha condutora para este estudo a abordagem Health At Every Size[®]. Para melhor compreensão do conceito desta abordagem, os fundamentos teóricos foram descritos a seguir.

1.1. Abordagem Health At Every Size[®] (HAES[®])

A abordagem HAES[®] traz justamente uma proposta interdisciplinar e interprofissional para o cuidado de pessoas obesas. Nesta abordagem, é proposto considerar a integralidade do indivíduo de maneira que o peso corporal deixe de ser o parâmetro principal de saúde. A definição de saúde na abordagem HAES[®] assume um olhar holístico, não se caracterizando apenas como ausência de doenças ou limitações mentais ou físicas, tendo como paradigma que a saúde e felicidade envolvem “viver bem”, em uma interação dinâmica entre os aspectos sociais, mentais, espirituais e físicos.³²⁻³⁴

O HAES[®] propõe um olhar não discriminatório e estigmatizante para as diferenças de peso corporal. Sugere, ainda, uma abordagem em saúde na qual entende-se como possível a não generalização da necessidade de perda de peso para a promoção de saúde.³² Enveredando o caminho para o HAES[®], esteve o movimento feminista na década de 1970, o qual passou a preocupar-se em apresentar o quão alvo de imposições sobre peso e saúde eram as mulheres em relação aos homens.³²

O interesse em estudos nessa área de conhecimento passou a apresentar questionamentos e evidências para se pensar em novas estratégias ao tratamento da obesidade, com um olhar voltado para a ideia do "Sem dieta" e da aceitação do tamanho corporal.³² Estudos como de Bacon et al³⁵ apontam os benefícios de intervenções em saúde pautada na ideia de "sem dieta", conferindo estes benefícios sobretudo à sustentabilidade dos resultados alcançados pela abordagem "sem dieta". O estudo foi realizado em Davis, California, com mulheres de 30 a 45 anos, IMC $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$, não fumantes, não grávidas ou lactantes e sem intenção de engravidar e com histórico de prática crônica de dietas para perda de peso. As mulheres foram alocadas em dois grupos distintos, um em que receberam uma intervenção pautada na abordagem sem dietas e o outro em que receberam o tratamento convencional, pautado em restrição alimentar, para a perda de peso. Como resultados, obtiveram que o grupo "dieta" teve perda de peso significativa durante a intervenção, assim como melhoras nos níveis de colesterol sérico, LDL-colesterol e HDL-colesterol analisados, contudo sem manutenção no período de follow-up. Houve uma média de 1,3 Kg de reganho de peso,

considerando as participantes do grupo que voltaram para o período de follow-up. Enquanto isto, apesar da não perda de peso significativa no grupo de "sem dieta", os níveis de colesterol sérico, LDL-colesterol e HDL-colesterol analisados tiveram melhora significativa e mantida no período de follow-up, assim como melhora nos níveis de atividade física. Possivelmente, mudanças comportamentais a longo prazo definiram a permanência dos resultados metabólicos e psíquicos. A adesão ao grupo "sem dieta" apresentou-se maior, 58% de adesão do grupo "dieta" para 92% de adesão do grupo "sem dieta", o que se relaciona também com a melhoria de aspectos psicológicos como a autoestima e ressignificação do conceito de sucesso, o qual no programa convencional direcionado à obesidade, encontrou-se atrelado sobretudo ou apenas à perda de peso.

O HAES[®] surge a partir desse olhar, como prática estimulada no campo dos transtornos alimentares, sendo encorajado, tendo suporte e sendo protagonizado por membros de diversas instituições como Academy for Eating Disorders, Binge Eating Disorder Association, Eating Disorder Coalition, International Association for Eating Disorder Professionals, National Eating Disorder Association, National Association to Advance Fat Acceptance, Council on Size and Weight Discrimination e a Association for Size Diversity and Health.³²

Sob esse panorama, o HAES[®] defende que o peso ideal é individual, sendo alcançado conforme o indivíduo se aproxima de um comer que reflita sua percepção de fome e saciedade, além de hábitos de vida e de prática de atividades físicas sustentáveis, o que demanda serem prazerosos.³² Para tal, alguns aspectos são fundamentais para a prática da abordagem, sendo eles^{32,36}:

- Encorajamento da busca pela saúde em detrimento da busca pela perda de peso. Considerando a magreza como não intrinsecamente saudável e o corpo gordo como não intrinsecamente não saudável, a perda de peso pode acontecer como também pode não acontecer ao longo do tratamento. Sob esta perspectiva, o HAES[®] considera que estilos de vida saudáveis direcionarão um peso individualmente mais saudável para aquele indivíduo, tornando-se o peso uma consequência e não uma busca;

- Encorajamento à imagem corporal positiva, que respeite as características corporais individuais, pautando-se em que a imagem corporal e a autoestima podem ter grande impacto na saúde. Com isso, aponta-se para a estigmatização como propensora de agravos à saúde.

- Suporte à reconexão com os sinais internos de fome e saciedade em oposição à prescrição de dietas restritivas, visto a consideração de que estas tendem à baixa adesão, ao reganho de peso futuro, à frustração e a riscos para transtornos alimentares;

- Encorajamento de atividades físicas individualizadas e não estruturadas de forma generalizante, levando em consideração quais atividades são mais apreciadas e melhores aceitas pelos indivíduos. Com isso, visa-se a construção de um hábito sustentável a partir do prazer em movimentar-se.

O HAES[®] aponta para a necessidade de atentar-se à ineficácia e riscos a longo prazo do tratamento convencional preconizado para a obesidade, o qual traz como foco a perda de peso e prescrições restritivas voltadas ao comer menos e exercitar-se mais, desrespeitando a complexidade do quadro.^{32,36}

No estudo de Leblanc et al.³⁷, um ensaio controlado e randomizado, o objetivo foi determinar se mudanças no comportamento alimentar (percepção da sensação de fome por sinais internos e externos) após a experiência com HAES[®] associou-se a modificações na ingestão dietética (os autores investigaram ingestão energética total; ingestão lipídica, glicídica, proteica, de álcool, de fibras, cálcio e sódio) e padrão alimentar (os autores investigaram frequência de refeições; frequência de lanches tipo petiscos, os *snacks*; energia proveniente do café da manhã e outras refeições padrão e energia proveniente dos *snacks*). O estudo foi realizado com mulheres na fase pré-menopausa, com sobrepeso ou obesas (grau I), com idade média de 42,4 anos (SD=5,6 anos), que não estavam engajadas em dietas de emagrecimento. Os resultados não mostraram um impacto significativo no padrão alimentar das participantes da intervenção HAES[®] (considerando os aspectos analisados pelos autores), no tempo e entre grupo, porém apontou para um impacto na diminuição da sensação de fome, sobretudo a sensação de fome estimulada por sinais externos ao corpo, o que levou à diminuição da ingestão energética total ao longo do período analisado.

Os aspectos norteadores da abordagem Health At Every Size[®] direcionam-nos para um cuidado interdisciplinar respaldado nos aspectos contextuais internos (condição biológica, afetiva, desejos e interesses) e externos (contextos social, cultura e relação com redes de apoio como família) ao indivíduo, em que a singularidade deste é centralizada, assim como o apoio ao desenvolvimento da autonomia alimentar e de um estilo de vida, quando e se necessário, mais saudável.³⁸ A valorização do prazer alimentar torna-se possível neste contexto terapêutico, visto o respeito à complexidade das escolhas alimentares, não sendo o prazer em comer neste contexto alvo de condenação, mas pelo contrário, um aspecto a ser incentivado e colocado como indispensável para um comer saudável.

O HAES[®] propõe que o prazer alimentar pode ser uma chave importante para a promoção de hábitos alimentares saudáveis. Contudo, a área da saúde, sob um olhar biomédico tradicional, discute o prazer em comer como um ato que pode propiciar uma

alimentação inadequada. Volkow et al³⁹ compararam indivíduos obesos com dependentes de substâncias químicas, alertando que as mesmas áreas do cérebro de prazer e recompensa são ativadas em ambos os casos. Assim, preconizaram que tratamentos semelhantes podem ser realizados - como restrição do contato com alimentos ricos em gordura e açúcar, semelhante à fase de abstinência do tratamento às drogas. Forman e Butryn⁴⁰ apontaram como incompatíveis a busca por um comer hedônico e a busca por saúde a longo prazo, sendo este vinculado pelos autores principalmente à busca de alimentos considerados como altamente palatáveis, ricos em açúcar e gordura, os quais são citados justamente pela tendência do cérebro humano em apreciá-los.⁴⁰⁻⁴³

A pesquisadora Koritar⁴⁴ buscou compreender, entre outros aspectos, a relação entre prazer em comer, desejo por alimentos doces e os comportamentos de risco para transtornos alimentares entre mulheres jovens normoponderais. A pesquisadora observou que em mulheres universitárias eutróficas e sem comportamentos de risco para transtorno alimentar, o prazer se relacionou ao desejo por doces, enquanto que para pacientes com algum tipo de transtorno alimentar, este desejo significou menor prazer. Estes dados corroboraram com Kuijer e Boyce⁴⁵, que afirmaram que pessoas que apresentam um comer sem culpa e com prazer tendem a apresentar um comportamento alimentar menos transtornado.

É conhecida a complexidade dos fatores que tangem as escolhas alimentares, entre eles o prazer. O significado da alimentação extrapola o nível fisiológico, visto seu caráter cultural, social e político. O ser humano não come apenas por fome, mas também em busca de lembranças, de novos laços, de status, de fortalecimento de uma personalidade/cultura e de prazer.⁴⁶⁻⁴⁸

Entendemos que para a compreensão holística do prazer alimentar, seja necessário apontar alguns conhecimentos construídos historicamente por áreas de diferentes conhecimentos, como Ciências Biomédicas, Humanas e Sociais. Não visamos nesta dissertação esgotar os apontamentos sobre o prazer vigentes nas diferentes áreas, mas sim salientar de maneira mais ampla possível os conhecimentos construídos na literatura e que foram pertinentes para o desenvolvimento crítico deste estudo.

1.2. O saber biomédico sobre o prazer alimentar no contexto da obesidade

É de conhecimento da área da saúde a interação de dois circuitos fisiológicos relacionados à ingestão de alimentos: o homeostático e o hedônico.^{41-43,49} O conceito de circuito hedônico admite uma dimensão à busca pela comida que vai além da necessidade de

reabastecimento energético e homeostasia, ou seja, é um comer que vai além da necessidade de supressão da fome. O comer hedônico, contrapondo-se ao comer para suprir o déficit energético, tem como motivação fatores subjetivos, voltados ao desejo e à sensação de recompensa.⁴¹⁻⁴³ Ribeiro e Santos⁵⁰ apontaram que o contexto ambiental atual é obesogênico, uma vez que contribui para comportamentos alimentares não homeostáticos, mas amplamente hedônicos. Contribuindo com um olhar fisiológico do sistema de recompensa alimentar, os autores apontaram para a disponibilidade grande de alimentos com alto efeito palatável (ricos em açúcar e gorduras) como propensora justamente do estímulo ao mecanismo de recompensa, o que se vincularia à hiperfagia pela busca continuada deste prazer e, consequentemente, à obesidade.

O prazer alimentar anatomicamente e fisiologicamente associa-se a regiões dos sistemas nervoso central e endócrino que representam estados internos do corpo, que antecipam ou detectam uma recompensa, representam o valor relativo da recompensa e codificam se o indivíduo já atingiu a saciedade.^{51,52} A partir do estudo de Olds e Milner⁵³, em 1954, foi possível conhecer anatomicamente o funcionamento do sistema de recompensa do cérebro, o qual quando estimulado tende à busca repetida da ação estimuladora. Quando uma ação mostra-se prazerosa, segundo o estudo, o cérebro tende à busca pela repetição da ação (seja pelo prazer de um jogo, por uma música, pelo comer, pelo sexo etc.).^{40,51,53} No estudo de Olds e Milner⁵³, eletrodos foram implantados no cérebro de ratos, e os animais foram colocados dentro de uma "caixa de Skinner". Originalmente, a "caixa de Skinner" possui alavancas que, quando pressionadas pelo animal, geram a oferta de uma recompensa (geralmente comida ou água). Contudo, os pesquisadores alteraram a caixa, fazendo que ao pressionar a alavanca os ratos recebessem uma corrente elétrica nas áreas em que estavam posicionados os eletrodos. De maneira geral, os ratos passaram a auto estimular-se incessantemente (alguns, até duas mil vezes por hora, em 24 horas), excluindo qualquer outra atividade, como comer ou tomar água, mesmo quando com fome ou sede. Com este experimento, foi possível migrar de um olhar da ciência que colocava a dor e punição como principais modeladores do comportamento, para enxergar o prazer como influenciador extremamente poderoso do comportamento.^{52,53} O prazer é discutido na literatura biomédica, portanto, enquanto código de recompensa, um reforço positivo para determinado comportamento ou tomada de decisão.⁵⁴ Complementarmente, Herculano-Houzel⁵¹ mostrou-nos que o mecanismo interno do corpo de fome e saciedade está atrelado à detecção de sabores. Este funcionamento justifica o interesse e busca por determinados alimentos mesmo enquanto o corpo indica estar saciado, devido ao estímulo visual e de paladar proporcionado

por alimentos ainda não consumidos até a satisfação, ou seja, que ainda não tiveram seu sabor experimentado. Isto explica o interesse pela porção de sobremesa, por exemplo, mesmo sentindo-se saciado com a preparação principal em uma refeição.

Forman e Butryn⁴⁰ propuseram um modelo de tratamento à obesidade que baseou-se em “comportamento de aceitação”. Os autores afirmaram que hábitos saudáveis não necessariamente proporcionarão menor prazer em relação a hábitos insalubres, contudo, a expectativa de prazer em relação a hábitos insalubres costuma ser maior. Assim, o sucesso do tratamento da obesidade demandaria um processo de aprendizado por parte do sujeito para aceitar iniciar atividades das quais ele não espera prazer. Apresentaram ainda o comer hedônico como suscetível à desregulação do peso, apontando que a regulação da ingestão alimentar por sinais internos, como fome e saciedade, é importante, porém pode ser indesejável se o indivíduo estiver propenso ao comer por desejo e por busca de prazer. Assim, o comer por prazer foi compreendido pelos autores como incompatível com objetivos de promoção de saúde a longo prazo.

“Evidências também indicam que as pessoas frequentemente mantêm simultaneamente objetivos incompatíveis, como o prazer hedônico e saúde a longo prazo, e que processos implícitos^b a favor de determinado objetivo são fortalecidos na presença de estímulos específicos [...] Os processos implícitos tendem a favorecer o prazer hedônico, o conforto e o sedentarismo em vez de objetivos de longo prazo.” (Forman e Butryn, 2015. p. 173)⁴⁰

O comer autônomo, a partir do estímulo ao comer intuitivo (a partir de sinais de fome, saciedade e vontade), é um dos aspectos encorajados na abordagem HAES[®]. Há na literatura a preocupação a respeito do comer intuitivo enquanto provedor de uma alimentação de qualidade inferior se comparada com a alimentação de um comedor que controla suas escolhas a partir de conhecimentos externos sobre alimentação saudável e não saudável.³⁸ Carbonneau et al.⁵⁷ realizaram um estudo quasi-experimental com mulheres para avaliar a resposta da intervenção HAES[®] no comer intuitivo e os efeitos que este comer intuitivo tem sobre a qualidade da alimentação. Neste estudo, o grupo HAES[®] recebeu uma intervenção expositiva, a partir de informações sobre alimentação e prática de atividade física saudáveis, com foco na autoaceitação corporal e no comer intuitivo. No grupo HAES[®], foi observada ao longo da intervenção uma associação positiva entre o comer intuitivo e a qualidade da alimentação. A análise estatística realizada no estudo apontou dentre os resultados, a melhora a curto prazo (4 meses após o início da intervenção) e a longo prazo (16 meses após o início

^b “Processos implícitos” são compreendidos na literatura enquanto aprendizados inconscientes, sem tomada de consciência sobre como e quando foram construídos. Tais conhecimentos/processos implícitos apresentam influência nas tomadas de decisão.^{55,56}

da intervenção) na qualidade da alimentação do grupo HAES[®] em comparação ao grupo Controle. Esta melhora ocorreu sobretudo devido a mudanças na ingestão de alimentos ricos em gordura e açúcar, frutas, vegetais, mesmo sem alteração no consumo energético, ao contrário do esperado pela literatura biomédica.

Berridge⁵⁸ sugeriu que há processos neuroquímicos e estruturas ativadas diferentes para o "querer" ("wanting"), ou seja, o desejo por um alimento, e o "gostar" ("liking"), ou seja, o sentir prazer pelo alimento ao experimentá-lo. No estudo, o autor estimulou a área hipotalâmica de ratos, percebendo que os ratos apresentaram um aumento da busca pela comida enquanto estimulados, cessando a busca ao parar o estímulo. Isto sugeriu um aumento do "querer". A fim de entender se esta busca derivava de um estímulo hedônico, a reação facial dos ratos ao serem expostos ao alimento foi analisada. A análise não apresentou um aumento do "gostar" nos ratos. Além disto, o estímulo hipotalâmico pareceu fazer os ratos desgostarem mais do que gostarem do alimento, mas fazendo-os querer e buscar este alimento, mesmo desgostando. Isto sugere que a negação do prazer não necessariamente desestimulará o desejo, busca e consumo pelo objeto, podendo associar-se apenas à culpa.⁵⁹

Há na literatura estudos que visam compreender as relações entre sensibilidade do paladar e massa corporal, tendo em sua maioria a hipótese inicial de que indivíduos obesos teriam um paladar voltado preferencialmente para o sabor doce e para alimentos ricos em gordura.^{41,59,60} Garcia-Burgos e Zamora⁴¹ partiram da ideia de que indivíduos com elevado Índice de Massa Corporal tendem a consumir proporções maiores de alimentos ricos energeticamente, assim como menores de alimentos como frutas e vegetais. Com isso, realizaram uma análise das linhas de expressão facial e de questionários de aceitabilidade sensorial de sujeitos de baixo e alto IMC em função do consumo de bebidas mais ou menos amargas. O estudo foi realizado com 40 adultos (28 mulheres e 12 homens) com delineamento transversal. Os resultados dos testes faciais apontaram para maior “desgostar” em relação ao sabor amargo em pessoas de alto IMC, porém estatisticamente o estudo não atingiu diferença significativa, por meio da análise de variância (ANOVA). A afirmação de que a pessoa obesa tem maior predisposição a gostar e buscar alimentos palatáveis exige estudos que considerem aspectos da formação do paladar de um indivíduo, como: hábitos alimentares atuais, hábitos alimentares familiares, significados subjetivos atribuídos pelo indivíduo ao alimento, além de características como gênero e idade. Todos estes fatores podem ser fator de confusão para a afirmação sobre aceitabilidade de determinados sabores. Além disto, são atribuídos às diferenças nas percepções de paladar outros possíveis fatores que afetem tanto o comportamento alimentar quanto o IMC, como a prática de dietas restritivas.⁵⁹

Outro ponto discutido na literatura biomédica refere-se à possibilidade de consumo alimentar aumentado devido à sensação de baixa recompensa pós-prandial em obesos.^{53,61} Devido ao registro na memória de prazeres anteriormente experimentados, há a antecipação/expectativa do nível de prazer que será vivido em determinada situação, antes de vivenciá-la. Alguns estudos demonstraram que determinados indivíduos possuem uma baixa obtenção de recompensa pós-prandial, porém uma alta antecipação deste prazer, o que sugere uma busca excessiva por alimentos devido a não satisfação.^{36,37} Esta baixa satisfação estaria relacionada, segundo esses estudos, à baixa ação das vias dopaminérgicas, devido alterações genéticas, predispondo à busca de maior quantidade de alimento, a fim de alcançar o prazer esperado. Neste sentido, Santos et al⁶² realizaram uma revisão bibliográfica referente ao período entre março de 2013 e maio de 2014, incluindo artigos com testes experimentais com humanos ou outros animais, e que relacionaram a ação dopaminérgica com o consumo alimentar e/ou obesidade. Entre as bases de dados Medline, Scielo e Lilacs, os autores encontraram 17 estudos (em línguas inglesa e espanhola) dentro destes critérios. Destes estudos, apenas 5 ocorreram com seres humanos, todos com mulheres, em números amostrais que variaram de 5 participantes a 33 participantes. Os estudos foram quantitativos e transversais (com exceção do estudo com 5 mulheres, o qual ocorreu antes e após sete meses de realização de cirurgia bariátrica pelas participantes). Os estudos concluíram que a hipoatividade dopaminérgica é encontrada de maneira mais comum em pessoas obesas (no caso, mulheres) e em processo de ganho de peso. Notamos, entretanto, que os estudos revisados possuem limitações metodológicas, como o desenho transversal e o baixo tamanho amostral. Em adição, se estudos concluem que a ação dopaminérgica tende a ser diminuída em sujeitos obesos, faz-se necessário um olhar amplo para o contexto em que a pessoa obesa está inserida, a fim de discutir dados como estes. É sabido, e supracitado nesta seção, sobre os efeitos metabólicos das dietas restritivas, as quais possuem como característica discutida justamente a diminuição da ativação dopaminérgica. A pessoa obesa é estimulada a diversas práticas visando o emagrecimento, sobretudo relacionadas à restrição alimentar. Além disto, os efeitos psicológicos e metabólicos das dietas restritivas e da estigmatização do corpo gordo relacionam-se a comportamentos de intenso desejo alimentar, reconhecido na literatura como *craving*.^{58,59} O estímulo à busca de um prazer não encontrado na alimentação, portanto, apresenta razões que não podem ser limitadas ao campo genético, mas sim ampliadas também para o contexto social e cultural que a pessoa gorda está inserida. É de fato importante ampliar o olhar para o contexto obesogênico. As Ciências Humanas e Sociais auxiliam-nos neste olhar.

Em relação à mulher, sabe-se que esta é, em muitos casos, a principal responsável pela escolha, compra e preparo dos alimentos em seu ambiente doméstico. Dentre os aspectos que direcionam a alimentação da mulher, suas escolhas alimentares e sua relação com a comida estão: a desvantagem econômica na aquisição de alimentos, relacionada à baixa remuneração ainda enfrentada; a inatividade física relacionada por vezes à longa jornada de trabalho; a negligência da própria alimentação em prioridade da alimentação de filhos e familiares; a alta culpabilização das mudanças no corpo decorrentes do ganho de peso; a baixa aceitação social enquanto mulheres gordas e alvo do excesso de informações sobre como comer.^{28,63-65} Ações frente à obesidade que reforcem o ideal estético magro, a estigmatização do corpo gordo e a unilateralidade da responsabilidade terapêutica pode favorecer comportamentos alimentares transtornados e desprovidos de prazer.²⁷

Com isto, tornou-se importante ainda ressaltar algumas limitações em se apresentar dados sobre obesidade realizados a partir de estudos com animais. A grande parte de estudos realizados na área biomédica são conduzidos com animais, justificados pela proximidade entre os mecanismos cerebrais, sobretudo entre ratos e humanos; possibilidade de previsibilidade do comportamento dos animais, maior controle sobre o ambiente em que o animal é exposto e menor custo, entre outros. Apesar de ser uma condução importante e válida em vários aspectos, precisamos ponderar sobre as diferenças importantes deste cenário controlado para o cenário sociocultural e psicológico em que o ser humano está exposto. A mulher gorda, por exemplo, está inserida em um contexto de pressões sociais e psicológicas, como citado no parágrafo anterior, além de exposição a fatores culturais que influenciam na resposta ao tratamento, tanto fisiologicamente, quanto no nível das práticas.

Dessa forma, é possível e necessário o diálogo entre as diferentes áreas de conhecimento para a promoção de reflexão e prática em Saúde. Limitar epistemologicamente os estudos que abrangem Alimentação e Nutrição Humana às Ciências Biomédicas impossibilita reconhecer a alimentação enquanto ato também cultural e social. Não se trata de minimizar a contribuição do olhar biológico, mas sim de realizar uma reflexão entre diferentes campos do conhecimento, considerando o ser humano um ser biológico, social e cultural.⁶⁴

1.3. O olhar das Ciências Humanas e Sociais sobre o prazer alimentar no contexto da obesidade

Uma das questões emergentes no debate sobre o prazer é a necessidade de saber se estamos lidando com sensações ou afetos (sentimentos).⁶⁵ A sensação é descrita por autores da área das Ciências Sociais como resultado das impressões deixadas por experiências, mediadas e integradas entre o indivíduo e o ambiente externo a este indivíduo.⁶⁵⁻⁶⁷ O ato de conhecer e interpretar uma sensação gera-nos a percepção de um objeto ou realidade, assim, percepção é a consciência de uma dada experiência.⁶⁷ Tal percepção está atrelada a sentimentos, os quais direcionam-nos para o que seria agradável e desagradável, almejável e não almejável.

O prazer foi compreendido nesta dissertação, portanto, enquanto sentimento oriundo da percepção de experiências internas e externas às sujeitas, que envolve mecanismos fisiológicos e psíquicos. Segundo Kourilsky-Belliard⁶⁸, as únicas duas formas de existência acessíveis são a de ser percebido e a de perceber. Para esta percepção, contudo, há filtros, entre eles nossas crenças, nosso ambiente geográfico, cultural, social e intelectual, além de nossos cinco receptores sensoriais. Estes filtros de alguma forma limitam e distinguem as percepções de indivíduo para indivíduo. Assim, a influência que a percepção exerce no comportamento humano é dependente do contexto social, cultural e emocional do indivíduo.^{66,68} O prazer não está apenas dependente da situação externa ao indivíduo, portanto, exigindo, na verdade, correspondência entre o estado interno da pessoa e a situação externa.

As Ciências Humanas e Sociais possibilitaram-nos compreender que a concepção de prazer traz em si tanto uma manifestação positiva, representada pelo verbo grego éudokéo ("ter prazer", "alegrar-se"), quanto por uma manifestação negativa principalmente pelo fortalecimento das ideias Maniqueístas e do Dualismo no começo da era Cristã.⁶⁹ O prazer é vivenciado de formas diferentes ao longo da história, uma vez que sua compreensão ocorre a partir do processo de endoculturação do homem, ou seja, pelo processo de aprendizagem e incorporação de sistemas de normas, valores, símbolos, entre outros condicionantes culturais, decorrente da vida em sociedade de um indivíduo.⁷⁰

Historicamente, a vivência do prazer traz o paradoxo de sua condenação paralela a seu estímulo constante.⁴⁶ Segundo Aggio⁷¹, Aristóteles colocou que a felicidade inclui a virtude, a prudência, a sabedoria e o prazer. Desta forma, uma vida feliz remete à presença de prazer. A autora registrou que para o filósofo o prazer é objeto do desejo, contudo devendo ser este desejo educável segundo a moral, o prazer passa a dever estar vinculado a ações "moralmente boas", a fim de que sejam virtuosas. Sob esta lógica, apenas o homem virtuoso é capaz de desejar por natureza o que é considerado como moralmente bom. A ideia do que é

"moralmente bom" transmitida por Aristóteles é compreendida como aquilo cuja realização é determinada pela razão.⁷² As emoções e os desejos não são negligenciados nos textos do filósofo, porém não comandariam o curso de uma ação "moralmente boa". O homem virtuoso, assim, seria aquele capaz de ouvir e seguir a razão e, mais, seria aquele cujos desejos seguem naturalmente o destinado pela razão. Para Aristóteles, o homem virtuoso saberia já por natureza o que lhe é bom e o que não é, segundo a razão, desejando e seguindo o primeiro.^{71,72}

“[...] é possível afirmar que as paixões estão presentes na constituição do sujeito moral: têm papel significativo tanto para o caráter e até mesmo para o início das ações. Já a razão prática atua no interior do sujeito moral, pode conduzi-lo melhor ao seu objetivo, mas também frear ou redirecionar seus movimentos, tornando o sujeito moral um agente moderado em suas emoções, pois a emoção desmesurada não deve controlar o agir.” (Santana, 2015, p.211)⁷²

Com o olhar ainda direcionado para o contexto que Aristóteles nos trouxe, iniciou-se aqui, uma questão importante para a compreensão do prazer alimentar nos dias atuais: o prazer em comer na sociedade contemporânea é uma ação percebida como proveniente da emoção ou da razão? E, desta forma, o comer com prazer é uma ação "moralmente boa"? Na verdade, na sociedade atual, o prazer em comer torna-se cada vez mais culpabilizante, - não somente pela mídia, mas também na atuação em saúde- visto a exaltação destinada ao corpo magro, vinculado a um comer racionalizado pelas necessidades fisiológicas e a estigmatização do corpo gordo, relacionado ao comer pelo prazer nas Ciências Biológicas.⁷³ Utilizando-se dos pensamentos de Aristóteles, pôde-se inferir uma reflexão sobre como a estereotipação do comer constrói o obeso como indivíduo "não virtuoso", passível de ser modificado moralmente, e direcionado tanto física quanto psicologicamente a um comer racionalizado por construções sobre o que é “saudável” e “não saudável”, independentemente do prazer.

A busca pela comida está atrelada em suas bases, entre outros elementos, ao prazer.⁷³ A fome, portanto, tem objeto determinado, entre eles o que gera prazer/satisfação. Este objeto é fonte de desejo.⁶⁷

As escolhas alimentares trazem em si aspectos causais de amplitude complexa que escoam claramente para além do homeostático, ou seja, da fome vinculada à necessidade biológica, adentrando a ordem do social, cultural, político e psíquico. Sob este olhar, Varela⁷⁴ nos traz o conceito freudiano da *pulsão*, a qual proporciona justamente uma articulação entre as ordens do somático e do psíquico.^{74,75} Quando pensamos no desenvolvimento da sexualidade infantil psicanalítica, tem-se na primeira experiência do bebê com a amamentação um momento de excitação de zonas erógenas, como lábios, e inscrição deste objeto na memória como sendo alvo da pulsão sexual da criança, a qual não buscaria mais apenas o

leite, para satisfazer a necessidade fisiológica, mas sim o afeto dos seios maternos.⁷⁵⁻⁷⁷

A pulsão na explicação Freudiana não se reduz à necessidade biológica, transpassa-a tornando-se desejo psíquico. A força pulsional leva o indivíduo a buscar um objeto para satisfação. Vale a compreensão de que o objeto em si não se trata do desejado, mas sim de um meio para atingir a satisfação.^{76,78} A comida, neste sentido, pôde ser compreendida por Varela⁷⁴ como possível objeto da pulsão, mantendo um caráter inespecífico, visto que a comida em si não seria o objeto absoluto do desejo, isto é, não é ela em si que trará o objetivo (a satisfação ou o prazer), mas sim o que ela traz como representação e significado.

