

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE

Daena Cunha de Fialho

**Análise das propriedades de medida da *Intuitive Eating Scale-3* para
adolescentes brasileiros**

Governador Valadares

2026

Daena Cunha de Fialho

**Análise das propriedades de medida da *Intuitive Eating Scale-3* para
adolescentes brasileiros**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde. Área de concentração: Biociências.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Governador Valadares

2026

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

de Fialho, Daena Cunha .

Análise das propriedades de medida da Intuitive Eating Scale-3 para adolescentes brasileiros / Daena Cunha de Fialho. -- 2026. 84 p.

Orientador: Pedro Henrique Berbert de Carvalho
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV. Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, 2026.

1. Comer intuitivo. 2. Comportamento alimentar. 3. Psicometria. 4. Adolescente. I. de Carvalho, Pedro Henrique Berbert, orient. II. Título.

Daena Cunha de Fialho

Análise das propriedades de medida da Intuitive Eating Scale-3 para adolescentes brasileiros

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde. Área de concentração: Biociências.

Aprovada em 08 de maio de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho - Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Jean Soares Miranda

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Karen Mendes Graner

Universidade Vale do Rio Doce

Juiz de Fora, 27/03/2026.



Documento assinado eletronicamente por **Jean Soares Miranda, Servidor(a)**, em 08/05/2026, às 16:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Pedro Henrique Berbert de Carvalho, Servidor(a)**, em 08/05/2026, às 16:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Karen Mendes Graner, Usuário Externo**, em 08/05/2026, às 17:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2923758** e o código CRC **32546622**.

Dedico este trabalho às minhas filhas, cuja alegria e amor são minha inspiração diária e ao meu esposo, pelo apoio incondicional e encorajamento constante.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer ao meu orientador, Pedro Henrique Berbert de Carvalho, por sua orientação valiosa, paciência e apoio contínuo ao longo desta jornada. Seu conhecimento e dedicação são fundamentais para a minha formação.

Agradeço também à minha família, em especial às minhas filhas, Ísis e Malu, e ao meu esposo, Siddhartha, por todo o amor e encorajamento. Vocês são minha maior fonte de motivação e força durante todo este processo.

Agradeço aos meus pais, pelo amor, suporte e encorajamento em todos os momentos.

Meus agradecimentos também às minhas irmãs Acácia e Larissa, pelo carinho e apoio.

Aos estudantes que, de forma voluntária e generosa, participaram desta pesquisa, expresso minha gratidão. A disponibilidade, o tempo e a confiança de cada um foram fundamentais para a realização deste estudo e para a construção do conhecimento científico.

Agradeço, igualmente, às instituições de ensino que acolheram esta pesquisa e abriram suas portas para a realização da coleta de dados: o Colégio Ibituruna, o Colégio Genoma e o Colégio Presbiteriano. A receptividade, a confiança e o apoio de suas equipes foram essenciais para que este trabalho pudesse ser desenvolvido. Muito obrigada por contribuírem com a pesquisa e por fortalecerem a produção científica voltada à promoção da saúde e do bem-estar de adolescentes.

“A função integrativa do cérebro revela como o raciocínio, que se julgava ser um modo de pensar “puramente lógico”, depende na verdade do processamento não racional do nosso corpo” (Siegel, 2010).

RESUMO

A *Intuitive Eating Scale-3* (IES-3) foi desenvolvida para avaliar o comer intuitivo, comportamento alimentar no qual o indivíduo se orienta por necessidades fisiológicas do corpo, ao invés de utilizar regras dietéticas ou influências externas. A escala mensura, portanto, a tendência de um indivíduo a: confiar nos sinais internos de fome e saciedade, rejeitar a modalidade de dieta, estar atento ao prazer de comer e respeitar o próprio corpo. Foi originalmente desenvolvida para adultos americanos e até o momento, não há conhecimento de suas propriedades de medida em adolescentes, público conhecido pelo elevado risco de desenvolvimento de distúrbios de imagem corporal e transtornos alimentares. O objetivo da presente pesquisa foi avaliar as propriedades de medida da IES-3 em adolescentes brasileiros. Trata-se de uma pesquisa metodológica, de natureza quantitativa e corte transversal, na qual participaram 295 adolescentes brasileiros de 12 a 18 anos. Além da IES-3, os participantes responderam a um conjunto de medidas de comer transtornado, insatisfação corporal, apreciação corporal, e aceitação corporal pelos outros; com a finalidade de avaliação de indicadores de validade convergente da IES-3. Também foi avaliada a confiabilidade da escala por meio da análise de consistência interna. Análises fatoriais exploratória e confirmatória suportaram a estrutura original de quatro fatores da escala (*Permissão incondicional para comer*, *Comer por razões físicas*, *Confianças nos sinais de fome e saciedade*, e *Congruência da escolha corpo-alimento*) após exclusão de um item. Os fatores da IES-3 estiveram associados positivamente com medidas de apreciação corporal e aceitação corporal pelos outros, bem como se relacionaram negativamente com medidas de comer transtornado e insatisfação corporal, indicando validade convergente da escala. Por fim, foi identificada boa consistência interna dos fatores, com exceção do fator *Comer por razões físicas*. Em conjunto, estes resultados indicam adequada validade e confiabilidade da IES-3 para adolescentes brasileiros. A medida permitirá estudos sobre o comer intuitivo e sua associação com medidas de saúde física e mental para uma população que apresenta vulnerabilidade quanto a diversas psicopatologias, incluindo transtornos alimentares e distúrbios de imagem corporal.

Palavras-chave: Comer intuitivo. Comportamento alimentar. Psicometria. Adolescente.

ABSTRACT

The Intuitive Eating Scale-3 was developed to assess intuitive eating, an eating behavior in which individuals rely on their body's physiological needs rather than on dietary rules or external influences. The scale therefore measures an individual's tendency to: trust internal hunger and satiety cues, reject the dieting mentality, attend to the pleasure of eating, and respect their body. Although originally developed for American adults, there is currently no evidence regarding its measurement properties in Brazilian adolescents—a population known to be at elevated risk for the development of body image disturbances and eating disorders. The aim of the present study was to evaluate the measurement properties of the IES-3 in Brazilian adolescents. This is a methodological, quantitative, cross-sectional study, which included 295 Brazilian adolescents aged 12 to 18 years. In addition to the IES-3, participants completed a set of measures assessing disordered eating, body dissatisfaction, body appreciation, and body acceptance by others, to evaluate convergent validity. Scale reliability was also assessed through internal consistency analyses. Exploratory and confirmatory factor analyses supported the original four-factor structure of the scale (*Unconditional permission to eat*, *Eating for physical reasons*, *Reliance on hunger and satiety cues*, and *Body–food choice congruence*) after excluding one item. The IES-3 factors were positively associated with measures of body appreciation and body acceptance by others, and negatively associated with measures of disordered eating and body dissatisfaction, indicating convergent validity. Finally, good internal consistency was observed for most factors, with the exception of the *Eating for physical reasons* factor. Taken together, these findings indicate adequate validity and reliability of the IES-3 for Brazilian adolescents. The measure enables future research on intuitive eating and its associations with physical and mental health outcomes in a population that is particularly vulnerable to various forms of psychopathology, including eating disorders and body image disturbances.

Keywords: Intuitive eating. Feeding behavior. Psychometrics. Adolescent.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Gráfico de sedimentação com análise paralela para retenção de 54 fatores.....	54
----------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características descritivas e comparativas das variáveis sociodemográficas.....	52
Tabela 2	Matriz de cargas fatoriais da <i>Intuitive Eating Scale-3</i> para adolescentes brasileiros.....	54
Tabela 3	Cargas fatoriais padronizadas, erros padrão e significância da análise fatorial confirmatória.....	55
Tabela 4	Descrição dos resultados da matriz de correlação.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BAOS-2	<i>Body Acceptance by Others Scale-2</i>
BAS	<i>Body Area Scale</i>
BAS-2	<i>Body Appreciation Scale-2</i>
BFCC	<i>Body–Food Choice Congruence</i>
CCI	Coeficiente de correlação intraclass
CEP	Comitê de Ética e Pesquisas
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
DEBQ	<i>Dutch Eating Behavior Questionnaire</i>
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EPR	<i>Eating for Physical Reasons Rather Than Emotional Reasons</i>
IES	<i>Intuitive Eating Scale</i>
IES-2	<i>Intuitive Eating Scale-2</i>
IES-3	<i>Intuitive Eating Scale-3</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
MEEE	Modelagem de Equações Estruturais Exploratória
RHSC	<i>Reliance on Internal Hunger and Satiety Cues</i>
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
SRMR	<i>Standardized Root Mean Square Residual</i>
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i>
UPE	<i>Unconditional Permission to Eat</i>
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	ADOLESCÊNCIA: DESENVOLVIMENTO, IDENTIDADE E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS.....	16
2.2	COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA ADOLESCÊNCIA.....	22
2.3	COMER INTUITIVO.....	32
2.4	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO COMER INTUITIVO.....	36
3	OBJETIVOS.....	42
3.1	OBJETIVO GERAL.....	42
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
4	HIPÓTESES.....	43
4.1	HIPÓTESE GERAL.....	43
4.2	HIPÓTESES ESPECÍFICAS.....	43
5	MÉTODOS.....	44
5.1	DELINEAMENTO.....	44
5.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	44
5.3	AMOSTRA.....	44
5.3.1	Critérios de inclusão.....	45
5.3.2	Critérios de exclusão.....	45
5.4	PROCEDIMENTOS.....	45
5.5	INSTRUMENTOS.....	46
5.5.1	Questionário sociodemográfico.....	46
5.5.2	Comer intuitivo.....	47
5.5.3	Comer transtornado.....	47
5.5.4	Insatisfação corporal.....	48
5.5.5	Aceitação corporal pelos outros.....	48
5.5.6	Apreciação corporal.....	48
5.6	ANÁLISE DE DADOS.....	49
5.6.1	Adaptação transcultural da IES-3.....	49
5.6.2	Análise fatorial exploratória.....	49
5.6.3	Análise fatorial confirmatória.....	50