Com isso, tem-se o prazer pela comida proveniente de fatores que vão além de características físicas, como o paladar ou preenchimento de uma necessidade natural, a fome. A comida aqui retoma seu caráter simbólico, dotada de significados dentro da esfera das representações sociais e também psíquicas.^{46,74,79}

As representações sociais podem ser compreendidas como um fenômeno de criação e recriação de conhecimentos, a partir de uma ação dialética entre sistemas próprios de valores individuais e coletivos.^{79,80} Neste sentido, Reis e Bellini⁸⁰ explicitaram o caráter condicionante das representações sociais, que é capaz de dar forma a maneiras de pensar e agir a partir de uma estruturação que permanece e é decretada em tradição a cada indivíduo e grupo populacional. As representações sociais codificam, definem, orientam, situam e justificam formas de ser e viver e, inclusive, de comer.⁷⁹

Felippe⁷⁹ abordou a dificuldade encontrada pelo paciente obeso em manter o peso emagrecido. No estudo, explorou as possíveis representações sociais atreladas ao comer em indivíduos obesos e os significados da relação com o comer e com a manutenção de um peso saudável. A fim de aprofundar o papel da Assistência Social neste cenário, a autora realizou um estudo de delineamento qualitativo, em que foi realizado primeiramente uma análise dos conteúdos sobre o tema "emagrecimento" nas mídias de massa e, posteriormente, foram entrevistados indivíduos obesos (em tratamento e que já passaram por tratamento) a partir de grupos focais. A autora refletiu que há um direcionamento das representações sociais do comer na obesidade à culpabilização do obeso, centralizando-o como principal, ou único, responsável pela condição de estar/ser obeso e, com isso, desconsiderando causalidades genéticas, emocionais e sociais.

Ainda no estudo de Felipe⁷⁹, foram percebidas representações que conferem aos significados do comer tanto ideias de prazer quanto de sofrimento, tendo como permeador destes dois os fatores sociais (e.g., pressão da mídia, preconceito, discriminação para com o obeso e a cultura de culto ao corpo). Houve o apontamento sobre os possíveis interesses que

parecem nortear o fortalecimento de tais representações e significados, contemplando que a atual forma de abordar a temática da obesidade gera a manutenção da mesma e o não fortalecimento do obeso, tornando-o sujeito fragilizado e vulnerável socialmente.

Neste trabalho, não consideraremos que o prazer derive sempre da satisfação de uma necessidade fisiológica, de um estado considerado negativo (fome/desejo) para um positivo (satisfação). Marques⁸¹ traz que Aristóteles retira do estado do prazer a necessidade de uma vacuidade, passando a ser formado pela vivência de momentos diversos, que farão sentido ao sujeito que os vivencia. Os desejos, que podem nos proporcionar prazer quando satisfeitos, podem ser compreendidos como racionais e irracionais, tornando possível enxergar o prazer, no nosso caso em comer, em maior amplitude, não somente ao saciar a fome.⁸¹

Karlsen e Villadsen⁸² discutiram justamente a importância de condutas em saúde respeitarem o sujeito enquanto agente da própria saúde. Os autores apresentaram, a partir de exemplos de campanhas de prevenção na área da saúde e articulação com a literatura, novos olhares sobre como conduzir promoção de saúde de maneira não autoritária ou ascética. Argumentaram, assim, que o promover saúde não corresponde à tentativa de racionalização do comportamento do sujeito a informações técnicas ou médicas, mas sim de um equilíbrio que considere também os desejos e prazeres deste sujeito. Para isto, é necessário para os órgãos de saúde, segundo os autores, compreender os sujeitos enquanto seres que desejam, oferecendo uma conduta não autoritária ou proibitiva, mas sim reflexiva e promotora de autonomia para a tomada de decisão.

Cresce o espaço por ações em saúde que respeitem a complexidade da dinâmica da obesidade e das escolhas alimentares. Este estudo teve como hipótese, portanto, que uma ação em saúde interdisciplinar que estimule o prazer e autonomia na escolha, em detrimento da prescrição restritiva, pode gerar um comer mais saudável no que se refere à compreensão e vivência do prazer em comer. Esta hipótese pautou-se nas evidências positivas apresentadas pelos estudos com o HAES^{®32-34}, que relacionaram o estímulo ao prazer (em exercitar-se, em comer, em se relacionar) como forte ferramenta para adesão ao tratamento da obesidade, com consequente otimização da autoestima da pessoa obesa e sustentabilidade de resultados, como melhora metabólica. Entendemos a necessidade exposta, ao longo da revisão bibliográfica, em: construir formas de atuação em que haja diálogo entre as diversas áreas de conhecimento; respeito à complexidade das tomadas de decisão do ser humano e o respeito aos valores culturais e simbólicos que o ser humano detém para com a comida. Isto, compreendendo o sujeito enquanto "corpo de desejo, corpo de opinião, corpo de dor e corpo de prazer" (Demétrio, 2011, p.748)⁸³. Dentro dos nossos conhecimentos, não há outros estudos na

literatura que analisem os efeitos da abordagem HAES[®] nas percepções sobre o prazer em comer de mulheres gordas, e sendo o prazer uma ferramenta valorizada na abordagem, ressaltamos a importância do presente estudo.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral:

Investigar os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva, pautada na abordagem HAES[®], nas percepções de prazer em comer de mulheres gordas.

2.2. Objetivos Específicos:

1. Conhecer e compreender as percepções de mulheres gordas sobre o prazer em comer, antes e após uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem HAES[®];
2. Descrever os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem HAES[®] nas percepções sobre prazer em comer de mulheres gordas.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1. Delineamento do estudo

Assumimos para este estudo a abordagem qualitativa na construção e análise dos dados, para alcance do objetivo proposto uma vez que o método qualitativo permite profundidade, dimensionamento e contextualização da lógica interna do grupo e do construto estudados. Além disto, a justificativa também parte do pressuposto da pluralização e fluidez dos padrões de interpretação e vivência da realidade nas sociedades modernas e pós-modernas, crescendo a necessidade da ciência compreender fenômenos a partir de um olhar relativo a sujeitos em suas condições situacionais e temporais.⁸⁴ Ao longo da dissertação, adotamos a escrita na primeira pessoa compreendendo que a abordagem qualitativa de estudo assume para o processo de condução e conclusão da pesquisa a relação integrada entre a perspectiva do grupo estudado e a perspectiva interpretativa do pesquisador. Além disto, os conhecimentos construídos ao longo do trabalho foram a partir da reflexão conjunta e interdisciplinar.

Esta pesquisa caracterizou-se pelo delineamento de ensaio clínico randomizado controlado, sendo subprojeto do estudo nomeado “Saúde e Bem-Estar na Obesidade”, que foi descrito a seguir. Seu estudo piloto foi desenvolvido por Ulian et al⁸⁵, o qual utilizou o desenho de estudo qualitativo exploratório para analisar a experiência de mulheres gordas ao participarem de uma intervenção não prescritiva, interdisciplinar e pautada na abordagem Health At Every Size[®]. No estudo piloto, foram utilizadas a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo¹⁴⁴ aplicado às transcrições de Grupos Focais (GF) e a análise documental de diários alimentares preenchidos pelas mulheres participantes, a fim de obter resultados de natureza qualitativa. Os resultados apresentaram: percepção de estarem mais ativas fisicamente; maior autonomia; maior sensação de conforto, confiança e flexibilidade em relação às suas práticas alimentares; percepção mais positiva em relação ao próprio corpo; mudanças positivas na percepção de fome e saciedade e maior qualidade dos alimentos ingeridos e nos planos das refeições.

Os profissionais das áreas de Nutrição, Educação Física, Filosofia e Antropologia, envolvidos na pesquisa “Saúde e Bem-Estar na Obesidade”, passaram por discussões a respeito dos princípios de uma intervenção não prescritiva e as formas para praticá-la. Além disto, os profissionais nutricionistas passaram por 30 horas de treinamento na temática de

Aconselhamento Nutricional, seus fundamentos, aplicações e técnicas.⁸⁵

Direcionado a mulheres na condição de obesidade (cujos critérios de inclusão foram descritos na seção "População de Estudo"), a pesquisa teve seguimento de sete meses, sendo conduzida em dois anos consecutivos, 2015 e em 2016 (Maio a Dezembro de 2015 e Março a Outubro de 2016). As participantes foram divididas de forma aleatória entre os grupos "Intervenção" e "Controle" a partir de sorteio. A randomização deu-se em uma proporção de 2:1. Os cálculos de poder para o tamanho da amostra de sujeitas randomizadas foi estimado a partir do programa G-Power[®] para o projeto guarda-chuva, o qual este estudo fez parte. Foi considerado um modelo de medidas repetidas com dois fatores, - tempo e grupo estudados - com poder (β) de 80% e nível de significância de 95%.^{86,87} Os cálculos foram baseados nos tamanhos de efeitos relatados no estudo de Bacon et al. (2005)¹⁵, e considerando as concentrações sanguíneas de colesterol total, que foi uma variável comum em ambos os estudos. O número de sujeitas estimado necessário foi de 46 participantes para o grupo Intervenção. Sabendo das possíveis desistências ao longo do estudo, recrutamos 62 participantes para o grupo Intervenção, e 35 para o grupo Controle (respeitando a randomização 2:1). As ações e intervenções realizadas ao longo da pesquisa possuíram como referência a abordagem HAES[®]. Os grupos Controle e Intervenção se diferenciaram quanto aos tipos de atividade proposta. Ambos os grupos foram pautados no mesmo referencial teórico e metodológico, contudo o grupo intervenção trouxe uma proposta original, de maior intensidade devido à aplicação prática aprofundada dos campos de atuação envolvidos (Nutrição, Educação Física e também a filosofia) e da frequência proposta às participantes para as atividades. Neste grupo, a proposta de atividade física partiu de uma programação prática e semanal (3 vezes na semana, com atividades em quadra); os assuntos sobre Nutrição foram transmitidos individualmente em encontros quinzenais (além de palestra coletiva) e, por fim, os assuntos da área da filosofia foram abordados em 5 oficinas ao longo da intervenção. Na literatura, não se encontra ainda uma proposta de HAES[®] na intensidade e formato em que foi proposta no grupo Intervenção deste grupo. Já o grupo Controle referiu-se ao modelo tradicional de aplicação da abordagem HAES^{®12,21,37,57,88} com encontros expositivos e teóricos. Os encontros com o grupo Controle foram bimestrais, nos quais foram discutidos assuntos sobre alimentação saudável, prática de atividade física e filosofia.

A condução das atividades também se voltou para o conceito de Clínica Ampliada e Compartilhada^{82,89}. A Clínica Ampliada e Compartilhada sugere um tratamento em saúde no qual os conhecimentos aplicados são articulados entre as várias áreas de conhecimento, derivando de multi enfoques e disciplinas.^{82,89}

3.1.1. Grupo Intervenção

Para o grupo Intervenção, houve a inserção de 62 mulheres voluntárias durante os dois anos de pesquisa, sendo 25 participantes no ano de 2015 e 37 no ano de 2016. Durante o primeiro ano do estudo, a adesão das participantes foi de 52% (13 mulheres concluíram), já no segundo ano foi de 70,27% (26 mulheres concluíram). Portanto, o n total de concluintes nos dois anos de intervenção foi de 39 participantes. Para início das atividades com o grupo Intervenção, foi ofertado a este duas palestras com o tema "Alimentação saudável".

- O acompanhamento Nutricional:

Foi fundamentado no Aconselhamento Nutricional^{82,89-94}, visto assim a possibilidade de seguir uma linha de trabalho não dogmática ou pautada em restrições e normas. Esta ferramenta foi apresentada em detrimento do tratamento dietoterápico oriundo do modelo hospitalocêntrico de cuidado à saúde.^{82,89,88} Aumenta-se a gama de trabalhos encontrados na literatura sobre o uso do Aconselhamento Nutricional na prática clínica, o que amplia a compreensão da aplicabilidade desta técnica.⁸⁸ Motta et al⁸⁹ apontaram, contudo, como ainda são escassos os trabalhos publicados por profissionais da Nutrição nesta temática e sendo o termo ainda muito utilizado nos sentidos de orientar e informar, o que limita a profundidade que a técnica propõe. Motta⁹⁰ definiu o aconselhamento nutricional como a prática em que se tem o encontro de duas pessoas, face a face, a fim de que se “examine com atenção, olhe com respeito e delibere com prudência e justiça sobre a alimentação de uma delas”.

A condução do Aconselhamento Nutricional tem como ferramenta a construção de planos de metas, em que nutricionista e paciente refletem juntos sobre mudanças almejadas. Para a construção do plano de metas com as participantes, o peso não foi a única ou principal meta apontada, tornando-se possível abranger de forma ampla as demandas alimentares, nutricionais e de saúde das participantes. O plano de metas propiciou a construção conjunta de ações e estratégias que auxiliaram as participantes a planejarem mudanças plausíveis em seu dia a dia alimentar e de forma gradual, reformulando e progredindo as metas conforme percurso dos atendimentos. Os atendimentos Nutricionais tiveram duração média de 45 minutos cada. Precedendo o início dos atendimentos nutricionais, ocorreram duas palestras a fim de expor a abordagem nutricional escolhida, não pautada em dietas restritivas/prescritivas, e de dialogar sobre conceitos de alimentação saudável a partir de ferramentas como o novo

Guia alimentar para a população brasileira³¹ e o referencial teórico e metodológico adotado, o HAES[®].

- As palestras:

Em formato expositivo, as palestras foram construídas a fim de apresentar às participantes, de forma sucinta, clara e esclarecedora, o uso da referência teórica do Health At Every Size[®], que pautou a intervenção. Assim, os conteúdos expostos nas palestras foram citados abaixo:

- 1) Dados sobre os efeitos das dietas restritivas: a fim de estimular a desculpabilização por possíveis trajetórias de não sucesso em relação à perda de peso. Estimulo também à reflexão sobre hábitos alimentares e de vida saudáveis, que podem ser almejados, em detrimento de dietas restritivas, pensando na saúde física e psicológica.
- 2) Peso versus Saúde: estimulou a reflexão sobre o que é a individualização do peso saudável, atrelando a hábitos de vida interessantes para a promoção de saúde e não apenas ao emagrecimento.
- 3) Comportamentos cotidianos que poderiam auxiliar no ganho de peso ou dificultar na perda de peso: discussão sobre aspectos do comportamento alimentar, da prática de atividade física e da interação social que poderiam influenciar no ganho de peso. Ex.: comer emocional, desconexão com as sensações de fome e saciedade; consumo frequente de alimentos ultraprocessados; restrições alimentares; entre outros aspectos.
- 4) Estratégias possíveis para trabalhar os comportamentos facilitadores do ganho de peso: nas palestras, estratégias gerais foram citadas, a partir de documentos oficiais, como o Guia alimentar para a população brasileira³¹.

- As atividades físicas:

Ocorreram nas dependências da Cidade Universitária da Universidade de São Paulo, onde estava disponível todo o material necessário para as atividades. As atividades físicas foram supervisionadas por uma equipe profissional de Educação Física familiarizados com a abordagem HAES[®], sendo esta equipe constituída por educadores físicos formados e estudantes de Educação Física ou Esporte, cuja função foi a de auxílio.

As atividades tiveram como enfoque o bem-estar das participantes e o prazer em se movimentar, conforme a abordagem HAES[®], contando com atividades lúdicas em circuito,

com enfoque no desenvolvimento de capacidades aeróbia e anaeróbia, força, propriocepção e flexibilidade e respeitando a capacidade de esforço individual. Além disto, o cronograma de atividades foi construído considerando as preferências das participantes. Assim, aulas como de dança e de prática de esporte foram incluídas ao longo da intervenção a pedido das próprias participantes.

A duração de cada sessão de atividade física foi de uma hora e frequência de três vezes na semana (segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira). A equipe de profissionais de Educação Física também encorajou a incorporação da prática de atividade física no dia-a-dia das participantes, com auxílio de uma cartilha e agendamento para conversas individualizadas com os educadores físicos, a fim de orientar práticas sobre atividade física, tais como: benefícios à saúde, cuidados a serem tomados, qual tipo de atividade realizar e como controlar a intensidade.

- As oficinas reflexivas:

Houve 5 oficinas ao longo dos sete meses de intervenção, com data fixa para a última segunda-feira do mês e duração de 60 minutos. As oficinas aplicadas tiveram como abordagem questões vinculadas ao universo da obesidade, como o mecanismo de desejo e tédio, restrição e saúde moralização do corpo e da saúde, liberdade e ansiedade. Todas as oficinas foram conduzidas por um professor de filosofia, formado em filosofia e educação física, o qual fundamentou a programação das oficinas em autores e pensadores como Schopenhauer⁹⁵, Platão⁹⁶, Espinosa⁹⁷, Nietzsche^{98,99}, Sartre¹⁰⁰ e Kierkegaard¹⁰¹. As oficinas não seguiram um modelo expositivo, mas sim articularam os conceitos discutidos na teoria com a vivência que as participantes traziam frente à obesidade. O caráter participativo das voluntárias nas oficinas filosóficas foi necessário para a construção dos conhecimentos propostos em cada encontro, demandando a participação ativa das voluntárias com falas e posicionamentos. Assim, ao abordar estes temas, esperávamos promover a reflexão e discussão acerca dos assuntos, a fim de estimular e valorizar a autonomia em relação ao corpo e à saúde.

3.1.2. Grupo Controle

Para o grupo Controle, houve a inserção de 35 mulheres, sendo 13 mulheres durante a

seleção de 2015 e 22 mulheres em 2016. A adesão durante o primeiro ano do estudo para o grupo Controle foi de 46,15% (6 mulheres concluíram); já durante o segundo ano do estudo, foi de 59,09% (13 mulheres concluíram). Portanto, o n total de concluintes nos dois anos de estudo foi de 19 participantes.

Teve-se como atividade proposta palestras expositivas, nas quais foram apresentados os seguintes temas, de maneira teórica: 1) alimentação saudável; 2) atividade física, e 3) filosofia. Todo o conteúdo trabalhado com o grupo Controle teve como referencial teórico e metodológico os fundamentos do HAES[®]. O formato de palestras em grupo e expositivas corresponde, tradicionalmente, ao modelo de atividades encontradas em estudos com a abordagem HAES^{®12,21,37,57,88}. Desta forma, o grupo Controle não correspondeu a um modelo de grupo ausente de intervenção, mas sim referiu-se à aplicação de uma intervenção padrão da abordagem HAES[®]. As palestras sobre alimentação foram preparadas e ministradas por nutricionistas da equipe do projeto; as palestras sobre atividade física, por professores de educação física ou educadores físicos formados em educação física ou esporte envolvidos com o projeto e, por fim, as oficinas, foram preparadas e ministradas por um filósofo e educador físico também envolvido com a pesquisa.

As palestras ocorreram uma vez a cada dois meses com duração média de uma hora. Ao término dos sete meses de intervenção, foi realizada uma palestra de fechamento interdisciplinar, também expositiva e teórica, com retrospectiva dos temas abordados e reflexão sobre os conhecimentos construídos.

- Outras avaliações

As participantes de ambos os grupos, controle e intervenção, passaram inicialmente e ao término do processo das atividades por: exame de sangue, a fim de analisar perfil lipídico, glicemia, insulinemia e parâmetros inflamatórios; avaliação antropométrica e avaliação da capacidade aeróbia máxima, assim como preenchimento de dez questionários (Questionário Socioeconômico, construído pela equipe da pesquisa; Escala de Atitude em Relação ao Sabor (HTAS)¹⁰², Escala de Atitudes Alimentares (DEAS)¹⁰³, Escala de Figuras de Stunkard¹⁰⁴, Questionário Internacional de Atividade Física - Versão Curta (IPAQ)¹⁰⁵, Questionário de Atitudes Corporais (BAQ)¹⁰⁶, Questionários de Desejos Intensos por Comida – Estado ou Traço (QDIC-E e QDIC-T)¹⁰⁷, Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)¹⁰⁸ e WHOQOL-breve¹⁰⁹). Tais análises não fizeram parte da presente dissertação.

O Quadro 1 apresentou de forma comparativa as atividades e características de ambos os grupos aplicados, Intervenção e Controle.

Quadro 1: Apresentação comparativa dos elementos característicos dos grupos Intervenção e Controle do estudo nomeado "Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem "Health at Every Size[®]" nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar", realizado nos anos de 2015 e 2016.

Elementos característicos	Grupo Intervenção	Grupo Controle
Tempo de aplicação	7 meses	7 meses
Referenciais Teóricos e Metodológicos	Health At Every Size	Health At Every Size
Atividades Propostas	Aconselhamento Nutricional quinzenal e individual; 2 Palestras Expositivas sobre Alimentação Saudável	1 Palestra Expositiva sobre Alimentação Saudável
	5 Oficinas reflexivas (1h cada)	1 Oficina filosófica(1h cada)
	Atividades físicas práticas em quadra (3 vezes na semana)	1 Palestra Expositiva sobre prática de atividade física sustentável.
Sujeitas Randomizadas (n)	62 mulheres	35 mulheres

3.2. População do estudo

A divulgação do estudo foi realizada em mídias impressas, virtuais e sociais. As interessadas manifestaram interesse através de e-mail ofertado na divulgação, tendo sido orientadas sobre as datas e horários para a palestra inicial de triagem e recrutamento. Nestas triagens, o estudo foi apresentado em detalhes quanto à disponibilidade exigida, as atividades programadas ao longo dos sete meses e o enfoque na promoção de saúde e qualidade de vida em detrimento da perda de peso. As mulheres que se dispuseram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Os critérios de inclusão na pesquisa corresponderam aos seguintes aspectos:

- Ser mulher;
- Ter idade entre 25 a 50 anos;
- Estar com Índice de Massa Corporal entre 30 e 39,9 kg/m²;

- d) Ser alfabetizada; e
- e) Ter disponibilidade para comparecer às intervenções que ocorreram na USP (Dependências da Cidade Universitária da Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública e dependências do Hospital das Clínicas), segundo o cronograma do grupo em que estivessem - (Controle ou Intervenção).

Os critérios de exclusão foram:

- a) Ser portadora de Diabetes Mellitus, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Doença Renal Crônica ou Esteatose Hepática;
- b) Usar medicamentos como supressores de apetite, hormônios tireoidianos e diuréticos;
- c) Estar grávida ou nutriz;
- d) Realizar ou permanecer em acompanhamento nutricional fora do programa; e/ou
- e) Estar engajadas em programas regulares supervisionados de atividade física em outro local no momento da triagem.

A conformidade com os critérios de inclusão e exclusão foram conferidos na data de triagem a partir do preenchimento de anamnese inicial. Tais critérios visaram tornar a amostra mais homogênea e evitar a presença de fatores de confusão. Caso, durante a triagem, se constataste que o sujeito apresentava alguma outra doença, sua participação no estudo seria discutida com os pesquisadores responsáveis.

Ao longo do trabalho, optamos por descrever o grupo populacional estudado enquanto "mulheres gordas". A escolha da expressão "mulheres gordas" ocorreu ao considerarmos que as percepções sobre o prazer em comer das mulheres estudadas vinculam-se ao corpo físico, psíquico, social, cultural e fisiológico dessa mulher. Assim, o termo "obesa" poderia reduzir os significados e sentidos atribuídos ao prazer à semântica prioritariamente fisiológica que apresenta dentro da área da saúde. Essa semântica não seria condizente com o percurso epistemológico adotado neste estudo. Além disso, o termo "gorda" foi mencionado pelas participantes, durante a construção dos dados, enquanto mais próximo da autopercepção corporal das mesmas. Esta aproximação opôs-se ao mal-estar percebido pelas participantes com o termo "obesa", o qual lhes remetia a um enquadramento prioritariamente médico e patológico. Mantivemos o termo "obesa" em trechos relacionados apenas a estudos na área da obesidade em que o termo foi optado pelos autores, ou em trechos voltados ao contexto epidemiológico.

3.3. Dados qualitativos: ferramenta de coleta e análise

Ao propormos a compreensão das percepções, tornou-se necessário um percurso metodológico que admitisse a complexidade do processo de construção destas. O comportamento dos sujeitos diante de um tema é influenciado pelo seu mundo vivencial, ou seja, por suas crenças, valores, motivações. Entendemos que compreender as percepções do sujeito é compreender os sentidos e significados atribuídos por este sujeito ao tema estudado, o prazer em comer, assim como a experimentação deste sentimento de prazer no dia a dia.^{66,67,79}

Bauer e Gaskell¹¹² apresentaram a importância da entrevista semiestruturada para esse fim, mostrando-nos como e quando utilizá-la seja com um único respondente ou com um grupo de respondentes. Neste estudo, optou-se por realizar entrevistas em grupo, a partir da técnica de grupos focais, justamente por objetivarmos a compreensão do espectro de comportamentos e opiniões, levando em consideração a importância da interação (processo de consenso e divergências) entre sujeitos para a construção destes comportamentos e opiniões.^{113,114}

O grupo focal consiste em uma técnica de diagnóstico rápido e de baixo custo, centrado na tendência humana de formar opiniões e atitudes a partir da interação discursiva com outros indivíduos.^{113,114} Foram realizados dezenove grupos focais com as participantes do grupo Intervenção e Controle, considerando os dois anos de estudo. Os grupos focais ocorreram ao início do estudo (T_i) e ao término (T_f), durante os dois anos de estudo (2015 e 2016). Foram realizados sete grupos focais iniciais para o grupo intervenção e dois grupos focais iniciais para o grupo Controle. Ao fim da intervenção, foram realizados seis grupos focais para o grupo Intervenção e quatro para o grupo Controle. Tentamos garantir a presença de todas as participantes, realizando, quando havia faltas, novos grupos focais em horários e dias da semana alternativos. A aplicação dos grupos focais foi encerrada quando as sujeitas faltantes não se disponibilizaram mais a participarem.⁸⁴ Esperávamos uma média de sete participantes para cada grupo focal, sendo convidada a cada grupo entre três a quatro participantes a mais do esperado, levando em consideração possíveis ausências. O tempo de duração dos encontros variou de 48'11" a 110'41".

Temos que, para o grupo Intervenção, considerando os grupos focais conduzidos no tempo inicial, 48 das 56 participantes estiveram presentes. Para o tempo final, 32 das 39 participantes estiveram presentes. Em relação ao grupo Controle, considerando os grupos

focais conduzidos no tempo inicial, 14 das 25 participantes estiveram presentes. Para o tempo final do mesmo grupo, 11 das 19 participantes estiveram presentes. A Tabela 1 apresenta os números de participantes randomizadas para os grupos Intervenção e Controle, o número de participantes que concluíram o estudo em ambos os grupos, quantas estavam aderidas ao estudo no momento em que foram realizados os grupos focais (cerca de até 1 mês após a randomização e até 1 mês após o fim das atividades de cada grupo) e quantas participantes estiveram presentes aos grupos focais ofertados.

Tabela 1: Valores absoluto e em porcentagem referentes às mulheres randomizadas, concluintes e presentes nos grupos focais (GF) aplicados para os grupos Intervenção e Controle do estudo "Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem "Health at Every Size[®]" nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar", durante os anos de 2015 e 2016.

	Mulheres Randomizadas	Mulheres no estudo em T _i [§]		Presenças GF inicial (T _i)*		Mulheres no estudo em T _f [§]		Presenças GF final (T _f)*		Mulheres Concluintes [≠]	
	Total (n)	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Grupo Intervenção [†]	62	56	90,3	48	85,7	39	62,9	32	82,05	39	62,9
Grupo Controle [†]	35	25	71,4	14	56	19	54,3	11	57,89	19	54,3

[†] Para ambos os grupos, o total de participantes em valor absoluto e porcentagem refere m-se aos dois anos de estudo (2015 e 2016).

[§] T_i= tempo em que foram aplicados os grupos focais iniciais (em torno de 1 mês após a randomização) e T_f = tempo em que foram aplicados os grupos focais finais (em torno de 1 mês após o fim das intervenções).

* Valores de presença em T_i referem-se ao número de mulheres aderidas ao estudo no momento em que se aplicou os Grupos Focais iniciais. Valores de presença em T_f referem-se ao número de mulheres aderidas ao estudo no momento em que se aplicou os Grupos Focais finais.

[≠] Valores para mulheres concluintes em relação às mulheres randomizadas.

As justificativas apresentadas para as faltas nos grupos focais iniciais e finais foram principalmente a inviabilidade de comparecimento por conta do horário de trabalho. Outras justificativas mencionadas em menor grau pelas participantes foram: saída em viagem durante o período do grupo focal; adoecimento no dia do grupo focal e indisposição em comparecer por sentir-se depressiva.

Para os grupos focais, as participantes foram distribuídas também considerando grau de relacionamento com outras participantes (participantes que já se conheciam fora do estudo não foram direcionadas para os mesmos grupos focais), e ainda por características observadas durante a triagem e primeiras palestras, como: timidez, facilidade ou dificuldade na comunicação em público, facilidade ou dificuldade em iniciar conversas com outras

participantes ou característica de ficar isolada das outras participantes. Assim, visamos a promoção de uma discussão confortável e dinâmica para as participantes, sem constrangimentos ou inibições no momento de interagir, e ainda de forma possível a notar contrapontos nas opiniões apresentadas.¹¹³ Isto, porque a composição de cada grupo focal almejou uma certa homogeneidade nas características individuais de cada participante, porém sem buscar a homogeneidade da percepção da temática investigada.¹¹⁴ Nos casos das participantes que faltaram no grupo a que foram direcionadas, foram remanejadas conforme a disponibilidade de horário. Visto que os primeiros grupos focais foram realizados durante o início da Intervenção, foi possível construir grupos a partir de características como idade e aspectos emocionais possivelmente observados nas atividades de início (atividade física e exames bioquímicos), como timidez, facilidade em expressar ideias e outros, além de possíveis graus de parentesco entre elas.