5.6.4	Validade convergente.....	51
5.6.5	Confiabilidade (consistência interna).....	51
6	RESULTADOS.....	52
6.1	ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA.....	53
6.2	ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA.....	55
6.3	VALIDADE CONVERGENTE.....	56
6.4	CONFIABILIDADE (CONSISTÊNCIA INTERNA).....	56
7	DISCUSSÃO.....	58
8	CONCLUSÃO.....	63
	REFERÊNCIAS.....	64
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	73
	APÊNDICE B – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.....	74
	APÊNDICE C – Questionário sociodemográfico.....	75
	ANEXO A – <i>Intuitive Eating Scale – 3</i>.....	78
	ANEXO B – <i>Dutch Eating Behavior Questionnaire</i>.....	79
	ANEXO C – <i>Body Area Scale</i>.....	81
	ANEXO D – <i>Body Acceptance by Others-2</i>.....	82
	ANEXO E – <i>Body Appreciation Scale-2</i>.....	83

1 INTRODUÇÃO

O comer intuitivo é descrito como uma forma adaptativa de comer caracterizada por uma forte ligação a sinais fisiológicos internos de fome e saciedade do corpo, contrastando com métodos de dieta restritiva e enfatizando a importância da alimentação baseada em necessidades físicas e preferências pessoais (Tribole; Resch, 2020). Três elementos centrais são descritos como características do comer intuitivo, a saber: (a) permissão incondicional para comer quando estiver com fome e para selecionar o alimento desejado, (b) comer por razões físicas, e (c) confiança nos sinais internos de fome e saciedade para determinar quando e quanto comer (Tribole; Resch, 2020; Tylka, 2006).

Tylka e Van Diest (2013) destacam que o comer intuitivo pode servir como uma resposta saudável à restrição alimentar, que muitas vezes resulta em padrões alimentares desordenados. Estudos apontam que o comer intuitivo contribui de forma única para uma melhor qualidade de vida e bem-estar psicológico (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021), além de prevenir o comer desordenado e reduzir fatores de risco para transtornos alimentares (Babbott *et al.*, 2023; Hazzard *et al.*, 2021; Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021). Comedores mais intuitivos apresentam melhor saúde psicológica, menor índice de massa corporal (IMC) e histórico de peso mais estável do que comedores menos intuitivos (Tribole; Resch, 2020).

A maioria dos estudos que investigaram variáveis correlatas ao comer intuitivo foram transversais (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021), embora evidências preliminares recentes indiquem que o comer intuitivo também pode prevenir não apenas o aparecimento dos transtornos alimentares, mas também prediz a redução do sofrimento psicológico (Hazzard *et al.*, 2021). Revisão sistemática com metanálise (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021) identificou que o comer intuitivo está inversamente associado ao IMC, sintomas bulímicos, restrição alimentar, comer emocional, níveis globais de transtornos alimentares, internalização do ideal de corpo, e preocupações com o peso e a forma corporais. Contrariamente, o comer intuitivo apresenta relação positiva com aceitação corporal pelos outros, apreciação corporal, flexibilidade da imagem corporal, afeto positivo, autocompaixão, níveis mais elevados de autoestima, e bem-estar geral (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021). Ainda, se mostrou inversamente associado a sintomas depressivos, sintomas de ansiedade, e afeto negativo (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021).

Para avaliar essa forma adaptativa de comer, denominada comer intuitivo, Tylka (2006) desenvolveu a primeira versão da *Intuitive Eating Scale* (IES). Por meio de análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC) a autora identificou uma estrutura com 21 itens subdivididos em três subescalas (Tylka, 2006): (a) *Unconditional Permission to Eat* (UPE), (b) *Eating for Physical Rather Than Emotional Reasons* (EPR), e (c) *Reliance on Internal Hunger/Satiety Cues* (RHSC). Os resultados do estudo apresentam ainda evidências de validade convergente, bem como confiabilidade da IES (avaliada por meio da consistência interna e da estabilidade temporal) (Tylka, 2006).

Apesar de ter se mostrado robusta a IES apresentou algumas limitações, que culminaram na revisão da escala e apresentação de sua segunda versão, a *Intuitive Eating Scale-2* (IES-2; Tylka; Van Diest, 2013). Os autores propuseram a inclusão de uma subescala denominada *Body–Food Choice Congruence* (BFCC; Tylka; Van Diest, 2013). Os resultados da AFE e AFC indicaram uma estrutura de quatro fatores (os três fatores originais, mais o novo fator proposto) composta por 23 itens (11 itens originais da IES e 12 itens adicionados para a IES-2) (Tylka; Van Diest, 2013).

Assim como a versão original (IES; Tylka, 2006), a IES-2 (Tylka; Van Diest, 2013) apresentou boas evidências de validade de construto e convergente, bem como confiabilidade (avaliada por meio da consistência interna e da estabilidade temporal). Contudo, assim como a escala original, a IES-2 apresenta limitações, que foram identificadas ao longo de mais de 10 anos de seu uso (Tylka *et al.*, 2024). Por essa razão, uma nova versão da escala foi proposta, a *Intuitive Eating Scale-3* (IES-3; Tylka *et al.*, 2024).

A IES-3 (Tylka *et al.*, 2024), foi desenvolvida como uma evolução das versões anteriores, com objetivo de aprimorar a forma de avaliação do comer intuitivo, em especial, considerando as limitações observadas na IES-2. Foram realizadas AFE e AFC (Estudo 1; $n = 957$), modelagem de equações estruturais exploratória (MEEE), AFC-bifactor e a MEEE-bifactor (Estudo 2; $n = 1152$), e validação cruzada do modelo de melhor ajuste (Estudo 3; $n = 884$) (Tylka *et al.*, 2024). A estrutura fatorial da IES-3 mantém seus quatro fatores originais, cada um composto por três itens, totalizando 12 itens (Tylka *et al.*, 2024).

Destaca-se que grande parte dos estudos de validação da IES-2 para outras culturas utilizou amostra de adultos jovens e adultos, demonstrando bons indicadores de validade e confiabilidade da escala (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021).

Contudo, ainda são escassos os estudos de validação da medida em adolescentes (Babbott *et al.*, 2023; Dockendorff *et al.*, 2012; Ozkan *et al.*, 2025; Ramalho *et al.*, 2022).

Neste contexto, faz-se necessário a análise das propriedades de medida da versão mais atual da escala (isto é, a IES-3; Tylka *et al.*, 2024) para adolescentes brasileiros. Até o presente momento, apenas a IES-2 foi avaliada para a população brasileira, especificamente para adultos jovens (Silva *et al.*, 2020). A validação da versão mais atual e refinada (IES-3; Tylka *et al.*, 2024) é fundamental para a investigação do comer intuitivo no contexto brasileiro, especialmente em adolescentes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico deste trabalho está organizado em quatro capítulos, que visam oferecer uma base sólida para a compreensão dos principais conceitos relacionados ao tema da pesquisa. No primeiro capítulo, será abordado o conceito de adolescência, destacando suas especificidades do ponto de vista do desenvolvimento físico, psicológico e social. O segundo capítulo tratará do comportamento alimentar na adolescência, considerando os fatores que influenciam as escolhas alimentares nesse período. Em seguida, o terceiro capítulo será dedicado à compreensão do conceito de comer intuitivo, seus princípios e implicações para a saúde e o bem-estar. Por fim, o quarto capítulo apresentará os instrumentos utilizados na avaliação do comer intuitivo, com ênfase em suas propriedades de medida e aplicabilidade em contextos científicos.

2.1 ADOLESCÊNCIA: DESENVOLVIMENTO, IDENTIDADE E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

A adolescência é uma fase caracterizada por diversas mudanças na vida do indivíduo, as quais ocorrem no corpo, no comportamento e no meio social (Rossi *et al.*, 2019). Este capítulo tem como objetivo abordar os principais aspectos da adolescência, incluindo o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional, bem como os desafios sociais e psicológicos enfrentados por adolescentes. Além disso, serão discutidos aspectos contemporâneos relacionados à adolescência, como influências da tecnologia, redes sociais e a construção da identidade.

O termo “adolescência” tem origem no latim *adolescere*, que significa “crescer”. E foi empregado pela primeira vez no idioma inglês no ano de 1430, sendo utilizado para designar a faixa etária dos 14 aos 21 anos para os homens e dos 12 aos 21 anos para as mulheres (Schoen-Ferreira; Aznar-Farias; Silvaes, 2010). Entre o final do século XVIII e o início do XIX, a infância passou a ser vista como uma fase distinta da vida adulta.