Durante a condução dos grupos focais, a lógica para a discussão das questões ao longo do roteiro construído seguiu uma ordem de menos específicas para mais específicas em relação à temática do prazer em comer. Assim houve aproximação com os conceitos e significados que as participantes trazem sobre o tema. Ao início dos grupos, as questões foram mais gerais sobre a Alimentação, a fim de introduzir a temática e proporcionar maior fluidez à discussão; ao longo da conversa, as questões abordadas tornaram-se mais específicas com o tema estudado. Vale ressaltar que cada grupo focal foi utilizado para outros subprojetos da pesquisa “Saúde e Bem-Estar na Obesidade”, cujos temas diferiram do prazer em comer. Por isto a necessidade de criar poucas perguntas para a temática deste estudo, porém eficazes o suficiente para nos levar à compreensão almejada. As perguntas foram realizadas de forma aberta justamente para propiciarem a discussão, sem a possibilidade de respostas que as esgotem antes de uma reflexão coletiva.

Os grupos foram liderados por um moderador experiente, tendo outro pesquisador na função de observador, o qual anotou gestos e outras expressões não verbais das participantes. Ambos (moderador e observador) não eram membros da equipe de intervenção a qual aquele grupo de mulheres esteve participando, a fim de proporcionar maior liberdade de as participantes expressarem-se. As questões que iniciaram a abordagem específica sobre a temática foram apresentadas no Anexo 1.

3.4. Análise de Conteúdo

A análise dos dados obtidos com os grupos focais foi realizada a partir da Análise de Conteúdo.^{84,114-116} Este método trata-se de um conjunto de técnicas e procedimentos sistemáticos, especializados e científicos que, a partir de indicadores qualitativos ou quantitativos, tornam válidas e replicáveis inferências sobre um determinado conteúdo.^{84,115} A análise de conteúdo, na pesquisa qualitativa, admite em seu plano epistemológico a concepção de que na comunicação o mais importante não é o conteúdo manifesto, mas sim o significado da mensagem ao considerar o contexto e circunstâncias da construção da mesma.^{84,117}

Neste estudo foi realizada a Análise de Conteúdo Temática, que consiste em investigar, identificar e apresentar núcleos de sentido (ou temas, como aqui foram chamados) que emergem das transcrições analisadas. As etapas na Análise de Conteúdo temática são: 1) Pré-Análise; 2) Exploração do Material e 3) Tratamento dos dados e interpretação.^{84,115,116}

A Pré-Análise consistiu: 1) na constituição do corpus de documentos submetidos à análise, neste estudo representado pelas transcrições de todos os grupos focais realizados; 2) no contato direto e intenso com o material construído a partir da leitura flutuante das transcrições dos dezenove grupos focais, uma a uma e 3) na formulação dos tópicos de análise para alcance do objetivo proposto no estudo.

Com o corpus documental constituído, a leitura flutuante de cada transcrição foi realizada repetidas vezes, a fim de planejar a forma de categorização e determinar as unidades de análise que conduziram a categorização. Nesta etapa da pesquisa, foi possível tornar-nos cada vez mais familiarizados com os conteúdos expostos nas falas das participantes, o que possibilitou a construção gradual de um olhar compreensivo em relação aos dados. Como unidade de análise adotamos frases cuja semântica atrelava-se à temática do prazer em comer. Assim, durante a leitura flutuante, a leitura atenta a cada frase da transcrição foi realizada, identificando e grifando trechos em que o prazer em comer apareceu como assunto direto ou indireto da fala, já direcionando o olhar para os possíveis sentidos dos discursos. Neste momento, entendendo a percepção como o ato de compreender e vivenciar uma dada experiência, conforme apontado na revisão bibliográfica, construímos 5 tópicos de análise norteadores. Estes tópicos visaram conduzir a análise sobre a percepção que as mulheres deste estudo apresentavam inicialmente e ao final do estudo. Os tópicos foram: 1) Caso identifiquem, como identificam o prazer em comer; 2) Em que momentos/refeições percebem

sentir prazer em comer; 3) O que percebem influenciar no prazer em comer; 4) Como lidam com seus desejos alimentares e 5) Se satisfazem os desejos alimentares e como isto ocorre. Os tópicos 4 e 5 foram pensados considerando a relação entre a satisfação ou rejeição dos desejos em comer e o sentimento de prazer, segundo a literatura.^{71,81,44} Entendendo que o corpo deseja aquilo que, pela memória ou expectativa, gerará prazer, compreender a maneira de lidar com o desejo pôde auxiliar-nos a aprofundar nas percepções sobre o prazer em comer das mulheres estudadas.

2) A Exploração do material (Categorização): Esta etapa foi realizada por duas pesquisadoras treinadas. Os trechos grifados na etapa da leitura flutuante foram lidos cuidadosamente e analisados por ambas pesquisadoras a partir dos componentes que envolvem o contexto da fala - jogo de raciocínio, palavras utilizadas pela respondente, aspectos emocionais na fala (como corte de palavra, gaguejamento, aspectos ideológicos explicitados etc). Os trechos com sentidos semelhantes e pertinentes ao objetivo da pesquisa foram agrupados, dando origem a temas. Este processo de exploração do material deu-se a partir da técnica de "Cutting and Sorting"¹¹⁷. Esta técnica consistiu em identificar, ao longo das transcrições, expressões dentro do contexto analisado (prazer em comer), recortá-las de maneira a preservar pelo menos parte do contexto em que estavam inseridas dentro do texto e deslocá-las para outro material, que funcionou como sumário destas citações. Após cada citação, foram descritos o sentido que conotavam, respeitando o contexto da fala, assim como o local em que apareciam nas transcrições. Todas as citações foram então ordenadas quanto à semelhança de sentido. Cada grupo de citações com sentido semelhante foi cuidadosamente nomeado com expressões que puderam, de maneira condensada, expor o vasto conjunto de ideias contidos nos grupos de falas. Estas expressões condensadas são os nomes dos temas do estudo, apresentados na seção de resultados.

Os temas representam os blocos que fundamentaram a argumentação teórica neste estudo. Uma das limitações de se trabalhar com os temas é a presença de limites de sentido nem sempre facilmente identificáveis. A fim de definir limites claros para cada tema, construímos o documento do Codebook¹¹⁹. O Codebook foi construído a partir do sumário de citações que originaram os temas, tendo sido constituído por seis sessões, segundo as recomendações de Bernard e Ryan¹¹⁸: nome do tema construído; abreviatura do tema (mnemônico); descrições breve e longa do tema; critérios de inclusão e exclusão para os trechos transcritos naquele tema; exemplos de trechos incluídos cujo sentido/palavras são típicos dos critérios de inclusão definidos ("Exemplos Típicos"), trechos cujo sentido/palavras

não são típicos dos critérios de inclusão definidos ("Exemplos Atípicos"), mas ainda sim pertencem ao tema e exemplos de trechos com sentido muito próximo dos critérios de inclusão, porém que não se encaixaram no tema ("Close, But No"). O Codebook foi utilizado como documento de padronização da categorização para as duas pesquisadoras treinadas que categorizaram os dados construídos. Utilizamos a medida Kappa como ferramenta estatística de concordância entre as pesquisadoras. Os valores de Kappa obtidos, assim como a classificação por força de concordância, constam no Quadro 3, na seção de resultados, tendo sido realizados a partir do software online GraphPad QuickCalcs¹²⁰.

3) Tratamento dos dados obtidos e interpretação: O processo de tratamento deu-se para que os dados brutos obtidos tornassem significativos e evidenciassem as informações relevantes. Os dados nesta etapa foram organizados em quadros comparativos, em que pudemos estruturá-los de maneira que encaminhassem a interpretações pertinentes ao objetivo almejado. Em um primeiro momento, os dados foram organizados a partir dos temas construídos, evidenciando quais os temas presentes em cada momento do estudo e em cada grupo estudado.^{115,116} Nesta primeira organização também foi possível observar e ressaltar: 1) as tendências centrais de sentido dos temas (o sentido mais comuns dos discursos de um mesmo tema); 2) a abrangência ou alcance do sentido destes temas (ou seja, o quanto descritivamente o sentido de alguns discursos distanciam-se da tendência central do tema); 3) distribuição do tema (grau de tipicidade de cada alcance observado em um mesmo tema) e 4) as nuances de sentido do tema (detalhes que diferenciam o sentido e a abrangência de discursos dentro do mesmo tema ou entre temas). Com isto, foi possível iniciar interpretações sobre os sentidos dos discursos, e a articulação entre os dados construídos e a teoria científica, respeitando sempre a pertinência como objetivo do estudo.

A Figura 1 apresenta um esquema resumido das etapas descritas para a análise de conteúdo neste estudo.

3.5. Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP (parecer 1.738.855). Todos os sujeitos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes de entrar no estudo.

Figura 1: Desenvolvimento da Análise de Conteúdo a partir das transcrições obtidas com grupos focais aplicados a mulheres dos grupos Intervenção e Controle, nos anos de 2015 e 2016, referente ao estudo "Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem "Health at Every Size[®]" sob as percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar ".

4. RESULTADOS

A caracterização das mulheres participantes é apresentada na Tabela 2, em relação aos grupos Intervenção e Controle, a partir dos seguintes aspectos: Idade (anos); renda salarial familiar (real - R\$); escolaridade (níveis de ensino); estado civil (categorias) e IMC (Kg/m²).

Os aspectos apresentados não indicaram discrepâncias na caracterização das mulheres estudadas entre os grupos - no que se referiu, para além dos critérios de inclusão e exclusão, à média de idade, renda familiar e escolaridade. O estado civil foi o único aspecto que apresentou diferença entre a caracterização das mulheres randomizadas nos dois grupos: no grupo Intervenção, houve maior frequência de mulheres solteiras; enquanto que no grupo Controle, casadas. O estado civil foi um aspecto importante de ser comentado, pois poderia gerar influência na disponibilidade e adesão ao estudo, por exemplo. Contudo, ao olharmos para as justificativas das desistências, percebemos como principal, a indisponibilidade de horário. Esta justificativa, devido trabalho ou outras atividades, apareceu entre desistentes casadas, solteiras, em união estável e também separadas. Desta forma, a randomização inicial do estudo não apresentou características que pudessem ter influenciado marcadamente os resultados obtidos para um grupo, em detrimento do outro.

Tabela 2: Caracterização de sujeitas participantes dos grupos Intervenção e Controle do estudo "Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem "Health at Every Size[®]" nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar", nos anos de 2015 e 2016, segundo variáveis sociodemográficas e Índice de Massa Corporal (IMC).

	Grupo Intervenção T_i: (n=62)	Grupo Controle T_i: (n=35)
Idade (anos)[†] [Média/DP]	33,4 / 6,7	33,7 / 8,6
Escolaridade (%)		
Ensino Médio Incompleto	5	0
Ensino Médio Completo	15	11
Ensino Superior Incompleto	10	11
Ensino Superior Completo	67	58
Pós-Graduação Completa	3	21
Estado Civil[†](%)		
Solteira	54	26
Casada	33	53
União Estável	5	5
Separada	8	16
Renda Familiar (Real-R\$)[†] [%]		
≤ 1.760	3	0
1.760,01 - R\$ 3.720,00	18	5
3.720,01 - R\$ 8.800,00	44	63
R\$ 8.800,01 - R\$ 17.600,00	23	26
≥ 17.600,01	0	5
Não sabem/Não quiseram responder	13	0
IMC T_i (Kg/m²) [Média/DP][†]	34,5/ 2,7	33,9/ 3,1
IMC T_f (Kg/m²) [Média/DP][§]	34,5/ 3,2	34,3/ 3,3

[†]Caracterização referente aos dados iniciais (T_i)

[§] Caracterização referente aos dados finais (T_f). Intervenção T_f: (n=39); Controle T_f: (n=19)

A partir dos cinco tópicos norteadores da análise, organizados ainda na etapa da pré-análise, 23 temas foram construídos. Para o tópico I (Como identificam o prazer em comer?), 5 temas foram construídos; para o tópico II (Em que momentos percebem sentir prazer em comer?), 5 temas; para o tópico III (O que percebem influenciar no prazer em comer?), 4 temas; para o tópico IV (O que pensam sobre o desejo em comer algo?), 3 temas e para o tópico V (Essas mulheres satisfazem o desejo em comer?), 6 temas. Para os temas cujo sentido apresentou-se muito amplo, foram construídos subtemas, ou ainda sub-subtemas, os quais conseguiram reter os principais alcances do tema central. Todos os temas foram construídos de maneira indutiva, ou seja, a partir dos dados. Em relação aos tópicos de análise, os três primeiros foram construídos a partir dos dados e os dois últimos (IV e V) a partir da literatura. O Quadro 2 apresenta os temas, subtemas e sub-subtemas construídos, por tópico de análise. O Quadro 3 apresenta a frequência dos temas construídos para cada grupo

estudado (Intervenção e Controle) e tempos estudados (Inicial e Final), assim como a força de concordância na construção dos temas, a partir do cálculo do Kappa - visto a construção simultânea dos temas entre duas pesquisadoras.

Em seguida, os temas construídos foram descritos na subseção “Descrição dos temas”, apresentando as tendências centrais de sentido, alcances do sentido, nuances de cada tema e distribuição da tipicidade dos discursos, conforme explicado na seção "tratamento e interpretação dos dados".

Quadro 2: Temas, Subtemas e Sub-subtemas construídos no estudo "Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem “Health at Every Size[®]” nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar” para os grupos Intervenção e Controle, nos tempos final e inicial de 2015 e 2016.

Tópico de Análise	Temas, Subtemas e Sub-subtemas construídos
Tópico I - Como identificam o prazer em comer?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prazer é como orgasmo; 2. Prazer é sensação de comida gostosa; 3. Prazer é sensação de aconchego; 4. Sinto-me feliz/satisfeita ao comer; 5. Não paro para prestar atenção.
Tópico II- Em que momentos percebem sentir prazer em comer?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meu prazer está atrelado a informações sobre comer saudável; 2. Quando como algo que estava com desejo; 3. Quando como algo que cozinhei; 4. Quando como sem culpa; 5. Não sinto ou poucas coisas me dão prazer.
Tópico III - O que percebem influenciar no prazer em comer?	<ol style="list-style-type: none"> 1. A comida em si; 2. O contexto <p>Subtema: A companhia: Sub-subtema: Acompanhada/ Sub-subtema: Sozinha</p> <p>Subtema: O tempo</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. O significado da comida; 4. Quando como saboreando.
Tópico IV - O que pensam sobre o desejo em comer algo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meus desejos têm gatilhos <p>Subtema: Rotina Subtema: Têm a ver com meu emocional</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Na TPM, os meus desejos são mais fortes; 3. Reflito sobre meus desejos. Isto me ajuda lidar com eles.
Tópico V - Essas mulheres satisfazem o desejo em comer?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como com culpa; 2. Como sem culpa; 3. Depende, sinto-me empoderada para decidir se satisfaço ou não; 4. Tento resistir <p>Subtema: Espero para ver se o desejo passa Subtema: Substituo por algo mais saudável;</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Vou comendo até achar o que satisfaz meu desejo; 6. Não como.

Quadro 3: Frequência dos temas construídos e valores de força de concordância pelo cálculo kappa, para duas pesquisadoras, referentes à categorização dos dados obtidos com os Grupos Focais aplicados aos grupos Intervenção e Controle, nos momentos Inicial e Final de uma intervenção interdisciplinar, não prescritivas e pautadas na abordagem HAES[®], aplicada em 2015 e 2016.

(Continua)

Tópico [§]	Tema	Subtema	Frequência dos temas [¶] -Grupo Intervenção (%)		Frequência dos temas [¶] -Grupo Controle (%)		Valor de Kappa	Força de Concordância [£]
			Inicial (n= 48)*	Final (n=32)*	Inicial (n=14)*	Final (n=11)*		
Tópico I	Prazer é como orgasmo	-----	4,2	0,0	21,4	0,0	0,908	Muito Bom
	Não paro para prestar atenção	-----	4,2	0,0	14,3	0,0	0,940	Muito Bom
	Prazer é sensação de aconchego	-----	6,3	0,0	0,0	0,0	0,799	Bom
	Prazer é sensação de comida gostosa	-----	10,4	3,1	0,0	9,1	0,872	Muito Bom
	Sinto-me feliz/satisfeita ao comer	-----	14,6	6,3	28,6	27,3	0,777	Bom
Tópico II	Meu prazer está atrelado a informações sobre comer saudável	-----	4,2	9,4	14,3	9,1	0,819	Muito Bom
	Não sinto ou poucas coisas me dão prazer	-----	8,3	0,0	7,1	0,0	0,887	Muito Bom
	Quando como algo que estava com desejo	-----	6,3	0,0	0,0	9,1	0,856	Muito Bom
	Quando como algo que cozinhei	-----	0,0	12,5	0,0	18,2	0,922	Muito Bom
	Quando como sem culpa	-----	0,0	28,1	7,1	0,0	0,951	Muito Bom
Tópico III	Quando como saboreando	-----	6,3	18,8	0,0	18,2	0,897	Muito Bom
	A comida em si	-----	12,5	6,25	21,4	36,4	0,849	Muito Bom
	O contexto	A companhia	22,9	62,5	0,0	63,6	0,800	Bom
		O tempo	8,3	31,25	14,3	36,4	0,821	Muito Bom
Tópico IV	O significado da comida	-----	27,1	9,4	7,1	18,2	0,938	Muito Bom
	Meus desejos têm gatilhos	Rotina	6,3	0,0	14,3	0,0	0,908	Muito Bom
		Têm a ver com meu emocional	10,4	3,1	28,6	36,4	0,851	Muito Bom
	Na TPM, os meus desejos são mais fortes	-----	6,3	18,8	0,0	27,3	0,922	Muito Bom
	Reflico sobre meu desejo. Isto me ajuda lidar com eles	-----	0,0	50	0,0	45,5	0,688	Bom

Quadro 3: Frequência dos temas construídos e valores de força de concordância pelo cálculo kappa, para duas pesquisadoras, referentes à categorização dos dados obtidos com os Grupos Focais aplicados aos grupos Intervenção e Controle, nos momentos Inicial e Final de uma intervenção interdisciplinar, não prescritivas e pautadas na abordagem HAES[®], aplicada em 2015 e 2016.

(Conclusão)

Tópico [§]	Tema	Subtema	Frequência dos temas [¶] -Grupo Intervenção (n)		Frequência dos temas [¶] -Grupo Controle (n)		Valor de Kappa	Força de Concordância
			Inicial (n= 48)*	Final (n=32)*	Inicial (n=14)*	Final (n=11)*		
Tópico V	Como	Com culpa	25	2	3	1	0,681	Bom
		Vou comendo até achar o que satisfaz meu desejo	3	0	0	0	0,856	Muito Bom
		Sem culpa	12	18	2	5	0,869	Muito Bom
	Depende, sinto-me empoderada para decidir se satisfaço ou não	-----	0	11	0	0	0,794	Bom
		Não como	1	0	0	0	0,747	Bom
	Tento resistir:	Espero para ver se o desejo passa	2	2	0	1	0,819	Muito Bom
		Substituo por algo mais saudável	5	1	0	0	0,797	Bom

¶ Frequência relativa dos discursos em cada tema construído, com base no número de participantes nos grupos focais de cada tempo e grupo estudados.

* n correspondente ao número de participantes presentes nos grupos focais aplicados ao grupo e tempo apontado.

£ Força de concordância entre as categorizações de duas pesquisadoras treinadas.

§ Tópico I : Como identificam o prazer em comer?/Tópico II: Em que momentos percebem sentir prazer em comer?/ Tópico III: O que percebem influenciar no prazer em comer?/Tópico IV: O que pensam sobre o desejo em comer algo?/Tópico V: Essas mulheres satis fazem o desejo em comer?

4.1. Descrição dos Temas Construídos

4.1.1. Tópico I: Como identificam o prazer em comer.

Os temas reunidos no tópico I de análise foram aqueles cujos sentidos corresponderam à maneira subjetiva de identificação do sentimento do prazer. Houve uma diminuição expressiva de falas neste tópico quando comparado o momento inicial e final, dos grupos Intervenção e Controle (Quadro 3). Esta diminuição provavelmente ocorreu uma vez que as participantes passaram a utilizar o termo "prazer" de maneira bem mais direta, não se referindo ao sentimento a partir de outros campos do conhecimento. Isto dificultou a categorização neste tópico, porém apresentou a proximidade adquirida com a ideia de prazer no momento final.

Foram construídos cinco temas para este tópico de análise, especificados a seguir.

“Prazer em comer é como orgasmo”. O tema foi construído a partir de discursos do

momento inicial, tanto para o grupo Intervenção, quanto Controle. No momento final, não foram observados discursos que trouxessem a ideia de prazer sexual relacionada ao prazer à comida, em ambos os grupos (Quadro 3).

O tema focou na percepção de sentirem um prazer ao comer como o do nível mais intenso do prazer sexual, o orgasmo. O tema variou entre discursos que a) relacionaram esta intensidade de prazer ao comer comidas específicas, como no exemplo *“Olha vou usar literalmente o adjetivo que eu uso, mas eu fico um pouco constrangida de usar! [M.^c:Usa! Usa!] Quando eu como determinada coisa eu falo pros meus amigos ‘Meu deus!’, eu vou falar, ‘Eu acabei de ter um orgasmo duplo’ [risos]”* (Controle, Inicial), assim como b) discursos que consideraram o prazer proveniente da comida como à parte dos demais, e semelhante apenas à ideia de orgasmo: *“[O que se encontra em uma comida] Às vezes eu acho que é... não é só o prazer, às vezes cê tem o prazer de assistir uma televisão, cê tem o prazer de ir no cinema... Não, é uma transa, é um orgasmo”^d* (Controle, Inicial). A primeira abrangência encontramos tanto no grupo Intervenção, quanto Controle; a segunda, apenas no grupo Controle.

O tema abrangeu também, em falas do grupo Controle, uma intensificação do prazer, quando proveniente do comer seguido do ato sexual, potencializando a sensação de orgasmo: *“Você falou em ter orgasmo, é... no meu caso é bem complicado, porque assim, eu e meu marido depois da relação sexual nós temos o mal hábito de comer chocolate tomando Coca Cola[®] então... [Risos] Não, é o orgasmo múltiplo.”* (Controle, Inicial).

O tema **“Prazer em comer é sentir-me feliz/satisfeita com a comida”** foi o mais comum do tópico. Este tema foi o que apresentou maior frequência de falas no Tópico I, e apareceu nos momentos inicial e final, para os dois grupos estudados (Intervenção e Controle). Houve diminuição da construção de discursos neste tema, em uma proporção maior para o grupo Intervenção, entre os momentos inicial e final. Assim, ao final, o grupo Controle apresentou uma frequência maior em relação ao grupo Intervenção (Quadro 3).

O tema trouxe excertos em que o prazer do ato de comer foi percebido pelas participantes enquanto felicidade e bem-estar. Os termos utilizados pelas participantes variaram entre felicidade, sentir-se feliz, sentir-se em paz, sentir-se satisfeita, sentir alegria, sentir-se leve e sentir bem-estar. Os termos mais comuns nos excertos foram “feliz” e “satisfeita”, dando o nome ao tema. Os exemplos típicos do sentido expresso no tema foram

^c "M." referiu-se à abreviação da palavra "moderador". Foi utilizada quando a fala do moderador ocorreu simultaneamente à fala da participante.

^d O uso das reticências sem colchetes representa que a fala foi pausada pela participante, havendo um breve silêncio antes de finalizar o raciocínio da fala.

encontrados em discursos como: *“Eu? Fico feliz quando eu como! Muito feliz!”* (Intervenção, Inicial), *“Bem -estar! Sabe aquela coisa quando você se sente satisfeita?”* (Controle, Inicial). Para aqueles excertos que especificaram a comida que gera o prazer, alguns discursos menos comuns incluíram aspectos intrínsecos à comida, como sabor, ou ainda aspectos extrínsecos, como o sentar com o marido para comer, aproximando-se aos temas do tópico III (O que influencia no prazer em comer). O discurso *“Não, não é exagero, às vezes o gosto me emociona, dá alegria”* (Intervenção, Inicial) exemplificou esse detalhe.

Para o grupo Intervenção, percebemos um movimento sutil do sentido entre os tempos inicial e final. Inicialmente, a ideia de felicidade esteve expressa de maneira genérica - comer gera felicidade; ao final, a felicidade pôde ser interpretada enquanto proveniente do comer sem culpa - *“Fiz as pazes com o café. Dez anos tomando adoçante, agora tô tomando café com açúcar demerara. Eu amo café e gosto de sentir DOCE^e na minha boca! Então, quando eu sento pra tomar um café eu já fico feliz pra tomar o café! Não é aquele café que eu ando com adoçante, porque eu não posso pegar peso, mas porque eu vou tomar um café com prazer e isso é mui-to bom!”* (Intervenção, Final).

Ao olharmos para o grupo Controle, inicialmente o termo mais usado foi "satisfeita" como referência para o prazer, sem detalhamento deste termo. Ao final, a palavra mais utilizada como referência do sentimento de prazer ao comer foi "feliz", com abrangência ao como e o que comer (do ambiente, da companhia e do tipo de comida - feita na hora) influenciando neste sentimento de felicidade. Este prazer, além do sentimento de felicidade ao final, também foi relatado como sentimento de leveza, relacionados aos referenciais de saudável da mulher sobre o que e como comer, descritos no discurso: *“No feriado que eu almocei com meu marido, a gente foi na feira de manhã, aí comprou tudo, a gente fez tudo fresquinho, e senta também, comer tudo fresquinho, tudo bem bonitinho. [Senti-me] Ah, bem leve assim, feliz.”* (Controle, Final). Analisando o sentido dos discursos de ambos os grupos no momento final, observamos que ambos retrataram o sentimento de prazer a partir sobretudo da expressão "feliz", relacionando esta expressão de prazer a comidas e formas de comer (comer de forma que considerem como saudável pelas mulheres do Controle, segundo referenciais construídos sobre comida fresca, comer sentado, entre outros; e comer sem culpa no Intervenção).

Os excertos categorizados no tema **“Prazer em comer é sensação de aconchego”** concentraram-se na sensação de conforto como identificador do prazer em comer. O conforto

^e O destaque em caixa alta, quando realizado nas falas das participantes, visou apresentar a ênfase dada pela sujeita à palavra destacada. Nas falas, esta ênfase ocorreu a partir do tom ou altura do som da voz.

não apareceu no sentido de “cômodo”, mas no sentido de “aconchegante”, o que foi explicitado na fala: *“A comida, às vezes, ela é muito aconchegante! É muito aconchegante mesmo!”* (Intervenção Inicial). O reconhecimento do prazer enquanto sentimento de “aconchego” tange uma relação afetiva com a comida ou ato de comer, expressada em alguns discursos pelo termo “acolhimento”, com menção à memória do comer em família como origem deste sentimento de prazer. O excerto que exemplificou esta abrangência foi *“Gosto muito, por exemplo, de paçoca, eu admito isso que eu adoro [...] Acho que é acolhimento assim, que era uma coisa que... acolhimento e... porque eu não fazia sozinha também, e aí tá... tipo, comia com os meus irmãos, com... com os meus primos, era sempre tudo coletivo assim”*(Intervenção, Inicial). No discurso, a sensação de acolhimento passa a ser evocada ao comer algo que gera prazer, passando o prazer a ser reconhecido por esta sensação. Houve proximidade entre este tema e o tema “ O significado da comida” (Tópico III).

O tema descrito foi representado apenas em falas do momento inicial para o grupo Intervenção, sendo o tema com ocorrência menos comum neste tópico. O grupo Controle não apresentou discursos neste tema (Quadro 3).

Os excertos em **“Prazer em comer é sensação de comida gostosa”** focaram na percepção de prazer em comer sobreposta a uma segunda percepção, a de comida gostosa. Não se tratou do sabor da comida influenciando no prazer, mas sim do prazer interpretado enquanto “sensação de comida gostosa”. O trecho exemplificou: *“Acho que sentir assim, fala ‘Hum, que gostoso’ tipo isso, ter a sensação de: A comida está gostosa”* (Intervenção, Inicial). Alguns discursos fizeram alusão a características específicas da comida que poderiam conferir a sensação de “comida gostosa”, como no exemplo *“Daí ontem eu... a gente fritou bife tal, aí eu peguei a cebola e coloquei lá e aquilo me fez me sentir bem, porque é uma coisa que eu falo ‘Hum, que gostoso’ e é isso”* (Intervenção, Inicial). Contudo, foi importante notar que o foco do discurso esteve no que foi sentido e não nas características que geraram a sensação. Os temas que focaram nas características em si, especificamente, estão no tópico III. Outra nuance do tema foi que houve variação na forma como os discursos caracterizaram a “sensação de comida gostosa”. Esta caracterização variou desde a menção direta, como no exemplo *“Acho que sentir assim, fala “Hum, que gostoso” tipo isso, ter a sensação de ‘A comida está gostosa’”* (Intervenção, Inicial), mas em maior grau a partir de palavras ou interjeições como “bom”, “delícia”, “hum”, conforme a fala *“Então, quando eu fui preencher o diário, né, pra mim o que despertou esse monte de reflexão que ainda continua, mas eu percebi que eu sempre colocava: ‘Que delícia! Que delícia! Que delícia!’ [risos]. [M.: No sentido de prazeroso.]É!”* (Intervenção Inicial).

Este tema foi o segundo mais comum no Tópico I. No momento inicial, ocorreu em maior frequência, e apenas para o grupo Intervenção. O grupo Controle inicialmente não expressou a ideia de prazer referente a este tema. No momento final, passou a ser construído pelo grupo Controle, porém apareceu com frequência diminuída para o grupo Intervenção (Quadro 3).

Em relação aos sentidos dos temas, inicialmente a ideia de prazer para o grupo Intervenção foi construída sobretudo na relação "sinto prazer, porque é gostoso". Ao final, o tema abrangeu, ainda no grupo intervenção, a ideia de ser possível sentir o prazer por estarem mais atentas à sensação de comida gostosa: "*Hoje já sinto, né? Eu consigo sentir esse prazer 'nossa, que comida gostosa', sabe, que eu tô comendo! Foi uma grande diferença!*" (Intervenção, Final). O sentido dos discursos tanto no grupo Intervenção, quanto Controle, ao final, expressaram a ideia de ausência inicial de prazer e passagem para uma maior percepção de prazer, justamente pela atenção à sensação de comida gostosa: "*Sim, sempre sentei pra comer, mas não pra raciocinar 'Nossa, isso tá me provocando alguma coisa?', então isso antes não existia*" (Controle, Final). O tema **"Não paro para prestar atenção"** possuiu como tendência central a ideia de não reconhecimento do prazer ao comer. Tanto no grupo Intervenção, quanto Controle, inicialmente, o sentido do tema abrangeu o não reconhecimento devido a não atenção à possibilidade de sentir prazer, - um comer desatento ao prazer- como na fala "*Porque eu não prestava atenção. Eu não...é, até minha relação com a comida de...me deu prazer a comida? Não sei! Eu...não sei! NUNCA tinha parado pra pensar!*" (Inicial, Controle). O tema abrangeu ainda a desatenção ao prazer devido à rapidez ao comer, como no discurso "*Eu não sei, eu como rápido, eu não penso nada, eu não sinto nada*" (Intervenção, Inicial). As ideias de rapidez e desatenção ao comer variou desde um comer rápido e desatento sem contextualização de motivos explícitos, - podendo ser entendidas como uma característica da pessoa, come-se rápido - assim como a rapidez e desatenção aparecendo contextualizadas, derivadas da rotina de atividades diárias, as quais influenciavam na maneira de comer: "*Você fica pensando, 'vou comer correndo, porque tenho que fazer isso!'. Então você não para pra pensar, 'nossa, né?'*" (Intervenção, Inicial). Não houve discursos construídos sobre este tema no momento final estudado (Quadro 3).