Com a transição para a sociedade industrial, especialistas como juristas e médicos passaram a direcionar maior atenção aos adolescentes. No século XIX, a sociedade francesa passou a identificar a adolescência como um período marcado por crises, o que levou ao aumento das preocupações voltadas à proteção e à

educação dos jovens (Moraes; Weinmann, 2020). A expansão da escolarização, a consolidação da estrutura familiar burguesa e a retirada gradual das crianças e adolescentes do mercado de trabalho contribuíram para reforçar essa distinção etária, inicialmente presente apenas nas camadas mais privilegiadas, mas que, com o tempo, se difundiu por toda a sociedade (Salles, 2005). Com a obrigatoriedade da escola, os jovens passaram a permanecer sob a tutela econômica dos pais por um período mais prolongado (Moraes; Weinmann, 2020) e por volta de 1890, o interesse pelo tema cresceu, tornando-se foco literário e de debates morais e políticos (Salles, 2005).

Com o tempo, a adolescência se consolidou como uma etapa de vida universal, influenciada tanto pela maturidade biológica quanto pelo contexto histórico e social (Salles, 2005). Assim, a adolescência começou a ser vista pela sociedade como o momento em que os jovens se afastam dos comportamentos e privilégios característicos da infância, ao mesmo tempo em que desenvolvem habilidades e características necessárias para assumir as responsabilidades e os papéis típicos da vida adulta (Silva *et al.*, 2021).

Atualmente, a adolescência é compreendida como uma fase de transição crucial entre a infância e a vida adulta e é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009) como um fenômeno característico da contemporaneidade. É uma etapa do desenvolvimento humano que abrange critérios cronológicos, físicos, sociais e culturais (OMS, 2009). De acordo com a OMS, essa fase é delimitada entre os 10 e 19 anos, sendo subdividida em dois períodos: (I) a pré-adolescência, dos 10 aos 14 anos, marcada pelas primeiras transformações físicas, hormonais, cognitivas e sexuais; e (II) a adolescência propriamente dita, dos 15 aos 19 anos; fase em que ocorre a integração social, exigindo o enfrentamento de limitações e o desenvolvimento saudável (OMS, 2009).

No contexto brasileiro, o Estatuto da Criança e do Adolescente define o adolescente como um indivíduo em processo peculiar de desenvolvimento, com idade entre 12 e 18 anos (Brasil, 1990). Por essa razão, na presente dissertação será considerada esta faixa de idade para caracterização da amostra de adolescentes.

Segundo Machado *et al.* (2018), a adolescência é marcada não somente pela consolidação da identidade sexual, mas também pela busca de autoafirmação, independência individual e da integração social. Sob a perspectiva biomédica, a adolescência também é entendida como uma etapa de transição entre a infância e a

vida adulta, situada na segunda década da vida e caracterizada por transformações biológicas da puberdade, associadas à maturidade biopsicossocial.

Essas mudanças são consideradas fundamentais na vida dos indivíduos, fazendo com que a adolescência seja vista como uma fase crítica, marcada pela definição da identidade sexual, profissional e de valores, além de estar sujeita a crises, muitas vezes interpretadas como patológicas. Os desafios enfrentados pelos adolescentes são inerentes ao desenvolvimento, incluindo a adaptação às mudanças fisiológicas e anatômicas, bem como a integração da maturidade sexual em um padrão específico de comportamento (Davim *et al.*, 2009).

O início da adolescência é claramente demarcado pelas transformações físicas, baseadas no fenômeno fisiológico individual e variável da puberdade, que geralmente ocorre entre os oito e 14 anos de idade. Essa fase é marcada pelo crescimento somático, pela maturação sexual, pela aquisição das funções corporais adultas e por mudanças estéticas, reguladas por uma complexa interação de sistemas neuroendócrinos (Davim *et al.*, 2009). Além disso, a adolescência é um período de vulnerabilidade física, psicológica e social, no qual ocorrem mudanças complexas e interligadas no desenvolvimento humano.

Transformações físicas, cerebrais, endócrinas, emocionais, sociais e sexuais acontecem de forma simultânea, gerando comportamentos e emoções até então desconhecidos pelo adolescente, sua família, amigos e profissionais que o cercam. Diante dessa vulnerabilidade, o processo de adolecer exige atenção especial da família, dos profissionais de saúde e da educação, que devem auxiliar o jovem a lidar com situações e problemas que possam comprometer sua saúde e bem-estar (Davim *et al.*, 2009).

Nesse contexto de intensas transformações e vulnerabilidades, a construção da identidade assume um papel central na adolescência. À medida que os jovens vivenciam mudanças físicas e emocionais, também enfrentam desafios relacionados à definição de quem são, quais valores adotam e como desejam ser percebidos pelos outros. Nesse contexto, a construção da identidade torna-se uma tarefa central (Schoen-Ferreira; Aznar-Farias; Silvaes, 2003).

Papalia e Martorell (2022) apontam que a formação da identidade envolve um julgamento sobre o próprio *self*, sustentado por valores, princípios e crenças. Esse processo frequentemente é marcado por conflitos relacionados à autonomia, independência e construção de uma identidade singular. Nesse sentido, as

transformações vividas nessa fase, como a perda das características infantis e as alterações corporais da puberdade, podem fazer com que o adolescente, já fragilizado pelas diversas mudanças internas, experimente sofrimento ao buscar aceitação social. Essa aceitação se constrói a partir das vivências cotidianas, nas quais o indivíduo se percebe e também é percebido pelos outros (Piatí *et al.*, 2023). Além disso, é comum que adolescentes se deparem com inúmeros desafios e limites, rompam com regras estabelecidas e apresentem a sensação de poder ilimitado (Moraes, Weinmann; Sippert, 2021).

É exatamente nesta fase da vida que a confusão em torno da identidade impulsiona o adolescente a procurar por identificações, tentando reconhecer seus semelhantes em meio à diversidade e constituindo seus próprios grupos e amizades. A necessidade de compartilhar angústias e alinhar comportamentos e pensamentos torna o grupo e as amizades um espaço fundamental, onde se encontra certa homogeneidade nas atitudes, ideias e modos de agir (Neves; Teixeira; Ferreira, 2015).

A amizade é uma experiência normativa e um contexto singular de socialização, marcada por interações mais afetivas, cooperativas e construtivas do que aquelas vividas com outros pares (Freitas *et al.*, 2018). A principal função da amizade é oferecer um suporte seguro fora do ambiente familiar, permitindo que os adolescentes compreendam e experimentem as consequências de seus comportamentos em si mesmos, nos outros e nos diferentes contextos em que estão inseridos (Freitas *et al.*, 2018).

Laços de amizade próximos contribuem significativamente para o desenvolvimento ao oferecerem suporte emocional, afeto, companhia, diversão, segurança e ajuda prática. Esses vínculos fortalecem habilidades sociais, autoestima e percepção positiva de si. Também favorecem a intimidade emocional e a validação mútua de sentimentos e interesses. Além disso, funcionam como modelo para os futuros relacionamentos amorosos e familiares (Freitas *et al.*, 2018).

Diversos estudos têm mostrado, de forma consistente, que a qualidade das amizades influencia significativamente o ajustamento psicossocial, tanto de forma imediata quanto ao longo do tempo (Freitas *et al.*, 2018). Amizades de alta qualidade proporcionam níveis mais elevados de sociabilidade, liderança, popularidade, desenvolvimento do ego, além de contribuir para o desenvolvimento de uma autoestima mais elevada e proporcionar bem-estar. Em contrapartida, amizades de baixa qualidade ou problemáticas estão associadas a comportamentos e percepções

negativas sobre si e sobre o mundo e dificuldades de conduta, além de estarem ligadas a sentimentos de solidão, depressão, agressividade física e relacional, experiências de vitimização, tendência ao isolamento social e ansiedade (Freitas *et al.*, 2018).

Um dos problemas que merecem destaque e que podem comprometer a saúde e o bem-estar dos adolescentes está relacionado à insatisfação com a imagem corporal, mais comumente encontrada entre as adolescentes do sexo feminino (Barros *et al.*, 2023). É durante a adolescência que o corpo define sua forma e estrutura e de acordo com Fonseca *et al.* (2023), na adolescência os sujeitos possuem uma perspectiva de seus corpos que vai além do conceito de beleza, na medida em que estes são importantes meios de comunicação simbólica e de alcance social; no entanto, o padrão social de beleza difundido nas mídias, muitas vezes inalcançáveis, acaba por revelar a impossibilidade de alcance para grande parte desses jovens acarretando em sentimento de frustração e tristeza.

Nesse cenário, a mídia exerce uma influência significativa, principalmente sobre o público feminino, reforçando padrões de beleza idealizados e globalizados, que muitas vezes estão ligados a ideais de poder e aceitação social. O uso intensivo das redes sociais está associado a comportamentos ansiosos, ao aumento do risco de desenvolvimento de transtornos alimentares e à insatisfação com a imagem corporal, sobretudo entre as mulheres (Barros *et al.*, 2023) e como resultado, a insatisfação com a aparência pode levar a uma percepção distorcida e negativa do próprio corpo, o que, em situações mais graves, pode estar relacionado ao desenvolvimento de transtornos alimentares (Gonçalves; Martínez, 2014).