Apesar de todos os temas deste tópico terem diminuído a frequência entre os tempos iniciais e finais, a ausência de discursos neste no momento final tornou-se qualitativamente relevante de ser observada. Isto, porque corroborou com a justificativa dada à baixa frequência de temas no tópico como um todo: a de maior proximidade das participantes à ideia de prazer no momento final, sobretudo para o grupo Intervenção.

Este tópico evidenciou representações de prazer no imaginário das mulheres estudadas, o que pôde ser refletido e articulado com a literatura, na seção de "Discussão", auxiliando na compreensão das percepções sobre prazer em comer das participantes.

4.1.2. Tópico II: Em que momentos percebem sentir prazer ao comer?

Os temas reunidos no tópico de análise II corresponderam àqueles cujo sentido referiram-se a situações, refeições e momentos em que as participantes perceberam-se sentindo prazer ao comer. Os tópicos II e III parecem confundirem-se em algumas falas. O que diferiu as falas deste tópico do próximo foi que houve um olhar direcionado para as situações em que o prazer em comer está presente, e não para os influenciadores contidos nestas situações. Foram construídos cinco temas para este tópico de análise.

“Sinto prazer, quando como algo que estava com desejo”. Neste tema, a tendência central esteve na percepção do prazer como sendo proveniente de comer algo o qual estava-se pensando com vontade/desejo. A abrangência do tema consistiu desde o raciocínio de que o prazer está em satisfazer o desejo - comer algo desejado é prazeroso (*“[É prazeroso] simplesmente por ter a possibilidade de tá comendo aquilo que eu quero!”* - Intervenção, Inicial), até alcançando a ideia de que o prazer é intrínseco ao desejado, ou seja, se desejo é porque sinto prazer naquilo, do contrário não desejaria, conforme o exemplo: *“Mas eu sou bastante movida a desejo. Porque eu no trivial, eu, eu não sinto prazer! Tô aprendendo agora a comer salada, fruta, eu não como nada. Então eu sou movida a desejo!”* (Intervenção, Inicial). No exemplo, não se sentia prazer no trivial e também não desejava o trivial.

O grupo Intervenção, inicialmente, expressou o sentido de que o prazer está intrínseco ao desejado, assim como intrínseco à satisfação do desejo. O tema descrito apareceu no momento inicial apenas para o grupo Intervenção. No momento final, foi construído somente para o grupo Controle. O sentido expressado ao tema, no momento final pelo grupo Controle, foi de sentir prazer ao comer algo que gera desejo devido aspectos sensoriais ou memória gustativa.

Este tema sugeriu a importância do desejo na busca alimentar, e também na satisfação ao comer (satisfação que é concretizada no sentimento de prazer). Os discursos diminuíram em frequência, para o grupo Intervenção, entre os momentos inicial e final (ausência ao final), o que pode ter se relacionado com a resignificação da forma de lidar com a relação desejo-prazer. Esta resignificação foi melhor descrita nos Tópicos IV e V, em que - conforme seção

de “Discussão” - apareceu a percepção de maior autopermissão para comer o desejado, podendo assim ter sido ampliado o olhar sobre o que se deseja e o que gera prazer.

O tema **“Sinto prazer quando como algo saudável”** teve como foco o prazer em comer atrelado ao conceito de “comer saudável”. O tema abrangeu sentir prazer em comer comidas que foram julgadas como saudáveis pelas participantes, assim como prazer em comer de maneira considerada saudável pelas sujeitas. O prazer variou entre sentir prazer por incorporar saúde, como no excerto *“E eu não comia, mas agora eu gosto mais da salada, eu invento algumas outras saladas que...eu gosto bastante agora, eu acho prazeroso comer, parece que você tá...comendo uma coisa fresca, que vai me dar saúde”* (Intervenção, Final), e sentir prazer por ter feito algo com valor, para a participante, de correto. Como exemplificação: *“Ontem por exemplo eu fiz ontem, né, a hora que eu fui fazer o macarrão e eu disse ‘ah, não, vou fazer um tipo ratatouill’. Tinha várias coisas e fiz. E ficou delicioso, né. Mas assim, “ah, estava colorido”, eu sei que tô comendo macarrão, mas estava colorido! E eu sei que acompanhei com um bife, mesmo assim estava colorido!”* (Intervenção, Final). Nos excertos, a ideia de saúde foi expressa a partir de conceitos difundidos pelo senso comum e/ou pelo campo da Nutrição (*“Hoje, como a gente já tá nessa pegada de reeducação alimentar, não sei o quê, hoje o que me dá prazer é alguma coisa assim, feita na hora, com tudo mais natural possível, que eu sei que não tem é... ingredientes processados, industrializados, que foi feita ali na hora, quentinho. Isso pra mim me dá um modo de prazer absurdo”* - Controle, Inicial).

O tema apareceu nos períodos iniciais e finais, para ambos os grupos estudados. Para o grupo Intervenção, a frequência foi maior no momento final. Para o grupo Controle, a frequência diminuiu ao final (Quadro 3).

Ao analisarmos os sentidos iniciais dos discursos no tema, o grupo Controle construiu discursos sobretudo sobre prazer ao comer o que considera saudável, sendo este saudável compreendido pelas próprias participantes a partir tanto de ideias técnicas e conceitos nutricionais (carboidrato, alimento cru) voltadas ao alimento em si, quanto por conceitos mais voltados ao preparo da comida e aspectos sensoriais (por exemplo: que foi feito na hora, quente). Ao final, o grupo Controle apresentou o tema em menor grau, direcionando o olhar ao preparo da comida e o tipo de comida. Expressou a ideia, portanto, de que comidas frescas ou tipos específicos, como saladas, compreendidas enquanto promotoras de saúde pela mulher - geram prazer.

Para o grupo Intervenção, o sentido inicial do tema expressou o prazer em comer alimentos saudáveis em contraponto com a ideia de não prazer em praticas como o cozinhar.

Ao final, o grupo Intervenção expressou a ideia de prazer em comer comidas que considera saudável, mas abrangeu a ideia de mudança de paladar, no sentido de que antes não gostava, agora gosta - passaram a sentir prazer em comer o que já consideravam saudável ou em práticas alimentares que considerava saudáveis (compra de verduras, por exemplo). A ideia, portanto, de apreciar palatativamente tais alimentos apareceu em maior destaque dentro do próprio grupo Intervenção em relação ao momento inicial, e também em relação ao momento final do grupo Controle.

Já o tema **“Sinto prazer, quando como algo que cozinhei”** teve como foco o comer algo feito por si própria como uma situação em que há prazer. Nas falas expressas, o sentido abrangeu o ato de cozinhar como em si prazeroso, intensificando o prazer ao comer: *“‘Ah isso daqui vai ficar bom com isso daqui, esse tempero combina com aquilo’, então isso é bacana, de saber que aquela combinação vai trazer aquele sabor, com aquela salada, aquele molho maravilhoso, nossa que bacana, sabe? Dá até água na boca [risos]”* (Controle, Final). Além desta abrangência, o sentido do tema alcançou também o sentimento de: a) prazer proveniente do comer a comida do jeito que espera; b) prazer simplesmente por comer algo feito por si mesma e, por fim, c) o prazer de conquistar a habilidade de cozinhar, incluindo a ideia de superar expectativas sobre si e sobre a comida, aumentando as opções de comidas prazerosas. Os trechos exemplificaram: a) *“É, então eu tenho um pouco de dificuldade na hora do almoço, eu vou ao restaurante e eu como às vezes e não acho a comida gostosa, mas eu como e isso é ruim... às vezes eu tô com vontade de comer alguma coisa, aí eu vou e compro feito, e falo “ai num é”, aí eu tenho que fazer”* (Controle, Final); b) *“Eu tinha muita dificuldade, ainda tenho, né, com os doces. Mas é, depois que comecei o projeto, é, pela primeira vez eu consegui fazer um bolo, eu nunca tinha feito um bolo [riso]. Então aí ficou, até essa parte do doce que eu sentia a culpa, né, se tornou mais prazeroso. Eu poder comer um doce que eu mesmo fiz!”* (Intervenção, Final); e c) *“Então uma salada que eu diversifiquei, então, sei lá, tem um pimentão, tem uma cebola, tem um tomatinho cereja, que hoje comi um monte e mais não sei o quê. Aí você fala “ai, que delícia”! Não, tava uma delícia. Um molho, fiz um molho diferente, botei um mel a mais e tal, então, uma simples salada, às vezes um prato bonito, um arroz.”* (Intervenção, Final).

Este tema foi construído exclusivamente com discursos do momento final, em maior grau para o grupo Intervenção. Este dado pôde apresentar-nos um ponto importante do efeito da intervenção na percepção sobre o prazer em comer das mulheres estudadas: a proximidade e valorização do cozinhar, a partir da intervenção proposta, como forma de produzir prazer.

Ao final, tanto o grupo Controle quanto o grupo Intervenção abrangeram o sentido de que o cozinhar proporciona comer algo exatamente como se deseja, proporcionando prazer. Ambos os grupos apresentaram ao final o sentido também de intensificação do prazer em comer devido ao prazer do cozinhar em si. Contudo, o grupo Intervenção também trouxe a ideia de que a intervenção possibilitou este prazer, visto o estímulo à habilidade de cozinhar, superando, como mencionado acima, as expectativas sobre si e sobre a comida, e assim aumentando o leque de opções sobre o que comer nas refeições.

O tema **“Não sinto ou poucas coisas me dão prazer”** teve como tendência central dois polos de significado: um, em que a fala expressou a ausência de momentos e situações alimentares prazerosas no dia a dia (*“Eu não sei, não tem uma coisa assim...É! Hoje eu como, porque eu preciso comer!”* - Intervenção, Inicial); outro, em que houve a percepção de poucos momentos alimentares prazerosos (*“Algumas vezes sim! E outras não! E outras terminava de preencher o papel, 'ah, pra quê eu comi, não me deu prazer nenhum, sabe, só me acrescentou quilos [riso], calorias”* - Inicial, Controle). Apareceu como detalhe nos discursos, o sentimento de obrigação ao comer sem prazer: *“Não é todas as vezes que eu como pra dizer ai que delícia, tal, às vezes eu como meio por obrigação”* (Inicial, Intervenção), assim como relatos em que as mulheres perceberam-se sentindo prazer apenas ao comer alimentos que julgavam ruim: *“Eu às vezes não sinto nada, dia a dia assim não sinto nada! Como porque tenho que comer! Agora, besteirinha, gostosura, aí sim! Uma delícia! [risos] Eu tenho até desejo de comer! [riso]”* (Inicial, Intervenção).

O tema apareceu exclusivamente no tempo inicial, com frequência maior no grupo Intervenção. No tempo final, não houve discursos que remeteram à ideia do tema em ambos os grupos. A ausência do tema ao final foi uma mudança esperada dentro da proposta do HAES®, pelo estímulo valorizado ao prazer, evidenciando um efeito importante da nova intervenção proposta.

Inicialmente, o grupo intervenção expressou o comer sem prazer enquanto obrigação, relacionando a ideia de prazer àquelas preparações que a mulher não compreendia como corretas ou ideais. No grupo Controle, o comer sem prazer inicialmente apareceu como "um comer sem sentido", em que a mulher culpava-se por comer sem prazer. Em ambos os grupos, o prazer inicialmente apareceu como aspecto necessário para a sensação de satisfação ao comer, independentemente se o consumido foi considerado saudável ou não pela mulher.

“Sinto prazer, quando como sem culpa” trouxe como tendência central de sentido o prazer na situação de comer sem culpa. O sentido do tema apresentou três principais abrangências: a) a ideia de sentir prazer pelo comer sem culpa qualquer comida, inclusive

aquelas que pelo senso comum são julgadas como "não boas": *"Mas é, é a sensação de comer sem culpa, né? Não importa o que você vai comer, se é um chocolate ou é um doce ou é uma comida mais gordurosa, quando às vezes a gente faz aquela opção de não comer tudo tão natural. Ter prazer naquilo que está comendo, sem culpa."* (Intervenção, Final); b) a ideia de prazer em comer sem culpa pela permissão que o novo conhecimento construído lhe conferiu: *"Eu acho que já tenho muito prazer com a comida, desde sempre! [M.: Sim]. Mas eu acho que é...é legal quando você sabe que você pode comer, que faz parte da nossa alimentação ter esse prazer, né?"* (Intervenção, Final) e, por fim, c) a ideia do comer sem culpa proveniente de um comer conectado com a fome e saciedade, em detrimento de referências externas: *"Além de tudo que foi falado, no meu caso, hoje a qualidade de vida é olhar pra mim com mais carinho (...) Ah, tipo dessa questão de comer alguma coisa e de repente as pessoas, é...ou por conta das pessoas comentarem alguma coisa e eu pensar 'ai, nossa, eu sou uma catástrofe mesmo, não consigo me controlar e tal'! E hoje não tem problema, porque tem essa consciência dessa relação fome e saciedade!"* (Intervenção, Final). Este tema foi o mais comum do tópico, para o momento final. Apareceu para o grupo Intervenção em uma frequência maior, e exclusivamente no momento final. Inicialmente, ocorreu em uma frequência menor, e exclusivamente para o grupo Controle. O sentido do tema para o grupo Controle (momento inicial) foi o de sentir prazer pelo comer sem culpa qualquer comida escolhida. Já para o grupo Intervenção (momento final), apresentou os sentidos de prazer em comer sem culpa pela permissão que o conhecimento construído ao longo da intervenção gerou, assim como prazer em comer sem culpa pela percepção de comer conectado com fome, saciedade e vontade.

A construção deste tema possibilitou refletir sobre a maior satisfação das participantes em relação à própria alimentação após o contato com a nova intervenção proposta, devido também à desculpabilização do comer. Além disto, o tema apresentou uma possibilidade de resolução para a proximidade conflitante entre culpa e prazer nas percepções das mulheres estudadas.

4.1.3. Tópico III: O que percebem influenciar no sentimento de prazer em comer?

Os influenciadores do prazer apresentados nos temas deste tópico relacionaram-se com a intensidade, promoção ou supressão do sentimento de prazer. Quatro temas centrais e seus respectivos subtemas foram apresentados.

No tema **"O comer saboreando"**, o influenciador do prazer em comer foi a atenção.

O tema focou no momento de comer degustando como um ato de prazer. Este tema, em algumas falas, pôde-se confundir com o tema “O contexto: tempo para comer”, contudo o foco aqui foi o de saborear, atentar-se às peculiaridades sensoriais da comida, independentemente do tempo que se tem para realizar esta prática. Ficou mais clara esta nuance de sentido na fala *“Se eu tô percebendo ‘Ah esse é maionese, esse é o frango, ah esse aqui é a batata, esse’ no que tá lá na minha boca, não só tipo, colocar na boca sabe, isso deu uma influenciada bastante”* (Controle, Final). Este sentido do tema abrangeu tanto o grupo Intervenção (momentos inicial e final), quanto o Controle (momento final). Houve discursos no tema que trouxeram a ideia de comer mais buscando sentir o prazer que, ao comer sem saborear com atenção, não encontravam, segundo a percepção das mulheres estudadas: *“Às vezes cê tá diante do prato de comida e você tá tão ansioso que você come por impulso, come mais, e não tem aquela... como que chama? Paladar, ‘Hum, que delícia essa comida, esse feijãozinho, tá tudo muito...’. Então, você não sente, você come, e come o dobro, e ainda não sentiu a comida ainda assim.”* (Intervenção, Final). Esta abrangência do tema foi apresentada apenas pelo grupo Intervenção, ao início e ao final.

Sobre a frequência do tema, inicialmente, foi construído apenas pelo grupo Intervenção. Ao final, ocorreu para os dois grupos estudados, evidenciando o estímulo da proposta HAES® ao comer atento. No momento final, apesar de aparecer para ambos os grupos, foi construído com maior frequência para o grupo Intervenção (Quadro 3).

Em relação aos sentidos descritos sobre o tema, tanto inicialmente, quanto ao final, percebemos a abrangência do sentir o sabor dos alimentos como promotor de mais prazer ao comer, e inclusive como forma de comer menos, no grupo Intervenção. Ao final, contudo, os discursos tenderam a comparações entre o a vivência do comer saboreando e do prazer no tempo final do estudo com o tempo inicial, relatando um comer em maior quantidade inicialmente devido a não satisfação por comer sem degustar. Isto foi contraposto a um comer em menor quantidade ao final, devido ao hábito construído de saborear cada refeição/comida. O grupo Controle, ao final, apresentou o sentido de perceber mais prazer ao saborear, comparando com um comer sem atenção do momento inicial. No grupo Controle, no momento final, não houve relato sobre impacto na quantidade que se come devido à atenção ao comer.

O aumento de discursos neste tema no momento final, sobretudo no grupo Intervenção, apontou-nos sobre uma maior valorização do comer atento enquanto promotor do prazer em comer, após, sobretudo, o contato com a nova intervenção proposta.

O tema **“A comida em si”** apresentou como tendência central aspectos intrínsecos à

comida como influenciadores do prazer. As características expressas em maior grau foram: a temperatura da comida e o sabor da comida; em grau moderado, o aroma da comida e a textura da comida; em menor grau, a característica de comida fresca, feita na hora. Esta última característica apareceu exclusivamente ao final, para o grupo Intervenção. As demais foram tendência central do sentido tanto inicialmente, quanto ao final, para ambos os grupos estudados.

Os excertos do tema apresentaram tipicamente a influência desses aspectos intrínsecos na preferência alimentar, como no discurso *“Eu gosto de comidas quentes. Não gosto de comida fria, não gosto de salada, eu como porque sei que é saudável, é bom, né? Mas eu gosto de coisa quente, gosto de caldos”* (Controle, Inicial), ou ainda nas escolhas alimentares das mulheres estudadas: *“Então você come, não tem gosto! Se uma coisa não tem gosto, não tem nada, eu não quero, não como.”* (Controle, Final). Por fim, o alcance do tema incluiu também, de maneira menos típica, e apenas no grupo Intervenção, a influência destes aspectos na saciedade ao comer e no reconhecimento do alimento enquanto comida: *“Eu não gosto de comida fria, por exemplo, comer só salada, é uma coisa que não sacia, pra mim aquilo não é comida”* (Intervenção, Inicial).

Os alcances do tema abrangeram tanto os momentos inicial e final, exceto o sentido de reconhecimento do alimento enquanto comida, o qual foi menos típico, aparecendo apenas inicialmente no grupo Intervenção. "A comida em si" apareceu em uma proporção maior para o grupo Controle ao final, quando teve a construção do tema aumentada no grupo em relação ao momento inicial (Quadro 3). O grupo Intervenção, contudo, teve a frequência do tema diminuída. Percebemos assim, ao longo do tópico, que influenciadores do prazer passaram a ser principalmente outros para o grupo Intervenção, como o comer acompanhado e o tempo destinado ao comer (Quadro 3). O tema **“ O contexto”** focou em aspectos relacionados ao contexto em que se come como influenciadores do prazer em comer. Visto a amplitude do termo “contexto”, construímos dois subtemas, a fim de apresentar os conteúdos expressos nas falas. Os subtemas também foram construídos a partir dos próprios discursos, a saber: a companhia e o tempo disponibilizado para o ato comer. No subtema **“O contexto: a companhia”**, houve como tendência central o “com quem se come” enquanto principal modulador do prazer em comer. Neste subtema, o intervalo de significado para “companhia” consistiu em percepção de maior prazer em comer acompanhado até maior prazer em comer sozinho. Construímos sub-subtemas apresentando estas duas abrangências de sentido, a fim de poder comparar os efeitos da intervenção nessas duas percepções do prazer (o prazer ao comer acompanhado e o prazer ao comer sozinho). O excerto exemplificou o caso de maior

prazer em comer acompanhado: *“Até mesmo com alguns amigos, às vezes a gente faz umas coisas super diferente, ah vamos... ao invés de a gente sair e almoçar, vamos fazer um piquenique no parque ‘Nossa, que delícia’, né? Mas é a companhia também que faz muito mais diferença, mais do que o que está sendo comido, porque eu já tive ótimas refeições comendo amendoim”* (Controle, Final). Tipicamente, os excertos neste sub-subtema especificaram o comer com a companhia da família: *“Ah! É ... por exemplo, a comida que eu fiz com a minha família é uma refeição prazerosa”* (Intervenção, Final). O prazer em comer acompanhada alcançou também o sentido de prazer em reunir, conforme o excerto: *“Prazer, é de você tá reunido ali é... quando eu... quando dá pra reunir todo mundo, essa sensação de que ‘Ah vamos reunir pra alimentar’.”* (Intervenção, Final). Quando expressado maior prazer em comer sozinha, houve detalhes importantes dos excertos a serem ressaltados. Em alguns discursos, do sub-subtema “comer sozinha”, o prazer em comer representou tanto uma preferência por ambientes silenciosos e calmos *“Ah, pra mim, o momento que eu tenho mais prazer de comer é à noite, na janta, que eu tô sozinha. Sem ninguém, silêncio absoluto e só eu e eu mesmo”* (Intervenção, Final) , quanto também uma forma de fuga do comer em público, devido à vergonha. O discurso a seguir exemplificou: *“Pra mim só quando eu como sozinha. Porque eu tenho vergonha de comer na frente das pessoas. Me deixa incomodada. Quando eu como sozinha, como melhor”* (Controle, Final)

O subtema “A companhia” apresentou aumento na frequência tanto para o grupo Intervenção, quanto para o grupo Controle, no momento final (Quadro 3). Ao olharmos para os sub-subtemas construídos, percebemos ainda que o sentido dos discursos de sentir prazer em comer sozinha mudou em relação aos grupos e tempos. Inicialmente, o sub-subtema “comer sozinha” foi construído apenas para o grupo Intervenção, no sentido de comer sozinha como forma de vergonha ao comer alimentos considerados não saudáveis, pelo senso comum, em público. Ao final, o sub-sutema descrito foi construído no sentido de comer sozinha por vergonha apenas para o grupo Controle. No grupo Intervenção, ao final, foram construídos ainda discursos sobre percepção de maior prazer ao comer sozinha, contudo no sentido de preferência pelo ambiente silencioso/calmo. Estas nuances de sentido puderam ser interpretadas e discutidas na seção “Discussão” enquanto recorrente do efeito da nova intervenção proposta na desculpabilização do comer e, por consequência, na maior vivência da comensalidade, para o grupo Intervenção, no momento final.

O subtema **“O contexto: o tempo para comer”** apresentou como foco a disponibilidade de tempo para a realização das refeições como intensificador do prazer de comer. Nos discursos, ficou forte a aproximação de sentido entre este subtema e o tema

“Comer saboreando”. A expressão de ter tempo para comer abrangeu tipicamente o interesse em poder comer sem pressa, desfrutando da comida em si e/ou do ambiente e/ou da companhia, devido ao tempo cronológico em que se tem para isto. O excerto a seguir exemplificou o subtema: *“A refeição mais prazerosa Eu não tô correndo, eu não tô com pressa, eu não tô com a cabeça cheia, que geralmente eu vou sozinha, também não tem nenhum tipo de distração, de preocupação, daí, tipo, tô indo comer bem tranquila, bem.”* (Intervenção, Final).

Este subtema foi construído com uma frequência maior no momento final, para os grupos Intervenção e Controle. O aumento da frequência dos discursos entre o tempo inicial e final ocorreu em proporção maior para o grupo Intervenção. A percepção de comer com tempo como fonte de prazer pode refletir justamente a maior vivência desse prazer em comer com calma e atenção, possibilitando a percepção desta vivência como prazerosa.

O grupo Intervenção, no momento final, expressou em maior grau exemplos adquiridos de dedicação ao tempo em comer, como arrumar a mesa do jantar para poder realizar a refeição com maior calma. Estes discursos ocorreram em maior grau em relação ao momento inicial do próprio grupo Intervenção e aos discursos do grupo Controle final. Inicialmente, o prazer em comer com calma foi percebido, porém os discursos expressaram com menor frequência, em relação aos finais, exemplos práticos deste comer com calma (*“Aí no almoço não, você tem uma hora de almoço, então você vai, pega uma comida que você gosta, senta, aí você consegue sentir todo aquele sabor da comida.”* - Intervenção, Final)

O tema **“O significado da comida”** descreveu falas em que a comida, enquanto símbolo, apresenta significados diversos cuja identificação gera prazer. O tema foi bastante comum entre os discursos, apresentando grande abrangência e alcance. O tema alcançou o significado pela memória gustativa: *“Comida de mãe(...) Nossa, é a melhor, pode ser arroz, feijão com bife (...) Cheiro de infância.”* (Intervenção Inicial)”, sendo este alcance o mais comum no tema. Alguns discursos neste alcance expressaram o significado da comida a partir da especificidade da comida que gera prazer: *“Franguinho caipira da minha mãe”* (Controle, Final). Outro alcance do tema foi o prazer pela proximidade com a história da comida, seja pelo conhecimento da importância cultural da mesma *“Adoro comida de mãe, mas tem uma festa no interior que é a festa do divino, que eles fazem as comidas nos tachos, eles ficam o dia inteiro mexendo naquilo, aquilo é uma...”* (Intervenção, Inicial) ou pela proximidade com a própria história da mulher que fala: *“Dá prazer, eu vou te dizer, o prazer tá ligado a alguma outra coisa! (...) Churrasco, churrasco! Aqui, tem um outro prazer! Por que? Porque eu não tenho seguido! Então quando eu tenho, pra mim tem um prazer de cultivar as raízes, de*

relembrar de alguma coisa, então tem um outro sentido, não é só o churrasco!” (Intervenção, Inicial). Por fim, um último alcance, menos comum, foi o da comida enquanto símbolo de algo desejado, ficando evidente um raciocínio da “incorporação” ao comer: *“Porque quando a gente gosta, por exemplo, não é qualquer manga que eu gosto! Eu gosto da manga PALMER! E ela me lembra poderosa, porque eu tinha uma irmã [que comia manga](...). E essa minha irmã, eu lembro quando eu era pequena, ela era a visão de mulher que eu tinha...poderosa! Então tem essa situação”* (Intervenção, Inicial). O tema descrito apareceu em maior frequência no momento inicial para o grupo Intervenção. Houve diminuição da frequência de discursos neste tema no momento final para o grupo Intervenção e aumento para o grupo Controle. Os influenciadores do prazer para o grupo Intervenção ao final passaram a ser, portanto, sobretudo a atenção ao comer, o tempo destinado ao comer e a companhia.

O sentido deste tema entre os tempos e grupos também sofreu alterações. No grupo Controle, ao final, o prazer em comer relacionou-se sobretudo ao significado proveniente de memórias gustativas, ou seja, às lembranças provenientes daquela preparação ou situação alimentar. No grupo Intervenção, este sentido também foi expresso, contudo a proximidade e valorização do alimento enquanto comida e da história desta (mesmo que não relacionada diretamente com a mulher que fala) passaram a ser também influenciadoras do prazer em comer, incluindo um comer sem culpa, devido ao olhar amplo para as comidas. Esta abrangência do sentido do tema, no momento final dentro do grupo Intervenção, em que o prazer pelo significado da comida foi compreendido dentro de contextos maiores (história daquela comida para outras culturas, por exemplo), expressou maior proximidade e interesse pelo comer pelo grupo Intervenção ao final.

4.1.4. Tópico IV: O que pensam sobre o desejo em comer algo?

O tema **“Meus desejos têm gatilhos”** apresentou como tendência central a percepção de que há gatilhos que despertam os desejos alimentares. O intervalo de sentido deste tema foi desde a percepção de gatilhos negativos, como emoções ou situações julgadas como negativas, até situações de rotina que se relacionaram de maneira prazerosa com o comer. A fim de expressar estes significados, foram construídos os dois subtemas deste tema: “Rotina” e “Têm a ver com meu emocional”. **“Têm a ver com meu emocional”** foi o subtema mais comum (Quadro 3). O foco do subtema foi a percepção dos desejos alimentares atuando como

escape para situações ou emoções percebidas como negativas. O discurso a seguir exemplificou o sentido típico neste subtema: *“Eu acho que é muito o que a Joand^f tava falando de é ... você usa o que te dá prazer pra compensar alguma coisa ruim que aconteceu durante o dia”* (Controle, Inicial). O desejo foi expressado nos discursos como uma necessidade de comer, expressada pelos termos “preciso”, “tenho que”, como no excerto: *“Assim, quando eu tô muito estressada falo ‘Gente, eu preciso comer massa hoje, com bastante molho’”* (Controle, Final). Os discursos mais comuns apresentaram especificamente a comida desejada, em maior grau o doce: *“Olha, geralmente quando eu tô assim mais ansiosa eu vou pro doce”* (Controle, Inicial); a ideia de inespecificidade foi menos comum, como em *“É que eu acho que assim tem coisa que a gente sente... não sei vocês meninas, mas eu sinto, que às vezes é só ansiedade, quando eu tô muito ansiosa por alguma coisa, realmente eu fico... e não é só doce, é tudo.”* (Intervenção, Final); ou ainda *“Porque ...eu gosto, mas tem várias coisas que a gente fica assim triste, preocupada se vai dar certo ou não. Então às vezes chega no domingo já ‘Meu Deus, tenho um negócio pra fazer! Será que vai dar tempo?’ Já começa a comer! [riso] E já começa a comer! [riso]”* (Controle, Final). Alguns discursos do subtema apresentaram a ideia de mastigar alimentos, que lhe sejam julgados bons, para satisfazer o desejo, remetendo à ideia de um comer mecânico, em que deseja-se apenas mastigar algo: *“Não sou adepta de doce, de refrigerante, de fritura, mas tem uma coisa que me incomoda que é a ansiedade, a ansiedade às vezes eu... que que eu faço [sic]? Às vezes eu chego a deixar assim, uma cenoura picada em cima da pia porque às vezes eu tô ansiosa eu como aquela cenoura.”* (Controle, Inicial). Um último detalhe do subtema foi sobre a especificação dos sentimentos negativos que geram desejo, de maneira mais comum a ansiedade: *“Acho que sim. Que tem uma compensação. Você tá mais, mais ansiosa, você acaba descontando...pra mim, no meu caso, não, nervosa eu não como, eu trabalho. Não sei, mas ansiosa...ah, é chocolate.”* (Controle, Final). Os sentimentos expressados nos discursos foram, além da ansiedade, o estresse, a tristeza, cansaço, raiva, tédio e preocupação, além de situações generalizadas, como *“coisas ruins que aconteceram no dia”*. A fim de exemplificar: *“O chocolate pra mim é meio preocupante, assim, porque além dele, ele me dá prazer, mas eu também uso ele nos momentos de raiva! Tipo, quando eu tô entediada, com raiva, eu como, mas eu compro o chocolate mais vagabundo, mais bagaceira que tem!”* (Intervenção, Inicial). Um último alcance a ser descrito sobre o subtema, a ideia de que o desejo pode ser suprimido pelas emoções ou situações negativas também ocorreu: *“Eu, tem*

^f Os nomes ao longo das falas apresentadas foram modificados, a fim de preservar o anonimato das participantes.

dias que eu tô ansiosa, eu como, como, como. Tem dias que se eu tô com um problema gravíssimo eu não quero nem comer!” (Intervenção, Inicial).