De acordo com Marques *et al.* (2016), a preocupação com a imagem corporal parece estar associada ao aumento de certas condições de saúde, como a obesidade e os distúrbios alimentares, além das transformações nos hábitos e estilos de vida. A imagem corporal é um conceito complexo e multidimensional, com diversas definições e que pode ser entendida como a representação mental que uma pessoa tem do tamanho e da forma do seu corpo, bem como dos sentimentos, atitudes e experiências ligadas a essas características (Slade, 1994).

A aceitação do próprio corpo na adolescência é impactada pelos padrões predominantes no círculo social dos adolescentes, que, por sua vez, refletem os modelos valorizados na sociedade (Gonçalves; Martínez, 2014).

A imagem corporal também pode ser compreendida como um conceito multidimensional, englobando diferentes aspectos (Cash; Smolak, 2011). Entre eles, a dimensão perceptual, que se refere à precisão com que o indivíduo percebe seu próprio corpo; e a dimensão atitudinal que compreende diferentes componentes. Por exemplo, o componente cognitivo-afetivo ou subjetivo, relacionado às atitudes, emoções, pensamentos e avaliações sobre o tamanho, o peso e as partes do corpo; e o componente comportamental, que diz respeito às ações adotadas em resposta à percepção e aos sentimentos em relação à própria aparência (Cash; Smolak, 2011).

Ao se relacionarem com seus pares, os adolescentes conseguem alcançar a intimidade, que se torna parte integrante de seu perfil psicológico. O psiquiatra Sullivan (1963, citado em Sprinthall; Collins, 1994) denominou essa fase como “estágio do amigo íntimo” (*chum stage*). Com o início da puberdade, a necessidade de intimidade torna-se mais complexa devido ao surgimento de desejos sexuais. Dessa forma, a adolescência consiste na integração dessas duas necessidades, permitindo que o prazer da sexualidade seja vivenciado no contexto de relacionamentos interpessoais íntimos e saudáveis (Anastácio, 2012).

Ao mesmo tempo em que o adolescente se vê envolvido em uma grande agitação afetiva e sexual, ele também vivencia as intensas transformações dessa fase. Essas transformações, muitas vezes, exigem uma reconstrução da imagem corporal justamente em um período marcado por grande instabilidade emocional (Moretti; Rovani, 1996). Mesmo os adolescentes sem maiores dificuldades, podem sentir-se desconectados do próprio corpo, passando a compará-lo constantemente com o corpo dos colegas. Quando este se distancia dos padrões valorizados pelo grupo social ao qual pertencem, seja pela ausência de características físicas como o busto ou a menarca nas meninas, ou pelo tamanho do pênis nos meninos, o adolescente pode vivenciar uma perda da consciência de si e desenvolver adaptações inadequadas, resultantes de um comprometimento na percepção de sua imagem corporal (Moretti; Rovani, 1996).

Atualmente, a aparência estética tem adquirido grande importância como forma de reconhecimento social. A busca por um corpo belo, jovem e magro tornou-se um objetivo constante e valorizado na sociedade (Rodgers *et al.*, 2023). A imposição de padrões estéticos arbitrários de beleza corporal pode provocar sérios impactos na saúde mental dos adolescentes (Rodgers *et al.*, 2023).

O processo de adolecer é marcado ainda por transformações psicológicas e sociais complexas, sendo fortemente influenciada pelo ambiente em que o jovem está inserido, o que impacta diretamente na construção de seu caráter, valores, pensamentos e hábitos (Silva; Teixeira; Ferreira, 2014). Embora, na sociedade atual exista uma busca por hábitos alimentares mais saudáveis, percebe-se que na adolescência é pouco frequente encontrar esta prática. A alimentação do adolescente tende a ser caracterizada pelo consumo elevado de gorduras, açúcares e sódio, enquanto a ingestão de frutas e verduras costuma ser insuficiente (Toral; Conti; Slater, 2009).

É comum que os adolescentes deixem de realizar refeições em casa, frequentemente pulando o café da manhã ou o consumindo junto com o almoço. Isso se deve ao fato de que, com o passar dos anos, eles se identificam cada vez mais com os amigos, que acabam influenciando suas escolhas alimentares e determinando o que é aceito socialmente entre o grupo. Os hábitos alimentares também funcionam como forma de inserção do adolescente em determinado grupo social (Lemos; Dallacosta, 2005). Diante desse contexto, será abordado no próximo tópico o comportamento alimentar de adolescentes.

2.2 COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA ADOLESCÊNCIA

O comportamento alimentar refere-se à relação entre o humano e seu ambiente, a respeito da alimentação incluindo “repertórios, hábitos, cultura, experiências relacionadas à alimentação, as respostas ao ato de comer, as formas que essas respostas ocorrem, as influências sociais e as consequências” que colaboram para a manter ou modificar desses comportamentos alimentares (Alvarenga *et al.*, 2024, p. 14). Portanto, o comportamento alimentar humano reflete interações entre o estado fisiológico, o psicológico e o ambiente externo, “com as ações em relação ao ato de se alimentar, como, quando e de que forma o indivíduo come” (Alvarenga *et al.*, 2019, p. 27).

As escolhas alimentares e os comportamentos alimentares são inerentemente complexos e influenciados por inúmeros fatores interconectados, incluindo preferências individuais, como paladar, horário das refeições e interações sociais, fisiologia, fatores emocionais, cognitivos e sociais, além de elementos externos como

acessibilidade, normas culturais, marketing e políticas públicas (Jayasinghe; Byrne; Hills, 2025).

Alvarenga *et al.* (2024) definiram a escolha alimentar como um ato dinâmico determinando o consumo alimentar que ocorre por meio de uma série de comportamentos organizados, baseados nos efeitos dos pensamentos e sentimentos individuais para a seleção e consumo de alimentos e bebidas, considerando o quê, como, quando, onde e com quem as pessoas comem, além de outros aspectos de seu comportamento alimentar. Assim, ao optar por determinados alimentos abre-se mão de outros. Esta opção pode sofrer influência e variar dependendo do local, das circunstâncias, da fase da vida, de onde se vive, das condições sociopolíticas, ambientais dentre outros (Alvarenga *et al.*, 2024).

Chen e Antonelli (2020) elucidaram que as escolhas alimentares podem ter como determinantes as diferenças individuais, que são divididas em dois fatores: o de estado pessoal e o fator cognitivo. O fator de estado pessoal inclui as características biológicas (fatores genéticos, padrões alimentares pessoais e metabolismo, condição física como saúde); necessidades fisiológicas (fome, apetite e status de peso), componentes psicológicos (emoção, motivação, personalidade), hábitos e experiências pessoais. Já o fator cognitivo inclui o conhecimento e habilidades; atitude, gosto e preferência; consequências antecipadas; identidade pessoal (características demográficas como idade, gênero, identidade étnica e educação, além de valores e crenças pessoais).

Os determinantes que influenciam a escolha e o comportamento alimentar são os antecedentes, e também as consequências. Em geral, as categorias principais incluem as individuais (ligadas a características pessoais), determinantes do próprio alimento e do ambiente. Esses determinantes podem ser analisados separadamente ou em combinação para revelar a influência conjunta dos fatores produto, lugar e/ou pessoa (Jaeger *et al.*, 2011).

Segundo Alvarenga *et al.* (2019), a fome, o apetite e a saciedade são sensações fundamentais na regulação da fisiologia do comportamento alimentar. Os comportamentos pré-ingestão (ou pré-deglutição) são os de busca, seleção, aquisição e preparo do alimento. “Os sinais internos (metabólicos e neuroendócrinos) colaboram para o começo e o fim desse processo, incluindo ainda, os determinantes psicossociais”. Esses fatores são todos conectados de forma harmônica, cujo

resultado é uma adequada alimentação em indivíduos saudáveis (Alvarenga *et al.*, 2019, p. 33).

Funções fisiológicas, como hormônios metabólicos circulantes e mecanismos neurais estão envolvidos na ingestão de alimentos e comportamentos apetitivos. No entanto, de modo contrário, as escolhas alimentares extremas e restritas podem resultar em flutuações e desequilíbrios no peso e no estado de saúde (ou seja, os preditores mais fortes do ganho de peso são as dietas e os comportamentos pouco saudáveis de controle do peso; Leng *et al.*, 2017).

A combinação de sensações induzidas pela privação de energia ou de alimentos faz com que o indivíduo busque comida. No entanto, esta sensação não está relacionada a nenhum alimento específico. Existem alguns indivíduos que reconhecem a fome por sinais internos (do estado biológico), já, outros, dependem de outros sinais para comer, “às vezes mais ambientais (como “é hora da refeição”); ou seja, a “fome” nunca é emocional – não é um sinal reativo a uma emoção” (Alvarenga *et al.*, 2019, p. 34).