O subtema descrito, "têm a ver com meu emocional", foi construído em uma proporção maior para o grupo Controle, tanto ao início, quanto ao fim. Ao final, no grupo Intervenção houve diminuição da frequência de discursos no tema, enquanto que no grupo Controle a ocorrência de discursos permaneceu semelhante em relação ao início (Quadro 3). A diminuição da percepção de desejos alimentares provenientes do emocional, no grupo Intervenção ao final, possibilitou a discussão sobre a diminuição do comer por fatores externos e aumento do comer por fatores internos, como fome, saciedade e vontade. Esta relação apareceu sobretudo pelo aumento em conjunto da construção final dos temas “Depende, sinto-me empoderada para decidir se satisfaço ou não” e “Reflico sobre meus desejos. Isto me ajudar a lidar com eles”.

Tanto inicialmente, quanto ao final, foram construídos no grupo Controle discursos sobre emoções como ansiedade e estresse influenciando no desejo alimentar. Sentimentos de emoção como ansiedade foram apontados como gerando desejo alimentar no grupo Intervenção ao final também, contudo a frequência de discursos no tema ao final foi maior para o grupo Controle.

A respeito do subtema “**Rotina**”, este expressou um polo menos comum sobre o que estimula os desejos. Tipicamente, o subtema apresentou situações prazerosas ou neutras habituais, que geram o desejo por comer algo ao ocorrerem. A ideia de momento de descanso enquanto gatilho foi um dos alcances do subtema: “*Uma caixa de bombom, ou então sempre tem... tem... então eu acho que o gatilho é o ... é o... é o descanso assim, deu o horário, vamos! [sic]*” (Controle, Inicial). O alcance também incluiu a ideia de rituais diários estimulando o desejo: “*Ritual, por exemplo, hoje... hoje é dia de fazer isso e depois disso é o doce, então você tem aquele ritual. Se você não fizer... tá te faltando algo.*” (Controle, Inicial). Um último alcance de sentido foi sobre a disponibilidade da comida que lhe é agradável: “*Na barraca do pastel de sexta feira, a rua da feira de lado é na porta da minha casa. Aquela maldição começa a entrar pelo meu nariz às seis da manhã. Eu falo ‘Por que é que vocês fazem essa maldade comigo?’ [Risos]*” (Intervenção, Inicial).

O subtema descrito apareceu exclusivamente no momento inicial, para ambos os grupos estudados, com ausência de discursos no momento final (Quadro 3). Inicialmente, o grupo Controle apresentou discursos sobre rituais e situações habituais do dia a dia gerarem automaticamente o desejo em comer, relacionando portanto o desejo a rotinas que já formaram memória sobre comida. No grupo Intervenção, inicialmente o sentido do tema

abrangeu sobretudo o comer habitual como propulsor de um desejo automático- após o almoço, desejo de doce, por exemplo, devido ao hábito de comer doce neste horário. Ainda o grupo Intervenção, abrangeu, de forma menos comum, o sentido do gatilho do desejo ser a disponibilidade da comida agradável. A ausência do tema "meus desejos têm gatilhos" ao final pôde ser compreendida pela construção de um novo tema final, "Reflico sobre meu desejo. Isto me ajuda a refletir", que ocorreu em maior proporção para o grupo Intervenção. Neste tema, a ideia de existência de gatilhos para o desejo esteve implícita, porém houve mudança de comportamento das participantes, passando a refletir e lidar com maior percepção de controle, quando comparado com "meus desejos têm gatilhos", evidenciando a influência da intervenção na vivência desses gatilhos e desejos.

O tema **“Reflico sobre meu desejo. Isto me ajuda a lidar com ele”** teve como foco o movimento de passagem de um comer por desejo, automático, para um comer precedido de reflexão sobre a dimensão daquele desejo. O tema abrangeu como dimensões refletidas sobre o desejo: quanto quero, por que quero, o que quero, quando quero e se realmente quero. O processo de reflexão foi exemplificado tipicamente no discurso: *“Antes, pensava ‘não quero nem saber, eu vou comer, e é isso, e que se exploda o mundo’, né? Hoje, eu paro e penso, né? ‘Será por que eu quero comer, será por que...’, (...)Será que realmente é o chocolate que eu quero? Será que eu não tô com fome e meu psicológico, como sempre foi muito no piloto automático, querer [sic] o chocolate?(...) E eu vi que realmente é isso, às vezes eu tô com fome, né, penso num doce, alguma coisa, mas vou lá, como outra coisa e passa a fome, passa a vontade de comer.”* (Intervenção, Final).

O alcance deste tema incluiu as possíveis consequências do privar-se sem atentar-se ao desejo, assim como as consequências de permitir-se comer o que realmente quer, de maneira consciente: *“Aí, quero muito comer um chocolate...aí, vou deixar pra comer no sábado, no final de semana, porque é aquele clássico dia do lixo, né? (...) você passou a semana inteira com vontade, a semana inteira martelando. Chega no final de semana, você comia muito além. Né? Hoje, eu já consigo perceber bastante coisa que antes eu não percebia.”* (Intervenção, Final).

O tema sugeriu um efeito importante da nova intervenção sobre a percepção sobre como lidar com o desejo e prazer pelas mulheres estudadas. Este efeito refletiu na construção do tema **“Depende, sinto-me empoderada para satisfazer ou não”**, do Tópico V, construído exclusivamente pelo grupo Intervenção.

Ambos os grupos, ao final, expressaram como sentido mais comum do tema a ideia de refletir sobre as dimensões de "quanto quero, por que quero, realmente quero?" em relação ao

desejo. Isto foi compreendido pelas mulheres estudadas enquanto promotor de maior controle sobre o desejo, saindo do comer automático. Além disto, ambos os grupos apresentaram inclusive a ideia de maior percepção de controle sobre a quantidade em que se come ao satisfazer o desejo após este processo de reflexão. Houve discursos construídos exclusivamente no momento final, e em maior frequência para o grupo Intervenção.

O tema **“Na TPM, meus desejos são mais fortes”** apresentou como foco a intensificação de vontades de comer especificamente no período pré-menstrual, com cessação do desejo ao sair do período menstrual. Um exemplo típico do tema foi visto no discurso *“E eu percebo que é perto de quando eu vou menstruar, aí me dá um negócio, um siricotico, tenho que comer chocolate, tenho que comer chocolate, comer chocolate pronto, acabou [sic], passou. Pronto, se não tem chocolate em casa eu dou um jeito, a gente faz brigadeiro, qualquer coisa, mas tem que ser chocolate”* (Controle, Final).

Os discursos abrangeram expressões de culpa em relação ao desejo, como em *“Eu já me senti mais culpada, eu me sinto muito culpada [em comer], assim se eu tô, principalmente, mais sensível, na TPM, e... [Mulher 2: Chocolate.] Tudo... tudo... [risos] terra, doce, [mais risos] terra... sabão... Menos o sabão.”* (Intervenção, Inicial), assim como expressões de neutralidade ou aceitação sem culpa em relação ao desejo no período pré-menstrual: *“É, é o mais difícil de lidar...eu gosto muito de doce...mas, assim, eu não deixo de comer todos os dias, por exemplo, mas eu não enfio o pé na barra de chocolate (...)fica mais, mais difícil de controlar, mas não [sic]... sem culpa. É aquele momento”* (Intervenção, Final).

Os discursos do tema apresentaram ainda a percepção de controle (*“Então assim, não é instantâneo, deu vontade, mas às vezes eu ou tô sem dinheiro ou tô numa situação que não posso comer chocolate naquela hora, tipo tô no meio do trabalho, dá vontade, tipo, não, então não vou comer. Mas aí, assim que eu posso eu compro um chocolate e como, aí alivia pronto, acabou e só no próximo mês. [risos]”* - Controle, Final) e descontrole em relação ao desejo na TPM (*“Mas acho que isso é muito mais forte quando eu tô de TPM. Aí é onde eu perco mesmo essa, é onde eu assalto, eu até falo pra elas ‘eu assaltei o bolinho de vocês’, ‘Não, mamãe, é meu lanchinho da escola!’, ‘Eu sei, mas a mamãe queria muito o bolinho, assaltei o lanchinho de vocês!’.* Então [riso], mas isso geralmente é na TPM” - Controle, Final).

O tema apareceu inicialmente apenas para o grupo Intervenção, e houve aumento na frequência dos discursos ao final para ambos os grupos (Quadro 3). Contudo, foi importante notar que, inicialmente, para o grupo Intervenção, o sentido dos discursos apresentou a ideia de culpa ou incômodo com o desejo no período pré-menstrual e sensação de descontrole sobre

o sentimento de desejo. Por outro lado, quando olhamos para o momento final, percebemos maior tipicidade de sentido sobre desculpabilização do desejo no período pré-menstrual nos discursos construídos, mesmo com a presença ainda de discursos sobre sensação de descontrole frente ao desejo.

O Grupo Controle apresentou tipicamente a percepção de descontrole na tomada de decisão sobre este desejo no momento final, mesmo sem menção à culpa. Inicialmente, o grupo Controle não construiu discursos neste tema.

4.1.5. Tópico V: Essas mulheres satisfazem o desejo em comer?

Neste tópico, seis temas, com seus respectivos subtemas, foram construídos. Os temas foram: “Como, com culpa”; “Como, sem culpa”; “Tento resistir”; “Vou comendo até achar o que satisfaz meu desejo”; “Depende, sinto-me empoderada para decidir se satisfaço ou não” e “Não como”.

Em **“Como, com culpa”** o foco foi o sentimento pré, pós ou durante a satisfação de um desejo, que diretamente ou indiretamente relacionou-se com a culpa. O tema abrangeu como expressões da culpa: o sentimento de arrependimento, a prática de compensação e o ato de comer escondida. Os três excertos a seguir, expressaram, respectivamente, estas três abrangências do tema: *“Eu realizo, mas depois eu quero morrer”* (Intervenção, Inicial); *“Se eu tenho vontade, eu como! Depois eu compenso!”* (Intervenção, Inicial) e *“Ir pegar escondido e comer no banheiro pra ninguém ver que você tá comendo”* (Controle, Inicial). É importante ressaltar que o “comer escondido” foi construído junto com a ideia de vergonha e medo de retaliação, pela condição de obesidade: *“por exemplo, eu não como, eu não como [com outras pessoas], porque existe um preconceito transparente, vamos se dizer assim, quando tem pessoas magras, tipo eu sou a única gordinha ali, já aconteceu de eu comer escondido no banheiro”* (Controle, Inicial). A culpa e o prazer apareceram tipicamente como dois sentimentos não excludentes, uma vez que os excertos mais comuns expressaram o sentimento de prazer durante o comer, mesmo com arrependimento posterior ou culpa anterior: *“Culpa! Sempre. É um prazer, mas é culpa!”* (Intervenção, Inicial).

Um outro alcance do tema foi a sensação de perda de controle diante do desejo. Em maior grau, os discursos apresentaram esta falta de controle sobre a quantidade consumida ao satisfazer o desejo: *“Eu pelo menos quando estou com muito desejo, sabe quero comer, quero comer, eu como assim que chega ficar com dor de barriga depois, como que nem uma vaca!”*

(Intervenção, Inicial). Diferentemente dos demais alcances deste tema, a expressão de falta de controle diante da quantidade conduziu, em alguns discursos menos comuns, à relativização do prazer, colocando este como diminuído diante do arrependimento, como no excerto: *“Aí eu fiz tudo, comi, aí não sei nem se senti gosto, comi, comi, comi, aí depois fiz assim ‘Ai, Meus Deus, porque eu fiz isso?’.”* (Intervenção, Inicial). Em menor grau, a perda de controle abrangeu a ideia de sentir-se sem poder de escolha diante do desejo, conduzindo-se sempre à realização do desejo alimentar: *“Fraqueza. Com fraqueza, a gente se rende. Dava taquicardia, dava uma coisa que é ... Então a gen... eu me rendo, eu falo ‘Por que eu vou passar por isso? Tá me incomodando’, e vou lá e como o torresmo e pronto.”* (Controle, Inicial).

Para o grupo Controle, os discursos sobre comer escondida foram construídos apenas no momento inicial, em que as mulheres relataram sobretudo a ideia de vergonha ao comer, e a culpa vindo desta vergonha. Comia-se escondida pela vergonha ou medo de retaliação. Para o grupo Intervenção, inicialmente, a culpa apareceu sobretudo como sentimento derivado do olhar dualista para os alimentos e, por isso, sentia-se culpada ao comer algo compreendido como promotor de ganho de peso. Inicialmente, os discursos trouxeram como consequência desta culpabilização o ato de compensar com restrições alimentares posteriores, realizar o ato de comer escondida ou ainda sentir-se fora do controle para tomadas de decisão sobre comer ou não comer.

Ao final, a culpa apareceu no grupo Controle sobretudo após o ato de comer, alcançando o sentido de "arrependimento" do comer, devido à rejeição do corpo gordo e a formas de comer que a mulher compreendia enquanto promotoras de ganho de peso. No grupo Intervenção, ao final, o sentido do tema abrangeu o sentir culpa devido à percepção de ter realizado uma escolha alimentar desnecessária para aquele momento/fome/vontade, sem relacionar esta escolha ao ganho de peso.

Este tema foi o mais comum entre todos os tópicos, sendo construído tipicamente para o grupo Intervenção no momento inicial. Tanto no grupo Controle, quanto no Intervenção, houve diminuição da frequência do tema do momento inicial para o final (Quadro 3). A partir da construção deste tema, também pudemos percorrer uma interpretação relevante sobre o efeito da intervenção proposta, o de desculpabilização do comer e do prazer em comer. **O tema “Como, sem culpa”** teve como foco a ideia de satisfazer os desejos constantemente, independentemente da comida desejada, sem sentimento de culpa anterior ou posterior ao comer. O tema apresentou dois principais polos de significado: um, em que se comia o que deseja, constantemente, sem culpa, na quantidade necessária para satisfazer o desejo; outro,

em que constantemente comia-se o que deseja, sem culpa, mas pensando na quantidade. Os discursos seguintes exemplificam estes dois polos, respectivamente: *“Tá na chuva, é pra se molhar, não tem isso não! Aí chega na hora, já não pensa em nada! [risos] Vamos comer! [risos] Come e não ficar pensando ‘ah, isso aqui...’. Vou comendo! [riso]”* (Controle, Final); *“Aí eu tenho que comprar algum salgadinho, né? Mas aí eu compro aqueles pacotinhos que vêm aqueles pacotinhos individuais [sic]. Quando vem [o desejo], eu compro aquele pacotinho”* (Controle, Inicial). A preocupação com a quantidade apresentou nuance de sentido entre os discursos iniciais e finais. Inicialmente, a ideia mais comum expressa foi a de restrição (*“Nesse sentido, de que hoje não tem mais nenhum alimento que eu tenha medo! Não tem mais nenhum alimento que eu não possa comer (...) Mas eu vou ter que saber que pro resto da minha vida, eu vou ter que dosar a quantidade.”* – Intervenção, Inicial), enquanto que ao final, a ideia mais comum expressa, para os dois grupos estudados, foi de “pouco pode me satisfazer naturalmente”: *“hoje eu sei que eu posso, eu não preciso comer aquele negócio inteiro pra passar a minha vontade. Aí a diferença, né, a vontade, vontadinha ou vontadona. Então hoje você consegue limitar e falar ‘ah, mas eu preciso disso inteiro?. Não, eu posso comer só um pedacinho dele e pronto, estou satisfeita, a minha vontade passou.’ Então dá para ponderar mais esse trauma com a comida.”* (Intervenção, Final). Ficou evidenciada a mudança de relação com a comida: antes, trauma; agora, ponderação.

Dessa forma, inicialmente, os discursos neste tema para o grupo Intervenção abrangeram a ideia de comer sem culpa, independentemente da quantidade, assim como a ideia de “já que comi, comerei mais ainda”. Ao final, no grupo Intervenção, a frequência deste tema aumentou, apresentando discursos sobretudo sobre permissão para comer sem culpa, com a percepção de que pouco poderia satisfazer naturalmente, se degustado.

Para o grupo Controle, inicialmente, o tema apareceu em menor grau, com sentido de comer sem culpa independentemente do que ou quanto. Ao final, a frequência do tema aumentou também neste grupo e o sentido permaneceu.

Houve uma variação atípica no significado do tema, quando a ideia de satisfação do desejo apareceu enquanto negar-se a comer algo que não se sente desejo, ou seja, que não gera prazer: *“E eu acho que eu aprendi a ter também desprazer! Por exemplo, colocar uma comida no prato que eu, colocar ela na boca, e falar ‘não era bem isso que eu quero, ela vai ficar aí no prato. Eu não vou colocar ela pra dentro, porque ela tá no prato’. Então eu aprendi a ter o desprazer da comida [riso]”* (Intervenção, Final).

Este tema sofreu aumento na frequência, para os dois grupos estudados, entre os momentos inicial e final, como era de se esperar devido à diminuição do tema anterior. Isto

evidenciou o efeito da desculpabilização do prazer e do comer na percepção das mulheres estudadas a partir da abordagem HAES[®]. Contudo, este aumento foi proporcionalmente maior ao final para o grupo Intervenção, o que apresentou o efeito intensificado da nova intervenção proposta (Quadro 3).

O tema **“Tento resistir”** focou na não satisfação imediata do desejo como prática alimentar comum, visando a diminuição ou supressão do desejo. A resistência à satisfação dos desejos alimentares descrita nos discursos abrangeu duas práticas tipicamente: a de substituir a comida desejada ou a de esperar o desejo passar, dando origem aos dois subtemas (‘‘Substituo por algo mais saudável’’ e ‘‘Espero para ver se o desejo passa’’).

Em ‘‘Substituo por algo mais saudável’’, a substituição deu-se mais comumente por outras comidas que as mulheres julgavam serem mais saudáveis. Como detalhamento destas substituições, as falas apresentaram técnicas aprendidas com o senso comum ou ainda com profissionais da saúde: *‘‘Eu também gosto muito de lanche. E aí, eu fui aprendendo com o tempo, com uma nutricionista que era minha amiga, a gente pode fazer opções, por exemplo, você gosta de hambúrguer, em vez de você comer um hambúrguer que foi feito cheio de gordura, você faz seu próprio hambúrguer com menos gordura. Você troca o pão por um pão integral!’’* (Intervenção, Inicial). Houve neste subtema uma proximidade com o tema ‘‘Não como’’, visto a ideia implícita de negação da satisfação do desejo. Apesar de haver consumo de algum alimento ou produto no momento do desejo, este consumo não se referiu necessariamente à comida desejada. Outra proximidade foi com o tema ‘‘Vou comendo até achar o que satisfaz meu desejo’’, visto que a tentativa de substituição do desejado por algo mais saudável foi apresentada, mesmo que de maneira menos comum nos discursos, como geradora de um comer desnecessário: *‘‘Eu quero comer doce, eu como banana, não é doce suficiente. Aí eu como uva passa, não é doce suficiente (...), porque eu vou pelo saudável. No final, eu comi todas as coisas saudáveis e ainda quero o doce de leite’’* (Intervenção, Inicial).

O grupo Controle não construiu discursos neste tema (Quadro 3). O grupo Intervenção, inicialmente, relatou sobretudo o ato de substituir alimentos desejados por medo de engordar, ou ainda o relato de satisfação do desejo apenas quando o mesmo estivesse muito grande. Ainda inicialmente, os discursos no tema abrangeram a percepção de comer além da quantidade desejada de alimentos que foram usados como substitutos, devido a não satisfação ao comê-los. Ao final, a frequência diminuiu deste tema no grupo Intervenção (Quadro 3) e o grupo apresentou a ideia de substituição como estratégia, tendo alimentos planejados disponíveis, a fim de não ficar refém do desejo.

No subtema ‘‘Espero para ver se o desejo passa’’, a tendência central foi a resistência

ao desejo a partir da espera temporal. Tipicamente, encontramos este alcance de significado no excerto: *“Eu espero! Vou ver se realmente eu quero, se não vai passar [M.: [risos]], que às vezes era só aquele momento que eu tava! Então eu falo, ‘não, então espera, calma’. Ai fica, se no terceiro dia eu estiver com vontade, eu como”* (Intervenção, Final). Um detalhe importante e comum a toda abrangência do tema foi a possibilidade de satisfação do desejo, caso a substituição ou a espera não resulte na diminuição ou supressão do desejo: *“Primeiro eu fico tentando substituir, né, mas quando chega no limite assim, eu vou lá compro e como”* (Intervenção, Inicial).

O subtema "Espero para ver se o desejo passa" não apresentou mudança de frequência dentro do grupo Intervenção, quando comparados os tempos inicial e final. Para o grupo Controle houve a construção de 1 novo discurso.

Foi importante, portanto, compreender as mudanças no alcance de sentido deste subtema entre os momentos estudados. Nos discursos finais, sobretudo para o grupo Intervenção, esteve implícito a ideia de reflexão sobre o desejado, ou seja, esperar o desejo passar como ferramenta de reflexão sobre a real intensidade do desejo e não como ferramenta de restrição ou tentativa de negação do desejo, típico dos discursos iniciais: *"Espera 5 minutos entre um prato e outro", ai você tem certeza se você quer outro ou não, né? Ai eu terminei de comer, meu esposo terminou de comer, ai eu falei assim, 'ok, quer um pouquinho?' 'Vô', 'Espera um minutinho?', 'Espero', bota as duas cumбуquinhas de lado, ai dali a 5 minutos eu pergunto 'Você quer realmente comer?' 'Quero!', ai a gente levanta e vai pegar comida."* (Intervenção, Final) e *"Depois que eu fui pra esse spa horroroso aí, que eu nunca mais quis ser daquele jeito que eu era! Eu voltei muito magra e eu não queria mais. Eu aprendi e hoje eu lido da seguinte forma: eu espero três dias e se ele não passar...[como]"* (Intervenção, Inicial.)

Inicialmente, o grupo Controle não apresentou discursos neste tema. O grupo Intervenção apresentou inicialmente, por sua vez, o ato de esperar sobretudo como uma estratégia para não satisfazer o desejo, devido, por exemplo, ao medo do engordar. Ao final, em ambos os grupos, o esperar apareceu como uma estratégia de reflexão sobre a real intensidade do desejo - com permissão de satisfação caso percebessem que o desejo não havia passado.

O tema **“Depende, sinto-me empoderada para decidir se satisfação ou não”** teve como tendência central a ideia de decisão autônoma e refletida sobre satisfazer ou não um desejo alimentar. A ideia de “empoderamento” foi compreendida por nós no sentido discutido por Paulo Freire¹²¹, em que há construção de liberdade pelo sujeito, através da

conscientização, para agir diante de uma situação antes opressora: *“Essas semanas passadas, (...) eu tava com fome, eu falei ‘Não, eu vou sair’! Eu fui ao restaurante, peguei salada, filé mignon, uma taça de VINHO, sentei e almocei com uma taça de vinho pela primeira vez na minha vida! [M.: Que prazer! Isso é ótimo!] E eu me senti empoderada!”* – (Intervenção, Final).

Os discursos apresentaram como reflexões possíveis para decisão de satisfazer ou não: as raízes do desejo (*“Eu avalio se é vontade ou conveniência, se é vontade, eu como”* - Intervenção, Final); a intensidade do desejo (*“se achar que é só encheção de saco mental, é...ou eu como uma fruta (...)se é realmente vontade de comer doce, brigadeiro, eu desço na padariiiiã⁸, compro as coisas e faço”* - Intervenção, Final); e, tipicamente, a possibilidade de pensamento não proibitivo (*“respeitar o que o seu corpo tá dizendo e, sei lá, tá com vontade de comer algum alimento que não é necessariamente O natural, é o industrializado, tal, come e cabou! Aproveita o momento e ... seja feliz. É isso”* - Intervenção, Final).

Ficou explícito no tema o alcance da ideia de desconstrução do alimento como bom ou mau. Um exemplo típico deste alcance: *“essa desconstrução de alguns alimentos que até então pra mim eram proibidos, ou eu comia com culpa, longe de todo mundo, né! Desde que eu saiba a quantidade, né, não é a emoção que vai me fazer comer mais, isso eu consigo controlar agora.”* (Intervenção, Final). Por fim, como último detalhe alcançado no tema, foi a expressão de maior atenção às sensações de fome e saciedade: *“Às vezes eu como mais um pouquinho e às vezes não. Tá suficiente, depois eu como uma maçã, uma fruta. Hoje, eu estou prestando atenção mais que tanto de fome eu tenho, né, então estou ouvindo mais meu corpo”* (Intervenção, Final).

Este tema foi resultado exclusivo dos discursos no momento final para o grupo Intervenção, não havendo discursos construídos pelo grupo Controle (Quadro 3). Os discursos evocados neste tema apresentaram proximidade, mostrando-se consequentes, sobretudo do tema *“Reflico sobre meus desejos. Isto me ajuda a lidar com eles”*.

O tema **“Não como”** foi o menos comum entre os discursos do Tópico V, e trouxe como foco a negação do desejo de comer. O alcance deste tema foi o da negação do desejo, quando, pelo senso comum, a satisfação poderia levar ao ganho de peso. O discurso que o exemplificou foi: *“Minha nutricionista [da intervenção] Me fez eu jurar que esta semana eu ia ignorar meus instintos, ia comer daquilo que eu tivesse vontade! Esta semana eu comi!”*

⁸ A representação repetida da letra "i" visou apresentar a entonação dada pela sujeita à palavra. No caso, a fala esticada da sílaba "ri" na fala da participante representou a ideia de ação demorada referente ao "ir à padaria". Assim, foi enfatizado pela entonação dada à sílaba, o percurso necessário para realizar o desejo, no caso considerado longo pela mulher.

Mas, por exemplo, eu não comia a rabada há uns três anos, porque eu sei que engorda. É...eu não comia...um monte de coisa” (Intervenção, Inicial).

O tema foi construído apenas pelos discursos iniciais, exclusivamente para o grupo Intervenção, sendo um tema ausente no momento final. A pouca representatividade do tema deu-se também pela sua aproximação de sentido com o tema “Tento resistir”, que foi construído em maior grau nos discursos. A ideia de negação com realização posterior,- no momento inicial- foi mais típica, portanto, do que a de negação sem realização, mesmo que a realização não tenha sido a partir do exato desejado ("Substituo por algo mais saudável").

O tema **“Vou comendo até achar o que satisfaz meu desejo”** teve como foco a busca pela satisfação de desejos constantemente não identificáveis. Como exemplo típico, tivemos: *“Aí eu começo a buscar, 'mas não era isso..', aí eu como, vou comer outra coisa, aí não era isso, aí eu como outra coisa, aí parece que não satisfaz a vontade que o primeiro ficou....aí vai”* (Intervenção, Inicial). De maneira comum neste tema, discursos neste sugeriram preocupação em comer mais do que gostaria, mesmo sem satisfação, devido a não identificação do que se deseja: *“Não, eu como, vou buscando. Vou buscando! Ai quando eu vejo já comi trocentas coisas pra substituir aquela única”* (Intervenção, Inicial).

Este tema incluiu discursos somente do momento inicial para o grupo Intervenção. A diminuição da frequência deste tema, no grupo Intervenção e no momento final, apontou para um comer mais refletido, menos culpabilizante e mais satisfatório em quantidade e prazer para as participantes. Este apontamento foi percebido também pela construção em conjunto de temas como "Reflico sobre meus desejos. Isto me ajuda a lidar com eles", "Depende, sinto-me empoderada para satisfazer ou não", típicos do momento final e do grupo Intervenção e "Como sem culpa". As figuras 2 e 3 apresentaram os principais sentidos construídos nos temas dos 5 tópicos de análise nos momentos inicial e final, para os grupos Intervenção e Controle, respectivamente.

Figura 2: Principais sentidos dos temas construídos para o Grupo Intervenção de um estudo chamado "Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem "Health at Every Size[®]" nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar.", nos anos 2015 e 2016. *Tempos estudados. T_i = tempo inicial, quando foram aplicados os grupos focais iniciais/T_f = tempo final, quando foram aplicados os grupos focais finais.

Principais sentidos provenientes dos temas para o grupo Intervenção em T0*	Principais sentidos provenientes dos temas para o grupo Intervenção em T7*
<ul style="list-style-type: none"> • Prazer foi identificado a partir de sentimentos de felicidade, conforto, comida gostosa e do prazer sexual; • Desejo e prazer foram percebidos caminhando juntos; • Houve presença de discursos sobre o prazer ser pouco sentido e ao ocorrer, tipicamente, acompanhava o sentimento de culpa; • Aspectos sensoriais da comida são percebidos como moduladores importantes do prazer; • Discursos sobre prazer em comer sozinha sobretudo como forma de controle do que se come e vergonha de comer em público; • Quando comiam comidas desejadas, comiam tipicamente com culpa. Quando comiam sem culpa, costumava-se haver a preocupação com a restrição da quantidade; • Presença de discursos sobre comer emocional, em que os desejos alimentares apareceram como escape para situações ou emoções negativas; • Havia resistência ao que se desejava comer, sobretudo pelo medo de engordar; • A negação ou resistência ao desejo em comer, sobretudo pelo medo de engordar, apresentava-se como premissa de um comer desconectado com a real vontade e satisfação, o que gerava a percepção de um comer em quantidade maior do que a real vontade - um comer percebido como desnecessário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prazer identificado a partir de sentimentos de felicidade e comida gostosa; • Proximidade com a comida pelo ato de cozinhar passou a ser percebida como promotora de prazer; • A ausência de culpa passou a ser percebida como modulador positivo do prazer; • O tempo destinado ao comer é percebido como um modulador positivo do prazer em comer, apresentando mais discursos sobre a vivência do comer com calma e atenção como prazerosa; • O comer acompanhada da família passou a ser percebido em maior grau como gerador de prazer, apresentando maior vivência da comensalidade; • Os desejos passaram a ser percebidos não como problemas, mas sim como objeto de reflexão para a melhora da alimentação e do bem-estar; • A percepção de momentos de comer sem culpa aumentou, acompanhando a percepção de que pouco pode satisfazer naturalmente os desejos; • Houve percepção de empoderamento sobre o que, quando e quanto comer, o que levou à percepção de maior autonomia das escolhas alimentares pelas participantes.

Figura 3: Principais sentidos dos temas construídos para o Grupo Controle de um estudo chamado "Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem "Health at Every Size[®]" nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar.", nos anos 2015 e 2016. *Tempos estudados. T_i = tempo inicial, quando foram aplicados os grupos focais iniciais/T_f = tempo final, quando foram aplicados os grupos focais finais.

Principais sentidos provenientes dos temas para o grupo Controle em T0*	Principais sentidos provenientes dos temas para o grupo Controle em T7*
<ul style="list-style-type: none"> • O prazer identificado a partir de sentimentos de felicidade e do prazer sexual; • Presença de discursos sobre não sentir ou prestar atenção no sentimento de prazer, com presença do sentimento de culpa ao ocorrer; • Aspectos sensoriais da comida são percebidos como moduladores importantes do prazer; • O prazer em comer sozinha é percebido, sobretudo como forma de vergonha ou medo de retaliação ao comer em público; • Quando comiam comidas desejadas, comiam tipicamente com culpa; • Presença de discursos sobre comer emocional, em que os desejos alimentares apareceram como escape para situações ou emoções negativas; • Ausência de discursos sobre percepção de empoderamento sobre a satisfação dos desejos alimentares ou reflexão sobre os desejos e prazer em comer. 	<ul style="list-style-type: none"> • O prazer identificado a partir de sentimentos de felicidade e comida gostosa; • Permanência de discursos sobre comer emocional, em que os desejos alimentares apareceram como escape para situações ou emoções negativas; • Ausência de discursos sobre empoderamento da decisão de satisfação dos desejos alimentares; • Presença de discursos sobre um comer prazeroso a partir da reflexão sobre os desejos; • Aumento de discursos sobre o comer acompanhada como promotor de prazer, indicando maior vivência de comensalidade como ferramenta de prazer; • Aumento da percepção de aspectos sensoriais da comida como promotores de prazer, porém com menor proximidade, em relação ao grupo Intervenção, do prazer pelo cozinhar.

Os dois grupos (Intervenção e Controle) apresentaram uma transição da percepção do prazer vivenciado com culpa para uma percepção do prazer vivenciado sem culpa. Contudo, ficou evidente um processo mais marcante de tal transição para o Grupo Intervenção, a partir de um processo de inclusão da reflexão sobre a própria alimentação e percepção de empoderamento sobre o sentir prazer. As percepções sobre o prazer das mulheres estudadas, assim como as implicações destas percepções no ato alimentar foram discutidas com articulação à literatura na seção “Discussão”, a seguir.

5. DISCUSSÃO

No que tange os objetivos desta pesquisa, percebemos que a nova intervenção proposta proporcionou um processo reflexivo. Este processo culminou na transição das percepções sobre o prazer das mulheres estudadas de um comer com prazer, mas com culpa, para um comer com prazer e sem culpa. Além disto, percebemos implicações destas percepções construídas ao final em outros aspectos da prática alimentar, a saber: maior autonomia alimentar, maior satisfação em relação à própria alimentação, menor sensação de comer além do realmente necessário (hiperfagia), maior conexão e direcionamento da alimentação pelas sensações de fome e saciedade e maior vivência da comensalidade.

Entendemos neste trabalho a percepção enquanto conhecimento que permite o ser humano compreender e vivenciar uma dada experiência a partir dos sentidos e significados atribuídos a esta.^{66,67} Ao adotar tal construto, foi possível olhar para os dados da seguinte maneira: a percepção do prazer em comer foi justamente a maneira como as mulheres compreendem, experimentam e, assim, vivenciam tal prazer. Além disto, esta vivência esteve intrincada na noção de certo e errado que as participantes têm sobre o objeto desta consciência, no caso o prazer em comer.^{66,67}

Nesse sentido, os discursos das mulheres estudadas, após passar pelo processo de interpretação, permitiram a identificação de três principais núcleos de compreensão sobre prazer em comer, pelas sujeitas: 1) O prazer gerado pelo caráter transgressor do comer 2) O prazer enquanto objeto de desejos que remetem a memórias afetivas (sentimento regressor) e 3) O prazer devido sua relação com a construção e afirmação identitária. Tais núcleos de compreensão foram interpretados enquanto a base geradora do prazer das mulheres estudadas, a qual pode estimular o desejo pela comida.

Notamos ainda que a partir desses três núcleos de compreensão, a vivência do prazer em comer foi sendo construída nos discursos. Os efeitos da intervenção apareceram sobretudo nesta vivência. No que tangeu à vivência do prazer em comer, identificamos duas principais: 1) O prazer vivido com culpa, a partir sobretudo de desejos condenáveis pelo julgamento da mulher e 2) O prazer vivido a partir de desejos refletidos, implicando em um comer autônomo, ressignificado e consciente. Como esperava-se, a primeira vivência descrita foi encontrada de maneira mais comum ao momento inicial; e a segunda, ao momento final, sobretudo para o Grupo Intervenção. Não foi possível, nem desejado por este estudo, indicar

aspectos isolados da intervenção oferecida ao Grupo Intervenção que teriam estimulado estes efeitos nas percepções das mulheres estudadas. Isto procede, uma vez que a intervenção proposta correspondeu a uma unidade, em que ações interdisciplinares e interprofissionais foram conduzidas. Contudo, foi possível olhar para o conjunto da intervenção oferecida enquanto promotora de informações desmitificadas sobre comer saudável e o peso ideal, não focando na perda de peso, e estimuladora do comer com prazer. A partir destas informações, um processo de reflexão foi estimulado, sendo esta reflexão apontada de maneira marcante nos discursos finais do grupo Intervenção e que puderam ser interpretadas como promotora de aceitação corporal, ressignificação sobre alimentação saudável; vivência refletida dos desejos alimentares, gerando um prazer sem culpa, em detrimento de um prazer com culpa; maior sensibilidade às sensações de fome e saciedade, consequentemente percebida pelas participantes como suscitando em um ato alimentar não hiperfágico; além de maior sensação de satisfação em relação à própria alimentação e maior vivência de comensalidade. Enquanto isto, a negação ou aceitação imediata do prazer, pautada em culpa ou proibições, típica do momento inicial à intervenção para ambos os grupos estudados, levava à percepção de desejo intensificado, suscitando, quando satisfeito, em um prazer com culpa, desconectado das sensações de fome e saciedade e percebido pelas mulheres como promotor de um ato alimentar hiperfágico.

A figura 4 apresentou o resumo gráfico das reflexões apontadas nesta discussão. Tentamos com isto apresentar de maneira mais clara a percepção das mulheres, constituída pelos conhecimentos compreendidos e vivenciados supracitados. Posteriormente, estes conhecimentos foram discutidos em articulação com a literatura.

Figura 4: Representação Gráfica das percepções do prazer em comer e as implicações destas implicações na prática alimentar de mulheres gordas a partir de um estudo chamado "Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem "Health at Every Size[®]" nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar", nos anos de 2015 e 2016.

5.1. O prazer proveniente de um comer transgressor e regressor.

O prazer foi compreendido nesta dissertação, partindo-se da literatura,^{76,121} como sentimento oriundo da percepção de experiências, influenciando na tomada de decisão para atividades diárias, inclusive escolhas alimentares.⁵⁴ O prazer é em sua essência incorporado de motivadores temporais, ou seja, pôde-se pensar em prazeres cuja experiência com o objeto de prazer esteve no tempo presente (tipicamente o tema "Sinto prazer, quando como saboreando" - Tópico II - ou ainda "A comida em si" - Tópico III); pode-se pensar em prazeres provenientes de uma memória, ou seja, do contato passado com o objeto de prazer

(tipicamente o tema “O significado da comida”- Tópico III); ou ainda pensar em prazeres antecipados, que derivam de uma expectativa de um prazer ainda não sentido, mas que espera-se acontecer (tipicamente tema “Meus desejos têm a ver com meu emocional”- Tópico II).¹²³ Essas estruturas temporais são compreendidas de maneira interligada - o prazer presente retoma prazeres passados e antecipa prazeres.

Os significados relacionados às diferentes comidas traduzem de certo modo os valores, crenças e conhecimentos de uma época social e cultural. Quando Flandrin e Montanari¹²⁵ apresentaram-nos as distinções alimentares entre nobres, vassallos, bárbaros, camponeses, religiosos, homens e mulheres, apresentaram-nos códigos definidores de um coletivo (e de indivíduos) pela alimentação e da alimentação pelo coletivo.

De certo que os códigos alimentares difundidos em uma época globalizada, como os séculos XX e XXI, trazem aspectos diferentes dos encontrados nas primeiras civilizações. Contudo, pensamos que se os códigos mudaram ao longo das civilizações e épocas, as bases para a formação desses códigos parecem conservar alguns traços marcantes, como a busca pela distinção entre ser humano e animal e a manutenção de estratos sociais que conferem superioridade.¹²⁴ A noção de superioridade está intimamente relacionada na história a um movimento de ruptura com tudo o que nos torna terrenos, para uma conexão com aquilo que nos transcende do próprio corpo em direção aos céus, a Deus.¹²⁷ Montanari em seu prefácio para Perullo¹²⁷, comentou sobre a periculosidade moral, transmitida por muitos pensadores, de estar conectado com o próprio corpo material a partir, por exemplo, dos sentidos do paladar e tato. Na nossa era das dietas, do combate à obesidade e da comida racionalizada à supressão fisiológica, o prazer ao comer traz também uma certa periculosidade (física e moral).

A classificação "agradável" e "desagradável" tornou-se insuficiente para descrever a totalidade da realidade psicológica de uma experiência prazerosa.¹²² Adotada para este estudo uma postura construtivista, foi interessante compreender como o prazer esteve representado para as mulheres estudadas (Tópico I). Os temas do Tópico I possibilitou-nos inferir sobre a proximidade da natureza do prazer em comer com a natureza de prazeres de outras esferas da vida humana, nos dois grupos estudados. Conforme já descritos na psicanálise e outras áreas das Ciências Sociais, é o prazer ao mesmo tempo regressor e transgressor - este último, sobretudo para o obeso e para a mulher.^{9,84} Explicaremos nos parágrafos que seguem.

O prazer alimentar é aproximado - tanto pelos textos científicos, quanto pelo senso comum, ao prazer sexual^{46,128} (“[Ao comer torresmo] eu tenho qua... eu sinto... eu tenho... sinto um orgasmo, eu sinto uma sensação de um prazer [risos](...) é impressionante, é uma sensação de um relaxamento tão grande.”- Controle Inicial, Tópico I). Sustentando esta

proximidade, no campo linguístico, há as semelhanças dos termos utilizados em ambos os universos: "comer-se algo e também alguém"; "beija-se uma boca de avelã e copulam em uma lua de mel".⁴⁶ No campo biológico, ambos os prazeres são regidos por processos neuroquímicos e áreas de ativação neural semelhantes.^{51,126} Historicamente e culturalmente, ambos são regidos por prescrições, proibições e, conseqüentemente, tabus e curiosidades.^{46,69} Na moral religiosa difundida na sociedade, o comer e o sexo podem levar à condenação da alma pela gula ou pela luxúria.⁶⁹

Dias¹²⁶ relacionou ainda o ato de comer como um substituto possível para eventuais frustrações sexuais. O termo "frustração" aqui foi entendido como uma consequência possível dentro de um contexto sexual de intensa imposição comportamental e estética, em que a livre expressão do prazer sexual é constantemente limitada, induzindo a um processo de negação da sexualidade ou vivência acompanhada pela culpa e angústia. A autora apontou para a interconectividade e interatividade das áreas sensoriais cerebrais. Neste sentido, uma modalidade sensorial, como a visão, utiliza informações adquiridas de outras modalidades sensoriais, estando a percepção interna e externa do indivíduo relacionada com diferentes estímulos e referências afetivas e cognitivas. Sob este espectro, os sentimentos provenientes de um dado estímulo sensorial poderiam ser evocados a partir de outra modalidade sensorial. As práticas de comer, copular, respirar, dormir, beber envolvem mecanismos de ativação sensorial, estando sujeitas ao estímulo de uma prática em detrimento de outra, quando apresentada desordem na vivência de tais.¹²⁶

Tanto o ato de comer, quanto o ato sexual possuem algum caráter transgressor na sociedade moderna. Para a mulher de corpo gordo, um agravante, o seu corpo é visto como reflexo das suas "qualidades morais não boas"⁴, o que pela pressão social limita este corpo no que refere-se a sentir prazer, culpabiliza-o e lhe impõe um comer voltado ao emagrecer: *"Tanto as palestras quanto o acompanhamento com a nutricionista me fez refletir um pouco mais sobre o que seria um alimento bom, o que seria um alimento ruim, porque na vida inteira a gente fica uma ideia na cabeça, né, alimento bom é aquele que não engorda e alimento muito ruim é aquele que engorda (...) Ah isso... ou isso eu não posso comer, porque não posso comer isso, porque engorda. E eu acho que... acho que em todas nós, não sei, eu tenho a impressão, pelo menos uma reflexão sobre o assunto. "* (Intervenção Final, Tópico V).

Na concepção freudiana, a sensação de felicidade está no alcance de situações de prazer. A primeira memória de satisfação plena, segundo Freud, é o contato com o leite nas mamas maternas.^{46,49,50} Não se trata apenas do leite, a comida em si, mas também da sensação

de cuidado, de acolhimento e amor, que vai além das expectativas de fome do bebê. Sob este olhar, a comida está intimamente gravada, portanto, como fonte de felicidade na memória, como foi visto nos discursos em que as participantes relataram a sensação de prazer acompanhada da sensação de acolhimento, devido a uma memória de comer em família, por exemplo. Como percebemos em *“Gosto muito, por exemplo, de paçoca, eu admito isso que eu adoro [...] Acho que é acolhimento assim, que era uma coisa que... acolhimento e... porque eu não fazia sozinha também, e aí tá... tipo, comia com os meus irmãos, com... com os meus primos, era sempre tudo coletivo assim.”* (Intervenção Inicial, Tópico I). Não apenas a fase de amamentação, mas também a intrauterina e a de introdução à alimentação familiar na fase pré-escolar possuem forte influência nos hábitos alimentares de um indivíduo.^{121,123,135} Haveria, portanto, multideterminantes psicossociais, culturais e biológicos para a construção do hábito alimentar.

Nesse sentido, o prazer enquanto experiência positiva, forma memória e pode ser evocado em situações de mal-estar.⁴⁶ Evoca-se o sentimento justamente de regredir a um estado interno mais confortável e feliz, ou ainda, de transgredir situações de imposição e normas estressantes, pela comida. O tema “Meus desejos têm gatilhos” (Tópico IV) apresentou-se como exemplo possível desta evocação: *“É, eu mereço, tô cansada, fiz bastante, tô estressada.”* (Intervenção Inicial, Tópico IV).

Fischler¹²⁴ descreveu justamente estes aspectos do comer (regressor e transgressor) como estratégicos, em empresas de fast food, que permitem uma liberdade transgressora e regressora ao “comermos com as mãos, enfiarmos os dentes em uma textura macia, gordurosa e salgada que remete a sabores agrídoces infantis” (Fischler, 2000, p.862)¹²⁴. Tudo isto atua em conjunto, ativando o apetite, o prazer e o desejo.

5.2. O prazer e sua relação com a formação identitária

O ser humano apresenta a necessidade de variedade na alimentação, já que um único alimento não nos é suficiente para suprir todas as demandas do nosso corpo biológico. Fischler¹²⁹ iniciou, assim, a discussão sobre o "paradoxo do onívoro". O ser humano possui a capacidade para comer o que está disponível, -historicamente migrando caso o alimento fique escasso, e fixando-se onde há variedade alimentar.^{124,129} Ferramentas cognitivas e teóricas para uma seleção criteriosa do que pode ser comido e o que não pode, -ou seja, do que, entre o disponível, é comida e o que não é -foram, então, desenvolvidas.^{124,129,130} O desenvolvimento destas ferramentas suscitou em práticas culturais, repassadas nas tradições culinárias. Tais

práticas passaram a inserir determinados alimentos ao cotidiano do indivíduo, gerando preferências e também escolhas alimentares específicas. Nesta inserção, o indivíduo em si passou a ser parte de um grupo, com práticas semelhantes. Tem-se aqui a noção de identidade de indivíduos e grupos pela alimentação. A cultura alimentar foi sendo assim construída, praticada e repassada.^{124,129}

A noção de identidade é ampla na literatura das Ciências Humanas e Sociais, contudo o valor inacabado e transitório da identidade parece ser um ponto de partilha entre autores^{121,122}. Além disto, há na constituição da identidade uma constante tensão entre o individual e grupal, importante de salientar, visto que esta tensão esteve presente ao longo dos discursos sobre prazer das mulheres estudadas. Este aspecto interacional da constituição da identidade pôde ser valorizado com a escolha do grupo focal para construção dos dados inclusive. A constituição da identidade é interacional, portanto, e sendo interacional, é justamente inacabada e, portanto, dinâmica.^{122,123}

Berry¹²² apontou que, segundo o psicanalista Paul Federn, as sensações corporais, relacionadas a nossos receptores sensoriais (paladar, tato etc.), estariam relacionadas à constituição da identidade. Para o psicanalista, o prazer libidinal, devido a relação prévia com zonas erógenas como a boca, estaria interligado com as sensações corporais e, sendo a libido parte fundamental na constituição do "Eu" psicanalítico, o prazer derivado das sensações corporais pode constituir em parte a identidade de um sujeito.^{121,122}

Além disso, a comida pode ser um sinal diacrítico, ou seja, a partir do que um indivíduo come, podemos reconhecê-lo em grupos sociais específicos que o representa dentro das dimensões religiosas, econômicas, políticas, sociais, comportamentais e de gênero, entre outras.¹³¹ O quê e o como se come constitui, portanto, valor comunicativo e identitário.^{124,131,132} Nesse sentido, construímos a noção de que pelo comer, e pelo prazer em comer, a identidade, enquanto constituição e reconhecimento do "Eu" das sujeitas nos níveis individual e grupal (de maneira interacional), foi formada e afirmada. Esta formação identitária pareceu-nos também influenciar na forma de compreender e vivenciar o prazer em comer pelas participantes.

Com a globalização, duas principais formas de consumo alimentar podem ser citadas: uma que nos identifica localmente, o consumo da cozinha local; e uma que nos identifica enquanto seres globais, o consumo da cozinha global.^{47,124} Estas duas práticas coexistem e incidem no sentimento de prazer ao comer pela noção de formação de identidade e, conseqüentemente, pertencimento. A memória culinária também é uma forma de manter constantes as experiências de pertença. Ao comer uma comida parecida com a que a avó

cozinhas, uma das participantes citou reviver o prazer do passado (*“eu senti o sabor lembrei da minha vó... da história da minha vó, tal ... coisas boas e coisas ruins da minha vó, então foi engraçado.”* - Controle Final-Tópico III). Ela lembrou da avó, mas também se lembrou dela e da pertença dela no mundo construído em conjunto com o mundo da avó.

O cozinhar também é uma maneira de reconstituição identitária, histórica.^{124,135,143} “[Sinto prazer], quando como algo que cozinhei” (Tópico II) apresentou esta questão. Ao cozinhar, elas perceberam uma oportunidade para comer algo próprio para elas, do gosto delas, do aprendizado vivido por elas (*“Eu poder comer um doce que eu mesmo[sic] fiz”* - Controle, Final). Aqui, não se tratou de comer um doce bom, que ela gostasse apenas, tratou-se de comer um bolo em que ela esteve de certa forma representada, aquele bolo disse sobre ela. *“Eu vibro com a salada! Então eu como mesmo com prazer a salada. Eu sempre gostei de salada, mas agora eu percebo os ingredientes que tem e que eu pensei antes! ‘Ah, vou colocar mais isso, mais aquele outro’... ‘olha, eu fiz, fiz aquilo’. Não só a salada, tudo, tudo”* (Intervenção, Final).

O gosto e desgosto pela comida é um processo social e histórico de aprendizagem do indivíduo, relacionado a uma adaptação da espécie e também a um domínio cultural.¹²³ Bloom¹³³ afirmou que o prazer que sentimos no dia a dia está relacionado com nossas crenças sobre os sentidos e significados das coisas. O prazer aqui não estaria atrelado necessariamente a qualquer processo biológico de sobrevivência, conforme poderia sugerir uma visão naturalista sobre o tema. O prazer neste caso aparece como produto da cultura. Lifshitz¹³⁷ sugeriu que o consumo pode ser muito mais dos signos do que do produto em si. O autor pontuou que o alimento seria cada vez menos matéria e cada vez mais símbolo.

Ao longo do processo histórico da humanidade, segundo Montanari¹³⁵, a Ciência Dietética e a Gastronomia reforçaram-se, a partir de conhecimentos compartilháveis e compatíveis, traçando proximidade entre prazer e saúde. O autor pontuou, contudo, uma alteração na linguagem da Ciência Dietética a partir dos séculos XVII e XVIII, em que se introduziram conceitos não mais experienciados sensorialmente, os conceitos de carboidrato, vitaminas e outros nutrientes. Se antes o conceito de saúde poderia ser concretizado pelo prazer gastronômico das combinações de cheiro, sabores, texturas e temperaturas, agora esta prática tornaria-se menos palpável. O tema “Meu prazer está atrelado a informações sobre comer saudável” (Tópico II), permitiu-nos inferir sobre a forte influência da área das Ciências da Saúde na formação de preferências e escolhas alimentares. A submersão em conhecimentos técnicos sobre a alimentação exerce influência na formação de preferências e

escolhas alimentares (*“Prazer pra mim é legumes, carboidrato, uma coisa leve” Controle Inicial- Tópico II*).

É possível inferir, dentro do contexto estudado, que houve sobreposição sobre o que é busca por saúde e o que é busca por um ideal magro. O termo “leve” nos discursos, por exemplo, contrapôs-se à ideia de prazer a partir de comida em abundância e fonte de gordura, historicamente observada nas práticas alimentares da humanidade.^{28,71} Esta busca por abundância no Ocidente deu lugar no século XX a uma busca pela moderação, sobretudo no grupo social da mulher, regida por um trajeto sociocultural em que o corpo obeso passa a ser rejeitado, almejando-se rigorosamente a magreza como um novo padrão estético. Este novo padrão estético, aliado a um novo padrão comportamental, o de rejeitar o abundante, formou-se em uma sociedade cuja produção alimentar disponibiliza, paradoxalmente, uma oferta indiscriminada de alimentos, com uma produção agrícola e industrial exacerbada. Produz-se o consumo, mas também a restrição moral deste consumo.⁴⁷

Os valores simbólicos intrínsecos à comida parecem traduzir os valores e crenças de uma época social e cultural, em certos grupos. Lifschitz¹³⁸ realizou um estudo sobre o saber do “natural” no imaginário social, enquanto categoria-síntese que expressa novas orientações e referentes culturais nas últimas décadas. Foi possível identificar para o autor polos de atração para o consumo atual que giram em torno da “saúde”, “nutritivo” e “natural”, que expressaria uma medicalização do comer, mas também de “ecologização” e “feminização” do comer.^{137,138} Estes referentes estariam em permanente interação e tensão. Nos temas “Meu prazer está atrelado a informações sobre comer saudável” (Tópico II), “Comer saboreando” (Tópico III) e “Quando como algo que cozinhei” (Tópico II), encontramos o sentido que o autor definiu como “ecológico”, que aproxima-nos da natureza, do perecível, do comer não imediato, que valoriza a mastigação, o ritual de seleção e combinação e a espera na deglutição. A ideia do natural também foi expressa em algumas falas com a ideia de medicalização do comer, em que houve a ideia de preservação e regulação orgânica (*“E eu não comia, mas agora eu gosto mais da salada, eu invento algumas outras saladas que (...) parece que você tá comendo uma coisa que vai me dar saúde”* – Intervenção final, Tópico II); assim como encontramos falas que expressaram o que o autor chamou de “feminização” do comer, constituída pelo referencial “natural-feminino-leveza-estética”, em que a estética da comida passa a representar o ideal de estética do corpo: comida leve, corpo leve (*“comer tudo fresquinho, tudo bem bonitinho. [Sinto-me] bem leve assim, feliz.”* - Controle Final- Tópico I).

Fez-se necessário aqui contextualizar essas falas à realidade da Intervenção proposta, a qual tratou sobre as escolhas alimentares a partir de conceitos de qualidade da alimentação considerando a produção da comida, o processamento e distância do campo à mesa, assim como sua proximidade com a realidade cultural de quem come.²⁹ De certo estes conceitos apareceram influenciando o imaginário sobre o "natural" e "saudável" e a valorização da proximidade com o alimento enquanto "saudável".

5.3. De um processo de reflexão à desculpabilização do prazer e outras implicações na prática alimentar: os efeitos da intervenção.

Não é difícil compreender que a satisfação plena de um desejo alimentar esbarra em prescrições e limitações sociais, culturais, geográficas, econômicas etc. Estas limitações e prescrições, segundo alguns autores, servem como mais um estimulador do desejo.^{52,139}

Segundo Lowe¹³², as sensações de prazer são geralmente objeto de julgamento moral negativo, oriundo de costumes sociais. A negação do prazer pelo “isto deve”, “isto não deve”, segundo o autor, induz à culpa, sendo esta, portanto, produto da cultura e dos valores que caracterizam a cultura.

Em “*Não sinto ou poucas coisas me dão prazer*” (Tópico II), as falas permitiram interpretar que há supressão do prazer para alimentos ou refeições compreendidos como “obrigatórios” ou “necessários”, com sentimento do prazer presente apenas em refeições entendidas como não obrigatórias ou “proibidas”. A ideia do “posso”, portanto, não estaria relacionada ao prazer no tema, enquanto que o universo do prazer incluiria em sua maioria alimentos classificados como “não posso”. As falas não trataram do prazer pelo proibido, mas sim de referências de prazer que não se encaixaram com os referências de “posso” das mulheres. Estas vivências do prazer podem ser propulsoras de culpa, enquanto prazer não permitido e frustrado.¹³²

No momento inicial ao estudo percebemos uma vivência do prazer atrelada à culpa, para os grupos Intervenção e Controle (“*Não sei, eu me sinto assim, eu me sinto bem, durante... quando estou comendo, antes não e depois não.*”- Intervenção Inicial, Tópico V), enquanto que no momento final, as participantes discursaram sobre uma passagem do prazer em comer culposamente para um prazer em comer sem culpa, derivado de um comer refletido: “*O*

que eu acho interessante do grupo, é o quanto ele cutuca com coisas...por exemplo... é só o alimento ou ele tá sendo usado pra... pra um outro processo, né? Eu acho que é isso, se empoderar da informação. E aí você comer aquilo, sabendo disso...depois você vai trabalhar ou não, mas você tá sabendo do que você tá comendo ou não."(Intervenção Final, Tópico V).

Neste processo de reflexão, houve a resignificação sobre o que é e não é saudável, assim como a construção de autonomia frente às escolhas alimentares. Este processo ficou evidente sobretudo em dois dos temas construídos: "Reflico sobre meu desejo. Isto me ajuda a lidar com eles" (Tópico IV) e "Depende, sinto-me empoderada para decidir se satisfaço ou não" (Tópico V). Este processo de reflexão e empoderamento alimentar ficou mais forte nos discursos do grupo Intervenção. O estímulo à autonomia alimentar é uma das habilidades mais interessantes para construir a sustentabilidade dos resultados positivos alcançados no tratamento à obesidade e pôde ser percebido nos discursos finais deste grupo: *"Experimentar a sensação de fome, de não fome. Escolha, tipo, você saber escolher, você ter autonomia de escolher o que você vai comer ou não, quanto você vai comer ou não, quando você vai comer ou não. E também respeitar o que o seu corpo tá dizendo!"* (Intervenção Final, Tópico II).

As falas do tema "[Sinto prazer], quando como sem culpa" (Tópico II) apresentaram um rompimento com a negação do desejo, o que possibilitou um comer sem culpa. A maioria das falas deste tema estiveram ao momento final e para o grupo Intervenção. Isto refletiu o efeito importante da Intervenção nesse movimento da percepção sobre o prazer. O rompimento com a negação do desejo foi apresentado nos discursos juntamente com a ideia de autocontrole sobre o que se come: *"Como eu te falei, como eu me permito, eu acho que o projeto, ele permite a gente voltar, é nesse sentido de você tá ali saboreando, saborear. Então assim, antigamente antes do projeto eu 'já que' eu comecei a comer, eu comia logo cinco fatias, 'Já tô aqui, vamo comer, vamo acabar', então ai não, eu saboreio, mas 'Tá, vou comer dois', já me saciou. Então eu não fico mais naquela preocupação do ai aquilo vai virando um tormento, ai cê come cinco, seis, ai parece que abre um buraco, ai cê come a pizza toda, ai cê vai carregada pra cama, porque a culpa, é um processo doloroso. Não é fácil não, é difícil"* (Intervenção, Final).