Já, segundo Chen e Antonelli (2020), a fome hedônica ou apetite, caracteriza-se como o desejo de comer um alimento ou grupo de alimentos em particular, por meio do qual se espera ter satisfação e prazer. Outra possível diferenciação, de acordo com Alvarenga *et al.* (2019) é a relação entre a fome e a necessidade de comida, e o apetite, ao desejo por comida, referindo-se à atratividade com relação à palatabilidade, acesso e outros atributos não biológicos da comida.

Segundo Herman e Polivy (2008), o comportamento alimentar pode ser influenciado por os estímulos alimentares normativos, que parecem ter um efeito universal, influenciando todos os expostos a eles. No entanto, os estímulos alimentares sensoriais (aparência, cheiro, gosto ou até mesmo textura/sensação), são os que as pessoas com sobrepeso/obesas e comedores comedidos respondem mais fortemente, quando comparado com pessoas com pesos normais.

O impacto diferencial de estímulos alimentares atrativos em certas classes de indivíduos (efeito sensorial – é baseado na fisiologia; talvez a fome torne alguém mais “externo” ou talvez ser “externo”, por razões de genética ou desenvolvimento) torne alguém propenso a comer em excesso (necessitando ainda mais de dieta e consequente fome). Herman e Polivy (2008) sugeriram que, o impacto uniforme de estímulos alimentares indica quantidades apropriadas para comer – o efeito normativo

– é baseado no fato de que as pessoas geralmente não têm uma noção clara de quão famintas ou saciadas estão, com exceção nos extremos de fome e saciedade.

Wehling e Lusher (2019) enfatizaram o impacto das influências cognitivas e emocionais no comportamento e nas escolhas alimentares dos indivíduos. Em relação à quantidade e frequência, as escolhas alimentares não se limitam a uma resposta de fome. Quando saciados, os indivíduos com peso saudável alteram sua ingestão de alimentos. No entanto, pessoas com sobrepeso ou obesas tendem a comer, independentemente de seu estado fisiológico, pois são mais responsivos a fatores emocionais ou situacionais internos, como humor negativo, fadiga ou tédio. Já, a dieta, pode intensificar ainda mais a tendência de se envolver em comer em excesso, pois, provavelmente, aqueles que fazem dieta são geralmente mais propensos a comer emocionalmente. Os autores destacaram a importância de explorar diferenças relacionadas ao peso nos processos cognitivos relacionados à alimentação, já que, indivíduos com peso saudável tendem adotar um estilo de pensamento diferente daqueles acima do peso saudável, definido como um IMC acima de 25 kg/m².

Segundo Alvarenga, Dahás e Moraes (2021), do ponto de vista “psicológico” as influências sociais têm papel central no comportamento alimentar; inclusive a aquisição de preferências depende da conformidade ao comportamento dos outros. Esse fator influencia profundamente quanto e como o indivíduo deve comer. Neste contexto, Higgs e Thomas (2016) elucidaram que as normas de alimentação apropriada são definidas pelo comportamento de outras pessoas, além das expectativas culturais compartilhadas e sinais ambientais. Existe uma probabilidade maior de se seguir uma norma alimentar, se esta for percebida como relevante com base em comparação social.

Normas relevantes são definidas por outros semelhantes e por aqueles com quem os indivíduos se identificam. Se uma norma for relevante, pode haver correspondência de comportamento com a norma, mas isso dependerá de outros fatores, como quanta atenção é dada à norma, qual a preocupação com a aceitação social e a presença de outras normas concorrentes, como normas pessoais e estereótipos de consumo (Higgs; Thomas, 2016). A correspondência de normas envolve processos como sincronização de ações alimentares, monitoramento do consumo e preferências alimentares alteradas. É importante destacar que as normas alimentares sociais podem desempenhar um papel no desenvolvimento e na

manutenção da obesidade e, além disto, constituem um novo alvo para intervenções que incentivam uma alimentação mais saudável (Higgs; Thomas, 2016).

A adolescência é caracterizada pelo crescimento e desenvolvimento físico intensos, com rápidas e até bruscas modificações, mas que não serão necessariamente permanentes. No entanto, mudanças como o aumento de gordura corporal nas meninas no período pré-menarca, podem ser mais difíceis de lidar. Outras observações significativas observadas neste período são as emocionais, podendo-se destacar algumas mais marcantes como “a rebeldia, a busca de independência e de autonomia, bem como pessimismo e baixa autoestima” (Alvarenga *et al.*, 2024, p. 441).

Durante a adolescência, a ingestão alimentar estabelece a base para uma vida saudável. No entanto, os adolescentes possuem padrões alimentares diversos que podem estar relacionados às mudanças que acontecem nessa fase, como os fatores relacionados à identidade, pressão das mídias e amigos, sexualidade, além da pressão estética, que influenciam o comportamento e a escolha alimentar (Neufeld *et al.*, 2022). A conexão entre indivíduo e sociedade na adolescência, se torna ainda mais intensa devido à busca por identidade (Bittar; Soares, 2020). As intensas mudanças físicas, emocionais e sociais vivenciadas durante a adolescência influenciam diretamente os hábitos e comportamentos alimentares (Bittar; Soares, 2020).

O consumo alimentar fora do ambiente de casa e da família e junto aos amigos traz mudanças na estrutura e ingestão alimentar dos adolescentes, que usam a autonomia recém-adquirida para “pular” refeições (café da manhã), substituir refeições principais (almoço e jantar) por lanches (salgados, pizza e hambúrgueres), aumentando ainda o consumo regular de doces, salgadinhos, frituras e refrigerantes (Alvarenga *et al.*, 2024). Louzada *et al.* (2015) destacaram também, o baixo consumo de frutas, legumes e verduras, leite e derivados que tem como consequência, a inadequação de certas vitaminas e minerais (cálcio), como também de fibras e água. Alvarenga *et al.* (2024) citaram a falta de tempo, a influência da mídia e dos amigos, a rapidez e a praticidade, o baixo custo e a alta palatabilidade dos alimentos processados e do tipo *fast-food* como fatores que contribuem para o aumento de seu consumo.

Portanto, as mudanças importantes no modo de se alimentar, permitem que os adolescentes tenham mais autonomia para escolher o que, quando e como vão

comer; diferentemente da alimentação da infância, que é, de certa forma, “imposta” pelos pais. O tipo de relação do adolescente com a alimentação, ou seja, como ele pensa, sente e se comporta com os alimentos, é essencial para o desenvolvimento de um comportamento alimentar saudável. Apesar de esta relação ter sido construída na infância, ainda pode ser modificada. Embora o momento de intervenção ideal para promover a melhora de comportamento alimentar seja a infância, na adolescência, esta melhora também é possível (Alvarenga *et al.*, 2024).

O início da puberdade inicia um conjunto de transições biológicas e neurodesenvolvimentais que podem ser afetadas pela ingestão de nutrientes e pela escolha alimentar. As necessidades nutricionais aumentam na medida em que ocorre o rápido crescimento físico, aliado à maturação sexual. A satisfação dessas necessidades afeta o desenvolvimento biológico, o crescimento, a saúde em longo prazo e a longevidade (Norris *et al.*, 2022). Assim, as inadequações alimentares podem ser determinantes para interrupção e atraso na taxa de crescimento e evolução da puberdade. Portanto, comportamentos não saudáveis durante a adolescência podem causar comprometimentos emocionais, corporais e nutricionais sérios e permanentes na idade adulta (Alvarenga *et al.*, 2024).

As motivações e comportamentos alimentares são alterados simultaneamente no neurodesenvolvimento. A remodelação cerebral e o aumento da testosterona durante a adolescência estão associados a uma maior sensibilidade à avaliação e à influência social, que aumentam desejo por autonomia e a motivação para assumir riscos, com o objetivo de obter status e reconhecimento social (Neufeld *et al.*, 2022). Com a remodelação do sistema de processamento de recompensas, durante a adolescência, pode ocorrer o aumento da sensibilidade e da necessidade do consumo de alimentos ricos em energia (Olfert *et al.*, 2019).

Uma maior sensibilidade à avaliação social e às ameaças ao status social, aliadas ao desenvolvimento de características sexuais secundárias físicas, contribuem para uma nova consciência da imagem corporal, que são acompanhadas por mudanças alimentares associadas (Chen; Wilkosz, 2014). Assim, ao intensificar essa identidade e sensibilidade social será possível proporcionar uma conscientização maior quanto aos hábitos alimentares de cada um e de seus pares, familiares e outros grupos sociais (Wickham; Carbone, 2018).

Ragelienė e Grønhøj (2020) constataram que, o comportamento alimentar saudável de adolescentes é frequentemente considerado negativo devido ao aumento

do consumo de alimentos com alta densidade energética e baixo valor nutricional influenciado pelos seus pares. Porém, os autores perceberam que, em alguns casos essa influência também pode ser positiva. Diante deste resultado, os autores sugeriram que é necessário encontrar maneiras eficazes de usar a influência dos pares e irmãos para incentivar o comportamento alimentar saudável de crianças e adolescentes.

Durante a adolescência, meninos e meninas, passam por transformações físicas, sociais e psicológicas que impactam diretamente seus comportamentos alimentares. Além da autoestima, as mudanças no neurodesenvolvimento motivam os adolescentes a buscarem pertencimento, que possibilitem a prática de hábitos alimentares que se diferenciem dos familiares, mas que se assemelhem a grupos e normas sociais valorizadas (Vallabhan *et al.*, 2018).

Além da influência dos hábitos familiares, a alimentação do adolescente também é influenciada pela interação social na escola e com os amigos, destacando-se ainda, as diversas particularidades desse estágio de vida, no qual se observa que a imagem corporal e a mídia têm papel preponderante em suas escolhas alimentares (Wilksch *et al.*, 2020; Kucharczuk; Oliver; Dowdell, 2022).

A pressão estética na sociedade atual é outro determinante imposto aos adolescentes, aliada à intensa divulgação midiática de dietas e produtos para emagrecimento, além da expansão de academias e publicações com corpos esteticamente magros e belos como ideal corporal, a aparência física passa a ser associada a atributos como autocontrole, poder, felicidade, atratividade física e modernidade compondo um cenário sociocultural que legitima a busca pela perda de peso (Bittar; Soares, 2020).

Estudos nacionais realizados por Ribeiro-Silva *et al.* (2018) e Moehlecke *et al.* (2020) verificaram que uma parcela importante dos adolescentes está insatisfeita com seu corpo. Neste contexto, a imagem corporal negativa, de acordo com Bodega *et al.* (2023), tem impacto na saúde, autoestima e confiança interna dos adolescentes. Lopes e Rodrigues Junior (2022) esclarecem que quando há um descompasso entre o corpo real e o idealizado, aliado à pressão por se adequar às expectativas sociais, podem surgir comportamentos prejudiciais de controle do peso e até transtornos alimentares decorrentes da insatisfação com a própria imagem. Corroboram com esses achados os estudos de Bittar e Soares (2020), Barros *et al.* (2023) e Alvarenga *et al.* (2024).

De acordo com Barros *et al.* (2023), os altos índices de insatisfação corporal entre adolescentes, pode representar um sério risco à saúde, já que a exposição constante à padrões corporais idealizados nas redes sociais favorecem comparações frequentes, contribuindo para uma autoimagem negativa e impactando negativamente a autoestima desses adolescentes. Esta insatisfação corporal, pode ocasionar nos adolescentes sintomas depressivos, estresse, baixa autoestima, maior restrição alimentar e evitação de atividade física. Ao mesmo tempo, com o despertar da sexualidade e, diante da constante pressão da mídia, do meio social e cultural, para que se tenha um peso e um corpo “ideal”, os adolescentes, especialmente as meninas passam a desejar se tornarem mais atraentes (Alvarenga *et al.*, 2024).

Porém, diante da fragilidade no domínio das informações científicas sobre peso e dieta, há um risco aumentado de “criarem” modelos irreais e até perigosos de peso, corpo e dieta. O fator crucial para desencadear um transtorno alimentar, ou comportamentos de risco para transtornos alimentares, ou até mesmo a obesidade, está relacionado com a maneira que a adolescente lida com o que ela percebe como “causador de sua insatisfação corporal” (Alvarenga *et al.*, 2024, p. 442).

Neste contexto, Bittar e Soares (2020) elucidaram que a relação entre mídia, escolhas alimentares e na imagem corporal dos adolescentes, que pode modificar seus comportamentos, sendo possível ainda que ocorra do desenvolvimento de transtornos alimentares. Esses efeitos negativos das mídias sociais na imagem corporal e nos comportamentos alimentares, também foram constatados por Mohsenpour *et al.* (2023), ao verificaram que as mídias sociais exercem efeitos importantes em comportamentos relacionados à saúde, como comportamentos alimentares, em adolescentes e jovens adultos de 12 a 22 anos, sem histórico de transtornos mentais ou uso de medicamentos psiquiátricos.

Mazzeo *et al.* (2024) consideraram que é muito improvável que os adolescentes percebam esses riscos e interrompam o uso dessas plataformas. Diante disto, os autores sugeriram que é necessário identificar estratégias capazes de mitigar os impactos negativos das mídias sociais, o movimento de positividade corporal, além de políticas que regulam o uso de mídias sociais por adolescentes. Dadas as influências em constante mudança de uma sociedade interconectada, novos desafios complicam ainda mais as percepções, escolhas alimentares e motivações para comer, que podem modificar a maneira de comer, podendo-se destacar o comer restritivo, o comer compulsivo e o comer emocional.

O comer restritivo, de acordo com Alvarenga *et al.* (2021), pode ser entendido como alterações alimentares restritivas auto impostas, que mudam a quantidade e/ou a qualidade dos alimentos ingeridos, com o intuito de controlar ou alterar o peso corporal. A restrição pode incluir pular refeições, jejuar, diminuir a quantidade ingerida, restringir grupos alimentares considerados “engordativos”, contar calorias dos alimentos, consumir apenas alimentos *diet* e/ou *light* e todas as dietas da moda (*detox*, líquidas, “de revista”; retirada de substâncias para “sentir-se melhor” ou “desinchar” quando não há evidência de intolerância).

Conforme Alvarenga *et al.* (2024), o comer restritivo envolve um comportamento complexo em torno da alimentação, referindo-se à intenção de restringir a alimentação, mesmo que não haja uma necessidade clínica para tal. Esse comportamento envolve um conjunto de regras rígidas e inflexíveis para fins de mudança da forma corporal e estéticas socialmente idealizadas (e acreditando falsamente em mudanças de saúde, às vezes). Sales *et al.* (2017) esclareceram que existem tentativas crônicas (muitas vezes sem sucesso) de se evitar certas comidas – consideradas inadequadas a um estereótipo de alimentação supostamente perfeita, que, de acordo com Leme *et al.* (2020) e Dias, Rech e Halpern (2023) podem consequentemente, gerar episódios subsequentes de exageros alimentares e constante oscilação do peso corporal.

Alvarenga *et al.* (2024) ressaltaram que, o melhor construto a ser utilizado para esclarecer de que dieta ou restrição estamos falando é o termo “comer restritivo”, o mais próximo dos termos em inglês “*restrained eating*”, “*restrained eater*” ou “*cognitive restraint*” respectivamente: Comer restritivo, comedor restritivo ou restrição cognitiva (denominado também controle inibitório), são os termos mais frequentemente utilizados nos estudos que avaliam o fenômeno como construto psicológico para descrever a intenção crônica de restringir a alimentação para fins estéticos e/ou por pressão social.

O comer compulsivo se caracteriza como um padrão alimentar desordenado com o consumo de uma quantidade excessiva de alimentos em um curto período, frequentemente acompanhado por uma sensação de perda de controle durante a compulsão e emoções negativas intensas, como culpa, vergonha e angústia posteriormente (Alhuwaydi, 2024). Enquanto isso, o comer emocional está relacionado ao estado psicológico (depressão, ansiedade), sobrepeso/obesidade e padrões alimentares pouco saudáveis. Estresse e depressão prolongados foram

relacionados a uma maior ingestão de alimentos, com indivíduos comendo em uma taxa maior durante períodos estressantes (Devonport; Nicholls; Fullerton, 2019). Além disso, o comer emocional parece influenciar o tipo de alimento consumido. A maioria da seleção de alimentos é caracterizada por refeições mais saborosas e menos saudáveis, enquanto a motivação para comer a fim de controlar o impacto negativo foi relacionada a um padrão alimentar não saudável (Dakanalis *et al.*, 2023).

As maneiras de comer destacam-se como significativos fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Quando as dietas não são eficazes para a perda de peso ao longo do tempo, podem ocorrer, muitas consequências deletérias (clínicas, físicas e emocionais/psicológicas) causando consequentemente a obsessão por comida e, precipitando transtornos alimentares que levam à obesidade. A desregulação do controle da fome e da saciedade destaca-se como uma dentre as muitas explicações para compulsões e transtornos alimentares, que podem ser originados em pessoas vulneráveis. A restrição alimentar acarreta “uma sensação de privação não apenas biológica, mas também psicológica, gerando excessos, desinibição (discutida na sequência), compulsão e ganho de peso” (Alvarenga *et al.*, 2019, p. 102).

Outra explicação para perda de controle e compulsão subsequentes às dietas é, portanto, cognitiva: a dieta requer que a pessoa ignore as pressões internas para regulação do peso corporal e, por isso, aumenta a preocupação sobre os alimentos. O indivíduo passa a fazer uma divisão entre alimentos permitidos versus proibidos e cada vez mais depende de direção cognitiva severa para se controlar (“autocontrole”). No entanto, qualquer situação que quebre esse controle pode gerar compulsão ou exageros, e a própria frustração e o estresse de fazer dieta quebram o autocontrole (Stroebe *et al.*, 2013).

Também é preocupante o fato de se ver a persistência de padrões de compulsão alimentar mesmo tempos depois do período de restrição ter passado. Tal efeito é visto na clínica, com pacientes com transtornos alimentares. Em muitas ocasiões, mesmo após recuperação do estado nutricional, o descontrole alimentar (e/ou compulsão) persiste, em razão de todas as alterações aqui mencionadas. Obviamente, outros fatores, como humor, estresse e ansiedade, também estão envolvidos no descontrole alimentar (Herman; Polivy, 2008), mas fatores que possam causar desinibição parecem romper o funcionamento restritivo de quem costuma fazer dietas (Alvarenga *et al.*, 2019).