Este processo reflexivo ocorreu também para o grupo Controle, mesmo que em menor grau. Isto, visto que o referencial teórico para a condução das atividades no grupo Controle também foi a abordagem HAES[®], sendo estimulado dentro do formato proposto para o grupo a reflexão e desculpabilização do prazer em comer. Apesar da desculpabilização do comer e maior reflexão sobre os desejos e prazeres sentidos com a comida, não foi possível perceber a percepção de autonomia alimentar nos discursos das participantes do grupo Controle, evocada

sobretudo no tema "Depende, sinto-me empoderada para decidir se satisfação ou não" (Tópico V - tema exclusivo no grupo Intervenção).

Não sentir culpa não significa um ato propenso para o comer indiscriminado. Percebeu-se, ao contrário, um comer com menos ciclos de restrição, assim como com maior sensação de saciedade e satisfação pelo o que come, além da diminuição do comer por emoções como ansiedade e tristeza: "*Que quando eu me privava, parecia que aquilo aumentava em mim, tipo, quando eu comia [Mulher 2: Parece um monstro!] Por isso também, eu parei de me privar*" (Intervenção, Final); "*Com o projeto, assim, eu tenho vontade de comer doce, né, depois do almoço, que antes também eu era viciada, depois do almoço eu tinha que comer um doce, e agora assim, ah eu tenho um doce, se eu comer um pedacinho eu sei que vai me satisfazer.*" (Intervenção, Final). Lowe¹³² afirmou que a culpa, enquanto forma de autocondenação, pode ser superada pela autoaceitação. O processo observado neste estudo envolveu justamente a autoaceitação e o compartilhamento de responsabilidade, desculpabilizando as mulheres pelo corpo obeso e, além, desmistificando a perda de peso como garantia de saúde e aceitação. Os discursos apresentaram relatos sobre a implicação da vivência de um prazer sem culpa em outros aspectos das práticas alimentares das mulheres, a saber: maior vivência da comensalidade (para os dois grupos estudados), um comer conectado com as sensações de fome e saciedade e maior satisfação ao comer, com consequente relato de consumo proporcional à real necessidade ou vontade (com maior força no grupo Intervenção).

5.3.1. A Comensalidade

O ser humano é um ser biológico, cultural e social, devendo a alimentação humana suprir estes três pilares. Segundo Fischler¹²⁹, o aspecto da alimentação que melhor manifesta os pilares do social e do cultural é a comensalidade. O termo “comensalidade” apresenta a ideia de comer junto, compartilhando não só a comida, mas o contexto em que se come (tempo e espaço). Esta prática é estudada enquanto um ritual promotor de proximidade entre sujeitos e grupos sociais a partir da formação e afirmação de características identitárias e da transmissão de tradições culturais.¹²⁹

O Guia alimentar para a população brasileira³¹ retratou a comensalidade a partir de três aspectos centrais: dedicar tempo e atenção ao comer; comer em ambientes prazerosos e comer em companhia (família, amigos, trabalho), a fim de fortalecer ou criar laços. Nos discursos, a atenção dedicada ao comer foi relatada como moduladora do prazer ao comer (Tópico III), a partir de dois principais temas: “comer saboreando” e “o tempo para comer”, com aumento importante destes relatos no momento final. Este aumento ocorreu para os dois grupos estudados. Contudo, para o grupo Intervenção, a dedicação de tempo e atenção ao comer apresentou relação prática com a maior frequência de discursos sobre proximidade com o ato de cozinhar (“Quando como algo que cozinhei” -Tópico II). A relação consiste em que cozinhando mais, dedicam mais tempo e atenção ao comer; dedicando mais, passam a se interessar mais pela comida e pelo cozinhar. Além disto, esta proximidade com o cozinhar observada no grupo Intervenção ao final pode reforçar a autonomia alimentar construída.

Além disso, o tempo dedicado à comida tendeu a concorrer com o tempo dedicado ao trabalho, à família ou aos filhos no dia a dia. O processo de reflexão sobre o comer atrelou-se ao dedicar tempo para o próprio comer, percebido como autocuidado pelas participantes: *“Lá em casa também, eu era... sou pra todo mundo lá, eu não sabia o que era sentar, olhar um prato e comer o prato, a comida né? Comia sem saber o que que tinha ali... Não tinha tempo de comer, né, ‘ai, mãe pega isso’, ‘ai, resolve isso’, faz isso, cuida disso. Bom, até hoje é, mas assim, aprendi a falar o não, que era a minha meta esse ano, falar não, pra buscar a minha qualidade de vida. Então assim, eu tenho que ter tempo pra mim, eu vou ter meu tempo, às vezes assim, é uma... uma cara feia aqui, uma cara feia ali, mas uuuhhh... passou e... eu comecei a olhar isso, e observar isso, e aonde a refeição eu tive que olhar também o que eu tava fazendo, onde começou a mudar também [as refeições].”* (Intervenção, Final).

No tópico III, o subtema “a companhia ao comer” apresentou o impacto da comensalidade no sentimento de prazer das mulheres estudadas, na condição de obesidade. Nos discursos iniciais, há falas em que a preferência pelo comer sozinha é justificada pelo maior controle na quantidade de comida ingerida em momentos de comer só, em detrimento de comer em companhia: *“É! É que nem, o meu marido é uma pessoa que come muito! Então, eu detesto tomar café da manhã com ele! Porque eu perco a mão! Porque ele come quatro pães franceses no café da manhã e quando eu vou ver, eu fui junto dos quatro! Entendeu? E se eu tô sozinha, eu vou comer um e... eu sei que aquilo me basta.”* (Intervenção, Inicial). Pliner e Bell¹⁴⁰ discutiram sobre como a comensalidade influencia na ingestão alimentar. A ideia de comer mais, segundo as autoras, quando em companhia, sustenta-se principalmente pelo tempo que a comida fica disponível quando come-se em

grupo e na baixa percepção do quanto já se comeu.¹⁴⁰ Contudo, as autoras enfatizaram que o contexto do comer acompanhado, por outro lado, acarreta em exposição a normas e condutas alimentares. Neste sentido, o sujeito tende a moldar suas escolhas alimentares ao aceitável publicamente, enquanto que no comer sozinho, o sujeito vê-se livre de qualquer imposição social e cultural: *“Quando eu tô fazendo arte, eu gosto de comer sozinha”* (Intervenção, Inicial).

Neste percurso do raciocínio, os discursos iniciais apresentaram ainda um comer sozinho relacionado a um comer escondido/proibido. Fischler¹²⁹ apontou que a comensalidade por ser em si mesma um ritual de inclusão, acaba por ser também de exclusão e estratificação social. O ato de comer quando realizado pela pessoa gorda parece não ter espaço aceito dentro das normas de etiqueta alimentar. A pessoa obesa ao comer passa a ser objeto de repulsa em uma sociedade em que não há espaço para o corpo gordo. *“Eu fui com a minha mãe no shopping, aí deixei minha mãe na frente do shopping e fui estacionar o carro, e pra voltar pra encontrar ela eu passei na frente de uma doceria falei: Ah, vou comprar uma barra pra mim, um suflê né, e vou comer. Só que assim eu precisava comer antes de encontrar minha mãe, porque ela fica falando, lógico, no meu ouvido né e eu sempre como escondida, pra variar né. Então precisava comer antes de...[encontrar a mãe]”* (Intervenção, Inicial). O prazer em comer acompanhada sobressaiu-se nos momentos finais à intervenção, para os dois grupos estudados. Para o grupo Intervenção, este prazer em comer acompanhada ocorreu em um movimento atrelado à autoaceitação e à desculpabilização do comer. *“Não tem mais um alimento que eu não possa consumir. Tem algum, eu tenho que moderar em alguns por causa da saúde. Mas nenhum é vilão, né? É uma questão de desconstrução, da imagem que a sociedade quer que você tenha, da aparência física, e do que você vai comer, do que é importante para sua saúde, você comer.”* (Intervenção, Final). A autoaceitação não ficou evidenciada nos discursos do Controle, apenas a autopermissão. No grupo Intervenção, contudo, observamos um processo de ressignificação do padrão de julgamento das mulheres em relação ao próprio corpo e em relação à alimentação, também interpretável no tema “Como sem culpa”, já que o que antes era digno de culpa (para o corpo ou para a alimentação), tornou-se possível de ocorrer sem gerar este sentimento: *“Não se sentir culpada de comer determinadas coisas pensando sempre na maldita balança! Isso é uma coisa MUITO gostosa! Tipo assim, fiz as pazes!”* – (Intervenção, Final).

5.3.2. Conexão com as sensações de fome e saciedade

Há no comportamento alimentar infantil a tendência de direcionar a quantidade de comida aceita através de mecanismos de fome e saciedade. Esta resposta, contudo, pode ser modificada por fatores externos ao indivíduo, como controle dos pais sobre a quantidade de ingestão alimentar da criança e dietas.¹²⁴ Com a exposição constante a tais fatores, o indivíduo adulto pode passar a não se atentar a responder aos sinais de fome e saciedade, modulando sua resposta ao quanto comer a partir de sinais externos aprendidos. No adulto, o valor simbólico da comida implica em outros fatores para sinalização do comer e não comer, havendo resposta para momentos sociais, em que a comida está presente e resposta para sinais emocionais, como ansiedade e tristeza.¹³⁵ A valorização do comer em resposta a sinais de fome, saciedade e vontade foi apresentada em estudos como propensora de um comer mais saudável.^{32-34,38,57} A vontade de comer está relacionada na literatura como um mecanismo natural de seleção de comida, que está atrelado ao prazer. A vontade, sob este olhar, tem objeto determinado, aquilo que será benéfico ao organismo, tendo como recompensa, o sentimento de prazer.^{42,44}

Nos discursos iniciais, para os dois grupos estudados, percebemos um comer com referências para o comer e não comer comumente desassociados às sensações de fome e saciedade e que não necessariamente gerava satisfação às participantes, mas sim culpa. O comer neste momento inicial da análise encontrou-se relacionado a: 1) aspectos emocionais (*"Mas assim, sabe, tô estressada, vou comer"* - Intervenção Inicial, Tópico IV); 2) informações adquiridas sobre o que é saudável e não saudável ou o que engorda e o que não engorda, como sinal para a quantidade máxima a comer, em detrimento do sinal de saciedade (*"Por exemplo, se eu enfiei o pé na jaca ontem, e hoje eu penso no racional, não enfio. Mas, por exemplo, aí vai todo mundo almoçar num lugar que... eu vou mas penso 'Caraca, que que eu tô fazendo aqui?'*[riso] *Eu tento diminuir tudo assim, pra a culpa não ir junto"* - Intervenção, Inicial -Tópico V) ou *"Depois que eu fui pra esse spa horrórico aí, que eu nunca mais quis ser daquele jeito que eu era! Eu voltei muito magra e eu não queria mais. Eu aprendi e hoje eu lido da seguinte forma: eu espero três dias e se ele [o desejo] não passar... [eu como]"* (Intervenção Inicial, Tópico V); e 3) a um comer indiscriminado, em que se comia sem identificação ou reflexão sobre o que se deseja comer (*"Uma bolacha, wafer. Aí daqui a pouco eu falo 'não era isso, aí vou comer um pedaço de bolo!'. Aí eu como um pedaço de bolo! Aí daqui a pouco, eu falo 'ai, meu Deus, não era isso, não!'* [risos] *Eu falo 'Meu DEUS!'"* - Intervenção Inicial, Tópico V).

Enquanto isto, nas falas finais, percebemos um comer com referências para as sensações de fome, saciedade e vontade refletidas, sobretudo nos discursos dos temas “Reflico sobre meu desejo, isto me ajuda a lidar”, “Depende, sinto-me empoderada para decidir se satisfação ou não” e “Como, sem culpa”- cujo sentido ao fim da intervenção apresentou em maior grau a ideia de comer sem culpa, mas pensando que pouco poderia satisfazê-la naturalmente. Alguns discursos que expressaram o descrito: *“É... eu acho que o grupo, e... não só as atividades em quadra, mas... principalmente os encontros nutricionais, as oficinas filosóficas e... aqui com você, que trouxe esse empoderamento, de eu conseguir dizer ‘eu quero, porque eu quero; eu não quero, porque eu não quero! Eu vou comer agora, porque eu estou com fome!’ ”* (Intervenção, Final); ou ainda no discurso *“Eu como, quando eu tenho vontade, eu como, mas semp, assim... pensando na fome e na saciedade. Então a barra de chocolate: se eu tenho vontade, como, mas como dois pedaços dois pedaços, pronto.”* (Intervenção, Final).

Como descrito anteriormente, os discursos finais do grupo Controle não apresentaram a ideia de empoderamento ou autonomia alimentar no mesmo grau que o grupo intervenção. A ideia de direcionar as refeições para as sensações de fome, saciedade e vontade é uma ferramenta justamente relacionada à construção desta maior autonomia pela sujeita. Isto, porque as respostas para quando e quanto comer acompanham a sujeita internamente. Assim, o processo de conexão com os sinais de fome e saciedade, bem como de autonomia alimentar, nas participantes do grupo Controle pareceram menos evidenciados, em relação ao grupo Intervenção.

5.3.3. Maior satisfação ao comer

O comer desconectado com as reais vontades e necessidades do corpo, nas falas, levou a outro aspecto apontado nos discursos iniciais: o de sensação de hiperfagia. Alguns fatores que a literatura das Ciências Biológicas traz para a hiperfagia são: palatabilidade dos alimentos, sendo a gordura e o açúcar estimuladores típicos do sistema recompensa cerebral, com consequente descontrole da ingestão alimentar; situação de stress psicológico, mesmo na ausência de fome; baixa satisfação ao comer, porém com expectativa alta deste prazer anteriormente às refeições, o que levaria a uma maior ingestão, buscando a satisfação.⁵⁰ Os temas "Como com culpa" e "Vou comendo até achar o que me satisfaz", além do subtema "

Meus desejos têm a ver com meu emocional" apresentaram discursos com ênfase no comer além do que realmente se desejava.

Em "Como com culpa", alguns discursos típicos mencionaram o comer além do quisto devido à sensação de perda de controle diante da comida desejada. "*Eu também adoro comer, e o problema é que perco um pouco de controle, não sou compulsiva por comida, mas eu... né, como até passar mal também*" (Intervenção Inicial, Tópico V).

Na área da saúde, o desejo intenso direcionado a um determinado alimento é denominado "*craving*"¹⁴¹. Dietas e condutas restritivas são apontadas como promotoras de diminuição da produção de serotonina e endorfina, substâncias relacionadas à sensação de bem-estar e felicidade, podendo contribuir justamente para o aparecimento dos sintomas relacionados ao *craving*, a sensação de vontade intensa e urgente de satisfação em relação a algum alimento.¹⁴¹ A estigmatização na obesidade e a repressão da satisfação dos desejos caminham juntas, sobretudo pensando nesta satisfação como agravante deste corpo - tende-se a transformar a pessoa gorda em culpada e a satisfação do desejo merecedora de penalização.¹⁴²

Foi uma crítica já percorrida na literatura do HAES^{®32-34} a relação entre restrição, culpabilização, desconexão com a própria alimentação e, assim, perda de autonomia e percepção sobre quando e quanto comer. As mulheres estudadas relataram, sobretudo nos temas "Vou comendo até achar o que me satisfaz" e "Resisto", a desconexão com o que se sente e deseja, comendo comidas que não gostaria (mas que consideram saudável), em quantidade maior, a fim de satisfazer o real desejo por comidas que a participante não classifica como saudável. Comeu-se mais, porque não encontra satisfação no escolhido: "*E eu acho que a gente acaba... eu pelo menos fazia isso. Eu ia comendo milhões de coisas, entendeu? Aí eu comia uma maçã, aí não era, aí eu comia uva passa, aí não era, aí eu comia damasco, aí não era, aí no final do dia eu tinha comido tanta caloria que eu podia ter comido uma BARRA de chocolate!*" (Intervenção Final, Tópico V). Durante a revisão bibliográfica, discutimos justamente este aspecto. Na literatura, estudos sugerem que a pessoa obesa apresenta genes relacionados à recompensa pós-prandial alterados, gerando alta expectativa (busca) e baixo prazer (mais busca para satisfazer a expectativa). Nos discursos, a complexidade que envolve a busca para satisfação foi explicitada. A condenação de desejos, em favorecimento do consumo de alimentos aceitos dentro da noção de "saudável", pareceu estar atrelada a este movimento de busca constante. Em contrapartida, o rompimento com a negação do desejo pareceu gerar uma maior satisfação na alimentação, o que gerou a busca mais autônoma e condizente com a sensação de saciedade, observada com maior força no

grupo Intervenção. *"Engraçado que eu comi tudo o que eu queria lá e isso me fez comer menos doce! Eu não comi doce na Disney, eu não comi chocolate, não comi sorvete, eu comi... o que eu queria comer!"* (Intervenção Final, Tópico IV).

Para ambos os grupos estudados, percebemos um processo reflexivo e de desculpabilização do prazer, portanto. Conforme discutimos, o formato do grupo Controle, pautado na abordagem HAES[®], permitiu estes efeitos, sobretudo pelo estímulo ao prazer, pela desmistificação do comer e pelo estímulo à autoaceitação. Porém, o formato da nova intervenção proposta pôde construir maior proximidade profissional-participante, devido ao tempo de exposição às atividades, maior vivência prática dos conhecimentos conversados, com apoio do grupo e dos profissionais, assim como pela possibilidade de encontros individuais na proposta. Esta proximidade permitiu para o grupo Intervenção a construção da reflexão e desculpabilização em conjunto com outros efeitos, como a maior percepção de autonomia alimentar, que é fortalecida pela maior proximidade com o ato de cozinhar. O maior contato entre as participantes do grupo Intervenção também pode ter sido um aspecto favorável aos efeitos no grupo. Os estudos com HAES[®] apontaram para o suporte social como um aspecto importante na construção de novos hábitos saudáveis.^{24,25,32-34} O tempo de exposição às atividades do grupo Intervenção, portanto, também possibilitou a formação de laços e suporte entre as participantes.

A respeito da análise e interpretação dos dados construídos, optamos por não realizar testes estatísticos. Isto, porque entendemos que seria reduzir as possibilidades de interpretação às frequências dos discursos e a valores de significância estatística, sendo que os efeitos da intervenção estiveram apontados com maior força nos sentidos que os discursos puderam expressar. As desistências e faltas nos grupos focais, em ambos os grupos, foram limitações para a discussão dos efeitos da intervenção proposta, uma vez que impossibilitou a construção de grupos pareados ao início e ao final. O grupo focal, ferramenta de construção dos dados utilizada, caracteriza-se pela interação das participantes para evocação de conhecimentos. Não se trata de uma ferramenta em que podemos enxergar respostas individuais, pois representa a construção grupal dos dados, simulando e promovendo, conforme apresentado, a construção de conhecimentos de um grupo social. Assim, não seria possível desconsiderar os discursos iniciais referentes às participantes faltantes, não sendo nem mesmo desejável, visto a riqueza que cada discurso pôde oferecer.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Ciências Sociais e Humanas recordam-nos de que o ser humano não é um ser estritamente biológico, mas também um ser cultural e social. Por este motivo, a alimentação, enquanto ato natural humano, é não somente biológica, mas também social e cultural. Restringir os motivos pelos quais se come ao biológico é desvincular o ser humano de sua atuação natural no mundo. Desta forma, espera-se como alimentação saudável aquela cujas dimensões biológica, social e cultural estejam em pleno exercício, sendo que o prazer permeia tais dimensões.^{4,46-48,124}

A intervenção proposta promoveu efeitos positivos na relação das mulheres com o prazer em comer. Percebemos que este efeito se deu sobretudo pela desculpabilização do prazer a partir do estímulo a um processo reflexivo sobre corpo, comida e saúde. O prazer apareceu, na percepção das mulheres estudadas, como oriundo dos aspectos transgressor, afetivos e identitários do comer. Contudo, no momento inicial para os dois grupos estudados, encontramos o prazer atrelado à culpa ao comer (quando satisfeito os desejos alimentares) ou ainda um comer que gerava insatisfação com o que se come, devido ao comer desprovido de prazer (negação dos desejos alimentares). A intervenção proposta ao grupo Intervenção propiciou, a partir da reflexão, o autoconhecimento, a autoaceitação e autonomia nas escolhas alimentares. Isto refletiu nos discursos finais, os quais apresentaram o prazer em comer vivenciado sobretudo sem culpa e atrelado a um comer conectado com fome e saciedade, diminuição da percepção de hiperfagia pelas participantes e aumento da vivência do comer junto (comensalidade). Para o grupo Controle, o processo de reflexão e desculpabilização foram percebidos, assim como a maior vivência da comensalidade. Contudo, ficou menos evidente os efeitos de percepção de autonomia alimentar, no sentido de se sentirem aptas para decidirem o que, quando e quanto comerem, sem culpa.

Apesar desta dissertação não ter a pretensão de concluir sobre as consequências diretas à saúde das mulheres, foi plausível a reflexão sobre isto. O ato de comer em sua complexidade e totalidade é um fator reconhecido para promoção de saúde. No estudo, construímos um fluxo de raciocínio em que a influência da intervenção nas percepções sobre o prazer em comer foi capaz de conferir aspectos importantes para uma prática alimentar mais saudável: autonomia, menos culpa, conexão com os sinais internos de fome e saciedade,

percepção de não hiperfagia pela maior satisfação ao comer, satisfação ou negação de desejos condizentes com a reflexão das participantes e o ato de comensalidade.

O ato de comer é apenas uma das grandes experiências ao longo da vida, contudo é uma experiência frequente. Por isto, caso não nos pareça estimulante, corre o risco de ser degradante.^{44,45} A contribuição deste estudo para a Saúde Pública abrangeu sobretudo a oferta de novos dados que visam evidenciar a importância de condutas desmistificadoras, não estigmatizantes e que estimulem o prazer ao comer nas áreas da Alimentação e da Obesidade. Ficou claro que o prazer em comer sem culpa é um desfecho necessário quando falamos da saúde da mulher gorda.

A literatura das áreas da Nutrição, das Ciências da Saúde como um todo e das Ciências Sociais e Humanas apresentam relações benéficas entre a desculpabilização do comer, a autoaceitação e o estímulo ao prazer para uma relação mais saudável e com escolhas alimentares mais coerentes com as reais necessidades do corpo.^{24,25,32-34} Novos estudos de seguimento podem ser realizados a fim de identificar se houve manutenção das percepções e implicações discutidas aqui, a partir de uma conduta não prescritiva, interdisciplinar e pautada na abordagem HAES[®].

Entendemos que este estudo não teve sua importância focada na oferta de um modelo de intervenção pronto a ser reproduzido. A reprodução da intervenção proposta neste trabalho esbarra em limitações financeiras para o Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo. Contudo, a partir de um olhar voltado para a Saúde Pública, alguns aspectos surgiram deste trabalho enquanto condutas eficazes para o trabalho em saúde direcionado à obesidade. Estes aspectos perpassam desde a formação do profissional de saúde e as ações em saúde voltadas para a coletividade até o contato individual profissional de saúde e paciente. Procuramos apresentar, por fim, algumas condutas práticas que podem ser estimuladas no campo de educação e ação em Saúde Pública, que iriam ao encontro dos resultados e discussão apontados neste estudo. Foram elas: 1) formação em saúde que proponha um olhar diferente para os corpos gordos e, conseqüentemente, na forma de atuar com estes corpos. Isto exige uma formação que quebre com o paradigma de que o corpo gordo é intrinsecamente doente. A aproximação do conteúdo desta formação às Ciências Sociais e Humanas faz-se necessário; 2) formação, de profissionais da área da Nutrição, em que haja estímulo de novas ferramentas de intervenção alimentar - não prescritivas e que valorizem e respeitem os desejos e prazeres em comer da mulher em condição de obesidade; 3) Incentivo constante à atuação interdisciplinar, e não apenas multidisciplinar, na rede do SUS. Isto, a fim de se conseguir acompanhamentos mais estruturados e alcance de metas graduais a partir de estratégias

prazerosas, e assim sustentáveis, para sujeitas beneficiadas; 4) Estímulo a espaços coletivos e públicos para promoção de atividades de movimentos corporais - diversificadas e não focadas na perda de peso, mas sim no prazer em se movimentar; 5) Condução de grupos de discussão sobre obesidade em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Saúde da Família (USF), em que sejam abordadas discussões sobre padrão de beleza, desejo e culpa, assim como a relação de uma alimentação saudável e o prazer em comer. Enquanto a formação em saúde deve visar a desmistificação do olhar do profissional sobre a pessoa em condição de obesidade, as ações do SUS frente à coletividade possuem também a dimensão de desmistificar a relação da sociedade com o corpo gordo. É a partir de ações públicas que desculpabilizem a pessoa em condição de obesidade, e ainda desmistifiquem o emagrecimento como sempre desejado, que será possível uma relação mais saudável da mulher com sua própria alimentação e corpo.

Outros aspectos devem surgir da discussão deste trabalho, devendo ter como principais direcionamentos o estímulo ao prazer, respeito da história de vida e do corpo da mulher e condutas compartilhadas entre os conhecimentos do profissional e os da pessoa em condição de obesidade.

7. EXERCÍCIO DE REFLEXIVIDADE

Como mencionado na seção de "Casuística e Métodos", a pesquisa qualitativa assume o pesquisador enquanto ser ativo, que busca compreender a visão do outro a partir de um fluxo de saída de si mesmo em direção ao outro. Compreender, segundo Freitas et al. (2011, p. 36)¹⁴² é “exercer a capacidade de colocar-se a si mesmo no lugar do outro, indagando algo além do que já foi dito. ”. Segundo as autoras, compreender e interpretar conduzem a análise dos significados atribuídos por atores a um dado fenômeno. Nesse processo de compreensão e interpretação, os mundos das sujeitas estudadas e o meu mundo estiveram em constante interação, em influência mútua. Reconheço brevemente abaixo o impacto que esta interação exerceu sobre mim e a influência que eu e o contexto que estou inserida exercemos na pesquisa.

A minha formação em Nutrição exerceu forte influência na condução desta pesquisa. A formação pela Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, conferiu-me um olhar de incômodo para a atuação reducionista de muitos profissionais e grupos atuantes. A minha expectativa em relação a este estudo era a de poder construir subsídios para a valorização na prática de nutrição do prazer. Contudo, a tendência de se esquivar do novo e de se acomodar no aceito gerou-me medo. Medo da superficialidade para dados tão importantes. A partir deste medo, pude trazer para o estudo embasamentos científicos muito bem refletidos e contextualizados criticamente e em conjunto.

A necessidade de me aprofundar no terreno das Ciências Sociais e Humanas foi ao mesmo tempo extremamente prazerosa e desconfortante. Novamente o medo tomou-me. O medo foi necessário para poder direcionar um olhar cauteloso ao que era lido, interpretado e referenciado. As áreas das Ciências Humanas e Sociais detêm conceitos e termos próprios, os quais exigiram algum grau de aprofundamento, diálogo com profissionais e estudiosos da área, a fim de cautela epistemológica, como em todo o processo do fazer pesquisa. Busquei levar à pesquisa meu interesse e reconhecimento das áreas da Ciências Sociais enquanto ferramenta indispensável para este processo do “fazer pesquisa”, porém da mesma forma, esbarrei nas minhas limitações de conhecimento sobre a área, o que exigiu de mim constante busca, e refletiu nos passos por vezes não aprofundados ao longo das citações desta área, o que demarca a minha cautela na abordagem de tais Ciências.

Este estudo propiciou constante influência em mim enquanto pesquisadora e nutricionista, mulher e não estigmatizada pelo corpo gordo.

Enquanto nutricionista e pesquisadora, fica mais claro para mim após o processo de construção deste estudo, a necessidade de discutir sobre o prazer vinculado ao comer entre profissionais e na formação do nutricionista. Em minha prática enquanto nutricionista passei a notar o medo em estimular o prazer. Estimular o prazer em comer é ainda compreendido enquanto estimular um comer não saudável. Algumas falas de pacientes, familiares, amigos que passei a escutar com mais atenção foram “Mas se eu for comer o que me dá prazer, só vou comer o que não presta”; “Se me deixar comer o que me dá prazer, eu não vou parar de engordar”. Enxergar o prazer em comer enquanto fruto de uma alimentação inadequada é causa e consequência de um olhar da Saúde racionalizado ao comer fisiológico, que reflete no medo de uma atuação desmistificadora e presa a restrições e imposições muitas vezes confortável para o profissional, já que o eximem da culpa de uma conduta na contramão. Ter enxergado resultados que apresentaram o estímulo ao prazer em comer como promotor de uma relação saudável com alimentação gera-me imenso entusiasmo.

Entendo que a compreensão de que sentir prazer é um desfecho necessário quando falamos da saúde da mulher gorda foi na verdade a grande importância deste projeto. Foi possível isto uma vez que o estudo evidenciou que uma conduta menos prescritiva, mais humanizada e menos culpabilizante do comer com prazer da mulher gorda pode viabilizar práticas alimentares mais saudáveis.

Os conhecimentos que cercam a formação do Nutricionista crescem em interdisciplinaridade, adotando cada vez mais convictamente as Ciências Sociais e Humanas como essenciais nesta formação. Contudo, a formação de novos nutricionistas está intrincada em programas pedagógicos e grades curriculares que na maioria das vezes estão voltados para uma atuação hospitalocêntrica e/ou biológica, o que não converge com conceitos norteadores de Saúde Pública, Saúde Mental e das Ciências Humanas e Sociais, os quais abordam o ser humano em sua complexidade e integralidade.

Entre 2011 e 2014, realizei sob orientação da Professora Dra. Fernanda B. Scagliusi, um estudo¹⁴³ com alunos ingressantes, em 2011, no primeiro ano do curso de Nutrição da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista. No estudo, analisamos pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo¹⁴⁴, as experiências destes alunos na construção de portfólios reflexivos sobre “Alimentação e Cultura” em uma disciplina específica do curso denominada “Alimentação Humana nos Contextos Histórico e Cultural”. Nos resultados da pesquisa, foi possível notar que a proximidade reflexiva dos alunos com o tema propiciou aos

estudantes um olhar amplo, crítico e interdisciplinar para o campo da Nutrição, o que incluiu uma maior compreensão sobre o estímulo ao prazer em comer na atuação do nutricionista.

Acredito que o estudo desta dissertação possa colaborar com o encorajamento de formações em Nutrição do caráter exposto por Sabatini et al¹⁴³. A importância deste estudo também se encontra nesta oferta de subsídio científico para uma atuação em Nutrição que valorize o prazer em comer. Trata-se de incentivar o olhar amplo à saúde.