Desinibição é um termo usado para impulsividade com comida, ou uma perda de controle generalizada em relação ao consumo alimentar. Quem faz dieta confia em “pistas” ou regras externas para determinar sua alimentação em vez de responder aos estados internos, por isso esse funcionamento pode ser rompido por outros fatores. Além dos já listados anteriormente, é possível incluir influências sociais, distração, estado emocional, tabus alimentares dentre outros (Alvarenga *et al.*, 2019).

As dietas, na verdade, além de não serem eficazes para emagrecer, podem engordar, trazem consequências clínicas e metabólicas desfavoráveis, desregulam as sensações de fome, apetite e saciedade, trazendo pensamentos obsessivos com alimento e peso, causam irritabilidade, letargia e mau humor, desencadeando ainda episódios de descontrole e compulsão que precipitam transtornos alimentares em pessoas suscetíveis (Alvarenga *et al.*, 2019). Diante deste contexto, é importante que o indivíduo tenha uma relação saudável com a comida, a fim de atender às suas necessidades, através do resgate e manutenção de uma sintonia interna que englobe a comida, conforme propõe o comer intuitivo, que será abordado na sessão a seguir.

2.3 COMER INTUITIVO

O comer intuitivo é descrito como uma forma adaptativa de comer caracterizada por uma forte ligação a sinais fisiológicos internos de fome e saciedade do corpo, contrastando com métodos de dieta restritiva e enfatizando a importância da alimentação baseada em necessidades físicas e preferências pessoais (Tribble; Resch, 2020). Três elementos centrais são descritos como características do comer intuitivo, a saber: (a) permissão incondicional para comer quando estiver com fome e para selecionar o alimento desejado, (b) comer por razões físicas, e (c) confiança nos sinais internos de fome e saciedade para determinar quando e quanto comer (Tribble; Resch, 2020; Tylka, 2006).

Tylka e Van Diest (2013) destacam que o comer intuitivo pode servir como uma resposta saudável alimentar ao comer restritivo, que muitas vezes resulta em padrões alimentares desordenados. Estudos apontam que o comer intuitivo contribui de forma única para uma melhor qualidade de vida e bem-estar psicológico (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021), além de prevenir o comer desordenado e reduzir fatores de risco para transtornos alimentares (Babbott *et al.*, 2023; Hazzard *et al.*, 2021; Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021). Comedores mais intuitivos apresentam melhor

saúde psicológica, menor IMC e histórico de peso mais estável do que comedores menos intuitivos (Tribole; Resch, 2020).

O conceito de “comer intuitivo” foi desenvolvido em 1995 pelas nutricionistas norte-americanas Evelyn Tribole e Elyse Resch, fundamentando-se em dez princípios que orientam as práticas alimentares no dia a dia das pessoas. Esses dez princípios são: 1) rejeitar a mentalidade de dieta; 2) honrar a fome; 3) fazer as pazes com a comida; 4) desafiar o policial alimentar; 5) sentir saciedade; 6) descobrir o fator satisfação; 7) lidar com as suas emoções com gentileza; 8) respeito ao corpo; 9) exercita-se para sentir a diferença; 10) honrar a sua saúde com uma nutrição gentil (Tribole; Resch, 2020).

O primeiro princípio convida à rejeição da mentalidade de dieta, encorajando a desconstrução de crenças alimentares restritivas e prejudiciais, frequentemente sustentadas pela cultura da magreza (Tribole; Resch, 2020). O segundo princípio, honrar a fome, enfatiza a importância de reconhecer e responder aos sinais fisiológicos de fome como forma de preservar a energia e a saúde do corpo. O terceiro, fazer as pazes com a comida, propõe eliminar a categorização moral dos alimentos em “bons” ou “ruins”, permitindo que todos os alimentos sejam aceitos sem culpa (Tribole; Resch, 2020).

No quarto princípio, desafiar o policial alimentar, os autores orientam o enfrentamento das vozes críticas internas que julgam escolhas alimentares, promovendo uma postura mais gentil e flexível (Tribole; Resch, 2020). O quinto, sentir a saciedade, envolve reaprender a perceber os sinais que indicam quando o corpo está suficientemente nutrido. O sexto princípio, descobrir o fator satisfação, valoriza o prazer e a experiência sensorial das refeições, reconhecendo o papel da satisfação na regulação alimentar (Tribole; Resch, 2020).

O sétimo princípio, lidar com as emoções com gentileza, reconhece que comer pode ser um recurso para lidar com emoções, mas propõe o desenvolvimento de estratégias mais saudáveis e compassivas para lidar com sentimentos como ansiedade, tristeza ou tédio (Tribole; Resch, 2020). O oitavo, respeito ao corpo, propõe aceitar a diversidade corporal e abandonar ideais corporais irreais, desenvolvendo uma imagem corporal mais positiva e realista (Tribole; Resch, 2020).

Já o nono princípio, exercitar-se para sentir a diferença, estimula a prática de atividades físicas com foco no bem-estar e na vitalidade, e não na queima calórica ou perda de peso (Tribole; Resch, 2020). Por fim, o décimo princípio, honrar a sua saúde

com uma nutrição gentil, orienta escolhas alimentares que respeitam tanto o prazer quanto os aspectos nutricionais, sem rigidez ou perfeccionismo (Tribole; Resch, 2020).

A maioria dos estudos que investigaram variáveis correlatas ao comer intuitivo foram transversais (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021), porém evidências preliminares recentes indicam que o comer intuitivo pode prevenir não apenas o aparecimento dos transtornos alimentares, mas também prediz a redução do sofrimento psicológico (Hazzard *et al.*, 2021). Revisão sistemática com metanálise (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021) identificou que o comer intuitivo está inversamente associado ao IMC, sintomas bulímicos, restrição alimentar, comer emocional, níveis globais de transtornos alimentares, internalização do ideal de corpo, e preocupações com o peso e a forma corporais. Contrariamente, o comer intuitivo apresenta relação positiva com aceitação corporal pelos outros, apreciação corporal, flexibilidade da imagem corporal, afeto positivo, autocompaixão, níveis mais elevados de autoestima, e bem-estar geral (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021). Ainda, se mostrou inversamente associado a sintomas depressivos, sintomas de ansiedade e afeto negativo (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021).

Apesar de o comer intuitivo e os instrumentos utilizados para sua avaliação terem sido originalmente criados para adultos, estudos iniciais indicam que essa abordagem também apresenta efeitos positivos entre adolescentes. Entre esses benefícios, destacam-se a redução nos níveis de depressão, ansiedade, episódios de compulsão alimentar e práticas nocivas relacionadas ao controle de peso, como o jejum prolongado, a indução de vômitos e o uso de laxantes ou diuréticos (Babbott *et al.*, 2023).

Embora os controles impostos por dietas possam trazer prejuízos em qualquer fase da vida, eles tendem a ser especialmente problemáticos para adolescentes em estágios iniciais de desenvolvimento (Moy *et al.*, 2013). Isso ocorre porque, nessa fase, há uma maior vulnerabilidade às pressões familiares em torno da alimentação, o que pode influenciar negativamente a relação com a comida e favorecer o uso da alimentação como forma de lidar com emoções (Moy *et al.*, 2013).

Pais e cuidadores frequentemente exercem controle sobre a alimentação dos adolescentes, tanto em relação aos tipos de alimentos quanto à quantidade consumida, especialmente quando se trata de limitar o acesso a itens considerados não saudáveis (Eneli; Crum; Tylka, 2008). Ao mesmo tempo, podem impor uma

pressão para que eles consumam alimentos vistos como “saudáveis”, como frutas e vegetais, o que pode afetar a autonomia alimentar e influenciar negativamente a relação dos adolescentes com a comida (Eneli; Crum; Tylka, 2008).

Estratégias parentais baseadas no controle alimentar exigem que pais e cuidadores monitorem constantemente a alimentação dos adolescentes, o que pode comprometer o desenvolvimento da percepção intuitiva e a confiança nos próprios sinais corporais de fome e saciedade (Moy *et al.*, 2013). Muitas vezes, esse controle é exercido de forma inconsciente, sem que os adultos percebam que suas ações podem contribuir para o surgimento de padrões alimentares disfuncionais em seus filhos (Moy *et al.*, 2013).

Diante desses riscos, adolescência é considerada uma fase especialmente relevante para a prevenção de transtornos alimentares. Estudos apontam que o início e o meio desse período do desenvolvimento representam momentos de maior vulnerabilidade para o surgimento de comportamentos alimentares desordenados, o que indica a importância de intervenções precoces e direcionadas nessa etapa da vida (Babbott *et al.*, 2023). Os transtornos alimentares têm se tornado cada vez mais frequentes entre adolescentes e isso é preocupante, considerando que tais comportamentos tendem a se agravar e se intensificar (Babbott; Consedine; Roberts, 2024).

De forma geral, os transtornos alimentares estão associados a uma série de consequências negativas para a saúde física e mental, além de apresentarem comorbidades relevantes, como o uso de substâncias, ideação ou comportamento suicida e quadros clínicos graves, como anorexia nervosa e bulimia nervosa (Babbott; Consedine; Roberts, 2024). Por esse motivo, o comportamento alimentar desordenado tem se tornado uma preocupação e uma questão importante de saúde pública na adolescência, que demanda atenção aprofundada tanto no campo acadêmico quanto nas práticas clínicas (Babbott; Consedine; Roberts, 2024).