Este estudo propiciou constante influência em mim também enquanto mulher e não estigmatizada pelo corpo gordo.

A espontaneidade para falar a palavra "gordo" como característica corporal foi sendo construída ao longo da pesquisa. Fui interrompida em fala coloquial uma vez, por uma das participantes, solicitando-me que não usasse o termo "obeso", mas sim "gorda". Ela não queria enquadrar-se em um conhecimento médico, quis ser tratada sem verbetes técnicos, apenas enquanto mulher, gorda, mãe e ativista.

Qualquer processo de prevenção na Saúde Pública exige engajamento e compartilhamento de responsabilidades. Quando nos cobramos enquanto profissionais da Saúde pelo trabalho diante da obesidade e das questões multidisciplinares com ela envolvidas, um movimento de saída momentânea justamente da posição de profissionais deve ocorrer. O profissional para construir junto com a sociedade deve colocar-se enquanto sociedade também. É neste sentido que falar sobre desculpabilização do comer exigiu-me olhar com leveza para a minha alimentação, e que falar sobre a importância do prazer em comer exigiu-me finalmente sentir prazer.

8. REFERÊNCIAS

1. Larrañaga I. Mostra-me o teu rosto: para a intimidade com Deus. 20.ed. São Paulo: Paulinas; 1999. p.27.
2. Andrade CA. Corpo. São Paulo: Companhia das Letras; 2015. p.11-12.
3. World Health Organization [homepage na internet]. Obesity and Overweight. [Acesso em 12 de mai de 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
4. Poulain JP. Sociologia da Obesidade. São Paulo: Editora Senac São Paulo; 2013.
5. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Panamericana de la Salud, FAO/OPAS. America Latina y El Caribe: Panorama de La Seguridad Alimentaria e Nutricional - Sistemas Alimentarios Sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. Santiago; 2017.
6. Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico -Vigitel. Brasília (DF); 2015.
7. Ministério da Saúde. Saúde Suplementar: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - Vigitel. Brasília (DF): Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2017.
8. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: report of a WHO expert committee; 1995 (WHO Technical Report Series; 854).
9. Bacon L, Aphramor L. Weight Science: Evaluating the Evidence for paradigm Shift. Nutr J. 2011;10(9):1-13.
10. Nunes MAA, Appolinário JC, Abuchaim ALG; Coutinho V. Transtornos Alimentares e Obesidade. Porto Alegre:ArtMed;1998.
11. Wannmacher L. Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). 2016;1(7):1-10.
12. Gagnon-Girouard MP, Begin C, Provencher V, Tremblay A, Mongeau L, Boivin S, Lemieux S. Psychological Impact of a “Health-at-Every-Size” Intervention on Weight-Preoccupied Overweight/Obese Women. Journal of Obesity. 2010; 2010(2010): 1-12.
13. Brownell KD, O'neil PM. Obesidade. In: Barlow HD, organizador. Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos. 2.ed.; Porto Alegre: Artmed; 1999. p.355-403.
14. Fothergill E, Guo J, Howard L, Kerns JC, Knuth N, Brychta R et al. Persistent Metabolic Adaptation 6 Years After “The Biggest Loser” Competition. Obesity J. 2016; 24(8):1612-19.
15. Bacon I, Stern JS, Van Loan MD, Keim NL. Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. Journal of the Am Diet Assoc. 2005; 105(6):929-36.
16. Bacon L. End the War on Obesity: Make Peace With Your Patients. Med Gen Med. 2006; 8(4):40
17. Neumark-Sztainer D, Butler R, Palti H. Dieting and Binge Eating- Which Dieters are at Risk? J Acad Nutri Diet 1995; 95(5): 586-9.
18. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. Addictive Behaviors. 1982; 7(1):47-55.

19. Campos P, Saguy A, Ernsberger P, Oliver E, Gaesser G. The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? *Int J Epidemiol.* 2006; 35(1):55-60.
20. Woreley S C, Ganer D. Obesity treatment: The high cost of false hope. *J Am Diet Assoc.* 1991; 91(10):1248-51.
21. Provencher V, Begin C, Tremblay A, Mongeau L, Boivin S, Lemieux S. Short-Term Effects of a “Health-At-Every-Size” Approach on Eating Behaviors and Appetite Ratings. *Obesity J.* 2007; 15(4): 957-66.
22. Strohacker K, Carpenter KC, McFarlin BK. Consequences of Weight Cycling: An Increase in Disease Risk? *Int J Exerc Sci.* 2009; 2(3): 191–201.
23. Robison J, Punam K e McKibbin L. Health At Every Size - A Compassionate, Effective Approach for Helping Individuals with Weight - Related Concerns Part II. *AAOHN J.* 2007; 55(5):185-92.
24. Maiman LA, Wang VL, Becker MH, Finlay J, Simonson M. Attitudes toward obesity and the obese among professionals. *J Am Diet Assoc.* 1979; 74(3): 331-6.
25. Campbell K, Engel H, Timperio A, Cooper C, Crawford D. Obesity Management: Australian General Practitioners' Attitudes and Practices. *Obes Res.* 2000; 8(6): 459-66.
26. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de 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. Brasília (DF); 2014.
27. Penney TL, Kirk SFL. The Health At Every Size Paradigm and obesity: Missing empirical evidence may help push the reframing obesity debate forward. *Am J Public Health.* 2015; 105(5): 38-42.
28. Souza JMB, Castro MM, Maia EMC et al. Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. *Rev Bras Ter Cogn.* 2005; 1(1): 59-67.
29. Mela DJ. Eating for pleasure or just wanting to eat? Reconsidering sensory hedonic responses as a driver of obesity. *Appetite* 2006; 47(1):10-17.
30. Vale AMO, Elias LR. Transtornos alimentares: uma perspectiva analítico-comportamental [periódicos na internet]. *Rev Bras de Ter Comp Cogn.* 2011;13(1):52-70.[acesso em 08 ago 2015]Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/432>.
31. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2.ed. Brasília (DF); 2014.
32. Woreley S C, Ganer D. Obesity treatment: The high cost of false hope. *J Am Diet Assoc.* 1991; 91(10):1248-51.
33. Ulian MD, Gualano B, Benatti FB, Campos-Ferraz PL, Roble OJ, Modesto BT. “Now I Can Do Better”: A Study of Obese Women’s Experiences Following a Nonprescriptive Nutritional Intervention. *Clinical Medicine Insights: Women’s Health.* 2015; 8(1):13-24.
34. Bacon L. Health At Every Size®: The Surprising Truth about Your Weight. Dallas: BenBella Books; 2008.
35. Bacon L, Keim NL, Van Loan MD, Derricote M, Gale B, Kazaks A, et al. Evaluating a ‘non-diet’ wellness intervention for improvement of metabolic fitness, psychological well-being and eating and activity behaviors. *International Journal of Obesity.* 2002; 26(1):854-65.
36. Campbell K, Engel H, Timperio A, Cooper C, Crawford D. Obesity Management: Australian General Practitioners' Attitudes and Practices. *Obes Res.* 2000; 8(6):459-66.

37. Leblanc V, Provencher V, Bégin C, Corneau L, Tremblay A, Lemieux S. Impact of a Health-At-Every-Size intervention on changes in dietary intakes and eating patterns in premenopausal overweight women: Results of a randomized trial. *Clinical Nutrition*. 2012; 31(1):481-88.
38. Spahn JM, Reeves RS, Keim KS, Laquatra I, Kellogg M; Jortberg B, et al. State of the Evidence Regarding Behavior Change Theories and Strategies in Nutrition Counseling to Facilitate Health and Food Behavior Change. *J Am Diet Assoc*. 2010; 110(1): 879-91.
39. Volkow ND, Wise RA. How can drug addiction help us understand obesity? *Nat Neurosci* 2005; 8(5): 555–60.
40. Forman EM, Butryn ML. A new look at the science of weight control: How acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite*. 2015; 84(1):171–80.
41. Garcia-Burgos D, Zamora MC. Facial affective reactions to bitter-tasting foods and body mass index in adults. *Appetite*. 2013;71(1):178-86.
42. Lowe MR, Butryn ML. Hedonic hunger: A new dimension of appetite? *Physiol Behav*. 2007; 91(1):432-39.
43. Davis C, Levitan RD, Muglia P, Bewell C, Kennedy J. Decision-Making Deficits and Overeating: A Risk Model for Obesity. *Obes Res*. 2004; 12(6):929-35.
44. Koritar P, Philippi ST, Alvarenga MS, Santos B. Atitudes em relação à saúde e sabor dos alimentos e imagem corporal entre mulheres. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Nutrição em Saúde Pública] - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2013.
45. Kuijer RG, Boyce JA. Chocolate cake. Guilt or celebration? Associations with healthy eating attitudes, perceived behavioural control, intentions and weight-loss. *Appetite*. 2014; 74(1):48–54.
46. Nascimento AB. Comida - prazeres, gozos e transgressões. 2.ed. Salvador: Ed. EDUFBA; 2007.
47. Canesqui AM, Garcia RWD(org). Antropologia e Nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. Coleção Antropologia e Saúde; 2005
48. Canesqui AM. Olhares antropológicos sobre alimentação: Comentários sobre os estudos antropológicos da alimentação. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadoras. Antropologia e Nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. Coleção Antropologia e Saúde; 2005. p. 23-47
49. Landeiro FM, Quarantini LC. Obesidade: Controle Neural e Hormonal do Comportamento Alimentar. *Rev Cien Med Biol*. 2011; 10(3): 236-45.
50. Ribeiro G, Santos O. Recompensa alimentar: mecanismos envolvidos e implicações para a obesidade. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab*. 2013; 8(2):82-8.
51. Herculano-Hazel S. Sexo, drogas, rock'n'roll... e chocolate - O cérebro e os prazeres da vida cotidiana. 5.ed.; Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2009.
52. Linden D. A origem do prazer: Como nosso cérebro transforma nossos vícios (e virtudes) em experiências prazerosas. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
53. Olds J, Milner P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *J Comp Physiol Psychol*. 1954; 47(6): 419-27.

54. Carver CS. Pleasure as a sign you can attend to something else: placing positive feelings within a general model of affect. *Cognition and Emotion*. 2003;17(2):241-61.
55. Leme MIS. Reconciliando divergências: conhecimento implícito e explícito na aprendizagem. *Psicol. USP*. 2008;19(2):121-27.
56. Paula FD, Leme MIS. Aprendizagem Implícita e Explícita: Uma Visão Integradora. *Psicol. pesq*. 2010; 4(1):15-23
57. Carbonneau E, Begin C, Lemieux S, Mongeau L, Paquette MC, Turcotte M, et al. A Health At Every Size intervention improves intuitive eating and diet quality in Canadian women. *Clin Nutr*. 2017; 36(3):747-54
58. Berridge KC. Pleasure, Pain, Desire and Dread: Hidden Core Processes of Emotion. In: Kahneman D, Diener E, Schwarz N, editors. *Well-Being: The Foundation of Hedonic Psychology*. New York: Russell Sage Foundation; 2003. p.525-557.
59. Donaldson LF, Bennett L, Baic S e Melichar JK. Taste and weight: is there a link? *Am J Clin Nutr*. 2009; 90(3): 800-3.
60. Simchen U, Koebnick C, Hoyer S, Issanchou S e Zunft HJF et al. Odour and taste sensitivity is associated with body weight and extent of misreporting of body weight. *Eur J Clin Nutr*. 2006; 60(6): 698-705.
61. Blundell JE, Finlayson G. Is susceptibility to weight gain characterized by homeostatic or hedonic risk factors for over-consumption? *Physiol Behav*. 2004; 82(1): 21-5.
62. Santos AFS, Souza CSV, Oliveira LC, Freitas MFL. Influência da dopamina e seus receptores na gênese da obesidade: revisão sistemática. *Rev Neurocienc*. 2014; 22(3):373-80.
63. Ferreira VA, Silva AE, Rodrigues CAA, Nunes NLA, Vigato TC, Magalhães R. Desigualdade, pobreza e obesidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl 1):1423-32.
64. Sato PM; Pereira PR; Stelmo IC; Fernandez Unsain R; Ulian MD; Sabatini F; Martins PA; Scagliusi FB. Eating practices and habitus in mothers. A Brazilian population-based survey. *Appetite*. 2014, 82(1):16-28.
65. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(6): 1792-1800.
66. Rozin P. Preadaptation and the Puzzles and Properties of Pleasure. In: Kahneman D, Diener E, Schwarz N, editors. *Well-Being: The Foundation of Hedonic Psychology*. New York: Russell Sage Foundation; 2003. p.109-33.
67. Monzani LR. Desejo e Prazer na Idade Moderna. Campinas: Editora da Unicamp; 1995.
68. Kourilsky-Belliard F. Do desejo ao prazer de mudar: Compreender e provocar a mudança. 2.ed.; São Paulo: Manole; 2004.
69. Jesus AMG, Oliveira JLM. Teologia do Prazer. Coleção Teologia Hoje; São Paulo: Paulus; 2014.
70. Assis CL, Nepomuceno CM. Estudos contemporâneos de cultura. Campina Grande: UEPB/UFRN; 2008.
71. Aggio JO. Prazer e desejo em Aristóteles. São Paulo. Tese [Doutorado em Filosofia] - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; 2011.
72. Santana J. Emoções e virtudes morais em Aristóteles. In: *Anais do Seminário dos Estudantes de Pós-Graduação em Filosofia da UFSCar* 11.ed.; 2015. p. 201-12

73. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: Important considerations for public health. *Am J Public Health*. 2010; 100(6):1019-28.
74. Varela APG. Você tem fome de quê? *Psicol Ciênc Prof*. 2006; 26(1): 82-93.
75. Eizirik CL. Pulsão, compulsão, compulsão. *Rev Bras de Psican*. 2009; 43(2):161-71.
76. Franklin G. Necessidade, Desejo, Demanda - A descrição das origens da pulsão em Freud [Monografia na internet]. Faculdade de Psicologia da PUC; 2008 [acesso em 17 Set 2015]. Disponível em: <http://www.franklingoldgrub.com>.
77. Fonsêca AB, Júnior MBS, Duarte PFA, Delevati D. Psicanálise e as relações objetais. *Maceió: Cadernos de Graduação, Ciências Biológicas e da Saúde*. 2013;1(3): 57-66.
78. Junior NEC. A noção de objeto na psicanálise freudiana. *Ágora- Estudos em Teoria Psicanalítica*. 2001;4(2):37-49.
79. Felipe FM. O peso social da obesidade. *Textos & Contextos*. 2013; (2):1-12.
80. Reis SLA, Bellini M. Representações Sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. *Acta Scientiarum-Human and Social Sciences*. 2011; 33(2):149-59.
81. Marques R. O prazer e a dor em Aristóteles [online]. Brasil: Landy Editora; 2002. p.1-3. [acesso em 19 jul 2015]. Disponível em: http://www.eses.pt/usr/ramiro/e_book_o_livro_virtudes.htm
82. Demétrio F, De Paiva JB, Fróes ANG, Freitas MCS, Santos LAS. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. *Rev. Nutr*. 2011; 24(5): 743:63.
83. Karlsen MP, Villadsen K. Health Promotion, Governmentality and the Challenges of Theorizing Pleasure and Desire. *Body and Society*. 2016; 22(3): 3-30.
84. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12.ed.; São Paulo: Hucitec; 2010. Contradições e consensos na combinação de métodos quantitativos e qualitativos; p. 54-76.
85. Ulian MD, Benatti FB, de Campos-Ferraz PL, Roble OJ, Unsain RF, de Moraes Sato P, et al. The effects of a "Health at Every Size" based approach in obese woman: a pilot-trial of the "Health and Weallness in Obesity" study. *Front Nutr*. 2015;2(34):1-12.
86. Schulz KF, Grimes DA. Sample size calculations in randomised trials: mandatory and mystical. *Lancet*. 2005;365(9467):1348-53.
87. Massad E, Menezes RX, Silveira PSP, Ortega NRS. Métodos quantitativos em medicina. São Paulo: Editora Manole; 2004.
88. Provencher V, Bégin C, Tremblay A, Mongeau L, Corneau L, Dodin S. Health-At-Every-Size and Eating Behaviors: 1-Year Follow-Up Results of a Size Acceptance Intervention. *J Am Diet Assoc*. 2009; 109(11):1854-61.
89. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde colet*. 2007; 12(4):849-59.
90. Motta, DG, Motta CG, Campos RR. Teorias psicológicas da fundamentação do aconselhamento nutricional. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM, coordenadoras. *Mudanças alimentares e educação nutricional*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. p. 53-65.

91. Motta DG. Educação nutricional e diabetes tipo II - compartilhando saberes, sabores e sentimentos. Piracicaba: Jacintha; 2009. Aconselhamento Nutricional; p. 27.
92. Patterson LE, Eisenberg S. O Processo de aconselhamento. São Paulo: Martins Fontes; 1988.
93. Rodrigues EM, Soares FFTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. Rev Nutr. 2005;18(1):119-28.
94. Brunetto S. Aconselhamento nutricional, adesão à dieta e sua relação com parâmetros nutricionais, clínicos e qualidade de vida de pacientes ambulatoriais portadores de insuficiência cardíaca. Porto Alegre: Monografia [Graduação em Nutrição] - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
95. Schopenhauer A. O mundo como vontade e representação. 2.ed. São Paulo: Unesp; 2005.
96. Platão. Fédon. Belém: EDUFPA; 2011.
97. Espinosa B. Ética. Lisboa: Relógio D'água; 1992.
98. Nietzsche F. Humano, demasiado humano. São Paulo: Companhia das Letras; 2004.
99. Nietzsche F. Genealogia da moral. São Paulo: Companhia das Letras; 2004.
100. Sartre JP. O ser e o nada. Petrópolis: Vozes; 2005.
101. Kierkegaard S. The concept of anxiety. Princeton: Princeton University; 2013.
102. Koritar P, Philippi ST, Alvarenga MS, Santos B. Adaptação transcultural e validação para o português da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor da Health and Taste Attitude Scale (HTAS). Ciên. saúde colet. 2014;19(8):3573-82.
103. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Development and Validity of the Disordered Eating Attitude Scale. Perceptual and Motor Skills. 2010;110(2): 379-95.
104. Stunkard AJ, Sørensen T, Schulsiger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety S, Roland L, Sidman R, Matthysse S, editors. The genetics of neurological and psychiatric disorders. New York: Raven Press; 1983. p. 115-20.
105. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2001; 6(2): 5-12.
106. Scagliusi FB, Polacow VO, Cordás TA, Coelho D, Alvarenga M, Philippi ST, Lancha Jr AH. Psychometric testing and applications of the Body Attitudes Questionnaire translated into Portuguese. Perceptual and motor skills. 2005;101(1):25-41.
107. Ulian MD, Sato PM, Benatti FB, Campos-Ferraz PL, Roble OJ, Unsain RF, Gualano B, Scagliusi FB. Adaptação transcultural para o português dos Questionários de Desejos Intensos por Comida- Estado ou Traço (QDIC-E e QDIC-T) dos State and Trait Food-Cravings Questionnaires (FCQ-S and FCQ-T). Ciênc. saúde coletiva. 2017; 22(2):403-16.

108. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001; 23(4):215-20.
109. The WHOQOL Group, World Health Organization. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref: Quality of Life Assessment. *Psychol Med.* 1998; 28(3):551-8.
110. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2011.
111. Abbagnano N. Dicionário de Filosofia. Bosi A, Benedetti IC, tradutores. São Paulo: Martins Fontes; 2007. p. 170-72.
112. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 64-89.
113. Krueger RA. Focus Group: a practical guide for applied research.. Thousand Oaks: Sage Publications; 1988.
114. Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre o abuso de substâncias. *Rev Saude Publica.* 1996;30(3): 285-93.
115. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1988.
116. Franco MLPB. Análise de Conteúdo. Brasília: (DF) Liber Livro; 2008.
117. Câmara RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Rev Interinstitucional Psic.* 2013; 6(2):179-91.
118. Bernard HR, Ryan G. Analyzing qualitative data: Systematic approaches. EUA: Sage; 2010.
119. MacQueen KM, McLellan E, Kay K, Milstein B. Codebook Development for Team-Based Qualitative Analysis. *Cultural Anthropology Methods.* 1998; 10(2):31-6.
120. QuickCalcs [internet]. USA: GraphPad Software, Inc; 2017 [acesso em: 03 de Março de 2017]. Disponível em: <https://graphpad.com/quickcalcs/>.
121. Baquero RVA. Empoderamento: instrumento de emancipação social? - Uma discussão conceitual. *Rev Debates.* 2012; 6(1):173-87.
122. Berry N. O sentimento de Identidade. São Paulo: Escuta; 1991. O sentimento de identidade; p.99-117.
123. Rozin P. Preadaptation and the Puzzles and Properties of Pleasure. In: Kahneman D, Diener E, Schwarz N, editors. *Well-Being: The Foundation of Hedonic Psychology.* New York: Russell Sage Foundation; 2003. p.109-33.
124. Fischler C. A "McDonaldização" dos costumes. In: Flandrin JL, Montanari M. *História da Alimentação.* 2.ed. São Paulo: Estação Liberdade; 2000. p. 841-63.
125. Flandrin JL, Montanari M. *História da Alimentação.* 2.ed. São Paulo: Estação Liberdade; 2000.
126. Dias HFP. Auto-imagem e obesidade: uma abordagem neuropsicológica cognitiva. Rio de Janeiro. Dissertação. [Mestrado em Cognição e Linguagem]. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro; 2008.
127. Perullo N. O gosto como experiência: ensaio sobre filosofia e estética do alimento. São Paulo: SESI-SP; 2013.

128. Romanelli G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. In: Simpósio, Cap III Transtornos Alimentares: Anorexia e Bulimia Nervosas; jul/set 2006; Medicina Ribeirão Preto; 2006: 333-9.
129. Fischler C. Commensality, society and culture. *Social Science Information*. 2011; 50(3-4):528-48.
130. Maciel ME. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de koshima com brillat-savarin? Porto Alegre: Horizontes Antropológicos. 2001; 7(16):145-56.
131. Maciel ME. Olhares antropológicos sobre a alimentação: Identidade cultural e alimentação. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadoras. *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Coleção Antropologia e Saúde; 2005. p. 49-55.
132. Lowen A. *Prazer: Uma Abordagem Criativa da Vida*. São Paulo: Summus; 1984.
133. Bloom P. *How pleasure works: The new science of why we like what we like*. New York: Norton and Company; 2010.
134. Argyle M. Causes and Correlates of Happiness. In: Kahneman D, Diener E, Schwarz N, editors. *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russell Sage Foundation; 2003. p. 353-73.
135. Montanari M. *Comida como cultura*. São Paulo: Editora Senac São Paulo; 2008.
136. Rossi A, Moreira EAM, Rauen MS. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Rev. Nutr.* 2008; 21(6):739-48
137. Lifschitz J. O alimento - signo nos novos padrões alimentares. *Rev bras Ci Soc.* 1995; 10(27):95-100.
138. Lifschitz J. Alimentação e Cultura: Em torno do natural. *Rev Saúde Col.* 1997;7(2): 69-83.
139. Rogers PJ, Smit HJ. Food Craving and Food “Addiction”: A Critical Review of the Evidence From a Biopsychosocial Perspective. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2000; 66(1):3-14.
140. Pliner P, Bell R. A table for one: the pain and pleasure of eating alone. In: Meiselman HL, editor. *Meals in science and practice: interdisciplinary research and business applications*. Cambridge: Woodhead Publishing; 2009. p.169-89.
141. Wallenstein G. *The pleasure instinct: Why we crave adventure, chocolate, pheromones, and music*. New Jersey: Wiley; 2009.
142. Freitas MCS, Minayo MCS, Fontes GAV. Sobre o campo da Alimentação e Nutriçãona perspectiva das teorias compreensivas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):31-8.
143. Sabatini F, Pereira PR, Devincenzi MU, Aburad L, Scagliusi FB. Nutrition students' experiences with constructing a portfolio about food and culture. *Nutrition and Dietetics*. 2015; 73(1):95-102.
144. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O discurso do sujeito coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)*. Caxias do Sul: Educs; 2005.

9. ANEXOS

Anexo 1: Perguntas elaboradas para os grupos focais iniciais e finais, assim como as respectivas compreensões almejadas com cada pergunta, referente à construção dos dados qualitativos dos anos de 2015 e 2016 do projeto intitulado “Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem “Health at Every Size[®]” nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar”.

PERGUNTAS ELABORADAS PARA OS GRUPOS FOCALIS INICIAIS.	O QUE SE ALMEJOU COMPREENDER	PERGUNTAS ELABORADAS PARA OS GRUPOS FOCALIS FINAIS.
Contem um pouco sobre quais sensações vocês costumam ter/perceber no momento das refeições.	Compreender se as mulheres estudadas costumam perceber/sentir prazer ao comer. Se sim, como se dá esta percepção. (Tópico I)	Pensando em um momento de refeição padrão de vocês, contem um pouco sobre como costuma se dar este momento em relação à satisfação com o comer no antes, durante e depois da refeição. Vocês percebem estas sensações de forma diferente para o início do projeto?
Agora vamos supor que vocês estão comendo um bolo. Vocês estão em casa e vão comer um pedaço de bolo que está com uma cara linda, e que vocês estavam com vontade. Porém, no primeiro pedaço, você não acha que esteja tão gostoso quanto a cara dele mostrava. Isso já aconteceu com vocês? Como vocês costumam agir?	Compreender em que momentos, situações e/ou ambientes as mulheres estudadas sentem prazer ao comer. (Tópico II).	Como vocês descreveriam uma refeição agradável? Vocês costumam ter este tipo de refeição em que situações? O comer sozinha ou em companhia influencia?
O que é mais prazeroso para vocês: comer sozinha ou comer acompanhada?	Compreender se há situações, momentos e/ou ambientes que gerem influência no sentimento de prazer em comer nas mulheres estudadas. (Tópico III).	Para vocês, há algum momento ou ambiente no dia que sejam mais gostosos de se realizar uma refeição/de comer? E o contrário? Algum momento ou ambiente nos quais vocês não se sentem à vontade para comer?
O que vocês acham sobre o “o desejo de comer algo”? Acontece com vocês? Como lidam?	Compreender como as mulheres estudadas percebem o desejo alimentar e o prazer proveniente da satisfação ou rejeição deste desejo. (Tópicos IV e V).	Sabem aqueles momentos que alguém fala o nome de alguma comida, ou o cheiro da pipoca aparece e vocês se percebem pensando mais naquele alimento, com desejo daquilo? Como vocês percebem lidar com isso hoje em dia? Deem algum exemplo que possa ter ocorrido com vocês.
Vamos imaginar um momento agora, um momento em que vocês estão com desejo de comer, por exemplo um chocolate, e vocês têm esse chocolate e vão comer esse chocolate. Me descrevam como é esse momento.		

Anexo 2: Currículo Lattes referente à pesquisadora orientadora do estudo “Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem “Health at Every Size®” nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar”.

Fernanda Baeza Scagliusi	
Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2	
Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/1149729469091651	
Última atualização do currículo em 11/05/2017	
<p>Ela possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo, doutorado direto em Educação Física pela Universidade de São Paulo e pós-doutorado em Nutrição em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. É professora doutora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Nutrição. Tem experiência na área de Nutrição, com ênfase em Análise Nutricional de População, Socioantropologia da Alimentação e Nutrição Clínica, atuando principalmente nos seguintes temas: aspectos socioculturais da alimentação, obesidade e avaliação do consumo alimentar. É bolsista de produtividade do CNPQ, nível 2F. Coordena o Grupo de Pesquisa em Alimentação e Cultura. É membro da Comissão de Ciências Humanas e Sociais da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). É, desde 2017, coordenadora da Comissão de Coordenação do Curso de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP. É membro do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (NUPENS). (Texto informado pelo autor)</p>	
Identificação	
Nome	Fernanda Baeza Scagliusi
Nome em citações bibliográficas	SCAGLIUSI, F. B.; Scagliusi, Fernanda Baeza; Scagliusi, Fernanda B.; SCAGLIUSI, F.; Scagliusi, Fernanda Baeza; Scagliusi, Fernanda B.; Scagliusi, F. B.; Scagliusi, F.; Scagliusi, Fernanda; SCAGLIUSI, F.B.
Endereço	
Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, Depto de Nutrição, Av. Dr Arnaldo 715 Pacaembu 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (011) 30617871
Formação acadêmica/titulação	
2004 - 2007	Doutorado em Educação Física (Conceito CAPES 7). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Validade das estimativas de ingestão energética de três métodos de avaliação do consumo alimentar, em relação à água duplamente marcada., Ano de obtenção: 2007. Orientador: Antonio Herbert Lancha Junior. Palavras-chave: sub-relato; validade; água duplamente marcada; avaliação do consumo alimentar; gasto energético total. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Nutrição e Alimentação.
1998 - 2002	Graduação em Nutrição. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Estudo quali e quantitativo do sub-relato da ingestão energética em diários alimentares de sete dias. Orientador: Antonio Herbert Lancha Junior. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
Pós-doutorado	
2008 - 2009	Pós-Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP USP, Brasil. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição / Subárea: Análise Nutricional de População.

Anexo 3: Currículo Lattes referente à pesquisadora mestranda do estudo “Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem “Health at Every Size®” nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar”.

Fernanda Sabatini
Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1725320883538063>
Última atualização do currículo em 11/08/2017

Resumo informado pelo autor

Nutricionista graduada pela Universidade Federal de São Paulo. Mestranda em Nutrição e Saúde e Pública pela Universidade de São Paulo.
(Texto informado pelo autor)

Links para Outras Bases:
[SciELO - Artigos em texto completo](#)

Endereço
Endereço Profissional

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública, Depto de Nutrição, Av. Dr Arnaldo 715
Pacaembu
01246904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (011) 3061.7871

Formação acadêmica/titulação

2015

Mestrado em Nutrição em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
Título: Compreensão das percepções de mulheres obesas sobre o prazer alimentar ao longo de uma intervenção interdisciplinar pautada na filosofia "Health at Every Size"
Orientador: Fernanda Baeza Scaglusi
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

2011 - 2014

Graduação em Nutrição.
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, Brasil
Orientador: Fernanda Baeza Scaglusi
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

Formação complementar

2007 - 2008

Nutrição e Dietética. . (Carga horária: 1620h).
Escola Técnica Júlio de Mesquita, ETEC JM, Brasil

Atuação profissional

1

Universidade de São Paulo - USP