Grande parte das pesquisas tem se dedicado a entender a prevalência, as causas e os fatores associados ao surgimento de transtornos alimentares. Com isso, pouco se investiga sobre o que realmente ajuda os adolescentes a desenvolverem uma relação saudável com a comida (Dockendorff *et al.*, 2012). Muitas vezes, o conceito de alimentação saudável é entendido apenas como a ausência de sintomas de transtorno alimentar, e não como um comportamento positivo, equilibrado e independente (Dockendorff *et al.*, 2012). Promover essa compreensão mais ampla e

apoiar hábitos alimentares saudáveis entre adolescentes está alinhado com os objetivos da Psicologia, que busca fortalecer qualidades pessoais e promover saúde e bem-estar ao longo da vida (Dockendorff *et al.*, 2012). Dentro dessa proposta, existe o comer intuitivo (Dockendorff *et al.*, 2012).

Esse tipo de comportamento alimentar pode ser medido por meio da *Intuitive Eating Scale* (IES), instrumento composto por 21 itens. A escala foi inicialmente validada em mulheres com 17 anos ou mais, universitárias, mas, posteriormente, também passou a ser utilizada com adolescentes de ambos os sexos (Wheeler *et al.*, 2016).

2.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO COMER INTUITIVO

Para avaliar essa forma adaptativa de comer, denominada comer intuitivo, Tylka (2006) desenvolveu a primeira versão da *Intuitive Eating Scale* (IES). Para avaliar as propriedades de medida da escala foram conduzidos quatro estudos com um total de 1260 mulheres universitárias. No primeiro estudo foi explorada a estrutura fatorial da IES por meio de AFE, investigação da consistência interna e correlação da IES com medidas hipoteticamente correlatas. Os resultados suportaram uma estrutura com 25 itens subdivididos em três subescalas (Tylka, 2006): (a) *Unconditional Permission to Eat* (11 itens), (b) *Eating for Physical Rather Than Emotional Reasons* (8 itens), e (c) *Reliance on Internal Hunger/Satiety Cues* (6 itens). O escore total da IES, bem como de suas subescalas apresentaram consistência interna adequada (coeficiente alfa de Cronbach superior a 0,72). Adicionalmente, foi identificada associação significativa e negativa do escore total da IES com medidas de sintomas de transtornos alimentares, insatisfação corporal, consciência interoceptiva¹, pressão para a magreza e internalização do ideal de corpo magro, indicando validade de construto da IES (Tylka, 2006)

No segundo estudo, foi realizada AFC, buscando confirmar a estrutura fatorial da IES identificada no primeiro estudo, bem como foram avaliados indicadores adicionais de validade de construto. Os resultados suportaram os três fatores originalmente identificados, porém quatro itens foram removidos devido à baixa carga fatorial, resultando em um total de 21 itens (Tylka, 2006). Em relação à validade de construto foi identificada associação significativa e positiva com medidas de autoestima, otimismo, *coping*², e satisfação com a vida (Tylka, 2006). Assim como no

primeiro estudo, adequada consistência interna foi observada para o escore total da IES e de suas subescalas.

No terceiro estudo foi verificada associação inversa e significativa entre o comer intuitivo (avaliado pela versão de 21 itens da IES) e o IMC (Tylka, 2006). Por fim, no quarto estudo foi obtida evidência de estabilidade temporal de três semanas (confiabilidade avaliada por meio da técnica teste-reteste) da IES (Tylka, 2006). Tomados em conjunto, os resultados dos estudos apresentam evidências de validade de construto (fatorial e convergente), bem como confiabilidade da IES (avaliada por meio da consistência interna e da estabilidade temporal) (Tylka, 2006).

Apesar de ter se mostrado robusta a IES apresentou algumas limitações, que culminaram na revisão da escala e apresentação de sua segunda versão, a *Intuitive Eating Scale-2* (IES-2; Tylka; Van Diest, 2013). As autoras argumentam a favor da revisão da escala por três principais motivos. Em primeiro lugar, justificam que a primeira versão da escala não considerou um aspecto importante do construto comer intuitivo que é a nutrição gentil³. Para tanto, propuseram a inclusão de uma subescala denominada *Body–Food Choice Congruence* (Tylka; Van Diest, 2013). Em segundo lugar, argumentam que, embora o comer intuitivo se apresente como um comportamento alimentar de resistência ao comer emocional e a restrição alimentar, a IES não deveria se basear apenas na ausência do comer intuitivo (por exemplo: “Eu uso a comida para me ajudar a acalmar minhas emoções negativas”). Ao contrário, é preciso incluir itens que avaliem a presença do comer intuitivo (por exemplo: “Eu me permito comer a comida que eu desejo no momento”). Logo, foram desenvolvidos itens adicionais para representar o comer intuitivo (Tylka; Van Diest, 2013). Por fim, as autoras buscaram aprimorar a subescala *Reliance on Internal Hunger/Satiety Cues* a fim de obter valores superiores de consistência interna, uma vez que os valores identificados no estudo original (Tylka, 2006) foram bastante próximos do limite inferior aceitável (Tylka; Van Diest, 2013).

Para avaliar as propriedades de medida da IES-2 foram conduzidos três estudos com um total de 1405 mulheres e 1195 homens (Tylka; Van Diest, 2013). Ao longo dos estudos foi investigada a estrutura fatorial da IES-2, a invariância de medida entre sexos, indicadores de validade de construto e confiabilidade (consistência interna e estabilidade temporal). Os resultados da AFE e AFC indicaram uma estrutura de quatro fatores (os três fatores originais, mais o novo fator proposto) composta por

23 itens (11 itens originais da IES e 12 itens adicionados para a IES-2) (Tylka; Van Diest, 2013).

A IES-2 se mostrou invariante entre homens e mulheres e apresentou adequada consistência interna e estabilidade temporal. Foram observadas associações positivas e significantes entre os escores da IES-2 e medidas de apreciação corporal, autoestima e satisfação com a vida (Tylka; Van Diest, 2013). Inversamente foram observadas associações negativas e significantes entre os escores da IES-2 e medidas de sintomas de transtornos alimentares, baixa consciência interoceptiva, vigilância corporal, vergonha corporal, IMC e internalização dos ideais de aparência (Tylka; Van Diest, 2013).

Assim como a versão original (IES; Tylka, 2006), a IES-2 (Tylka; Van Diest, 2013) apresentou boas evidências de validade de construto (fatorial e convergente), bem como confiabilidade da IES (avaliada por meio da consistência interna e da estabilidade temporal). Adicionalmente, apresentou invariância de medida entre os sexos, um dado importante para estudos que pretendem comparar indivíduos a partir do sexo atribuído ao nascimento.

Embora escassos, foram identificados três estudos de validação da IES-2 para adolescentes (Ramalho *et al.*, 2022; Babbott *et al.*, 2023; Ozkan *et al.*, 2025). O primeiro estudo investigou indicadores de validade e confiabilidade da IES-2 para adolescentes portugueses (Portugal), com idade entre 12 e 19 anos (Ramalho *et al.*, 2022). Já o segundo estudo, avaliou indicadores de validade da IES-2 em adolescentes (maior parte neozelandeses), com idade entre 11 e 13 anos (Babbott *et al.*, 2023). Por fim, o terceiro estudo, avaliou as propriedades de medida da IES-2 para adolescentes da Turquia, com idade entre 11 e 17 anos (Ozkan *et al.*, 2025). Interessantemente, os estudos disponíveis de validação da IES-2 para adolescentes (Ramalho *et al.*, 2022; Babbott *et al.*, 2023; Ozkan *et al.*, 2025) encontraram problemas similares àqueles observados em estudos com adultos jovens e adultos, em especial, identificando estrutura fatorial divergente da proposta por Tylka e Van Diest (2013).

Apesar de ser largamente utilizada, e alguns estudos terem conduzido análises de propriedade medida para adolescentes, a IES-2 apresenta limitações, que foram identificadas ao longo de mais de 10 anos de seu uso (Tylka *et al.*, 2024). Por essa razão, uma nova versão da escala foi proposta, a *Intuitive Eating Scale-3* (IES-3; Tylka *et al.*, 2024).

A IES-3 (Tylka *et al.*, 2024) é a versão mais recente e atual da escala desenvolvida para avaliar o comer intuitivo. Embora a IES e IES-2 tenham apresentado bons resultados psicométricos, foram identificados problemas metodológicos, conceituais e práticos, como a presença excessiva de itens formulados de forma negativa, prolixidade nas questões, indefinição em alguns enunciados, ausência de orientações para indivíduos que evitam alimentos por razões médicas, religiosas ou financeiras, e o fato de a IES-2 conter 23 itens e ser considerada extensa. A IES-3 foi desenvolvida com novas instruções e com o propósito de oferecer uma medida mais clara, sucinta, positiva e psicometricamente robusta para avaliação do comer intuitivo (Tylka *et al.*, 2024).

A validação da IES-3 ocorreu em três estudos sequenciais, com adultos de 18 a 85 anos dos Estados Unidos. Foram utilizadas AFE, AFC, além de modelagem exploratória de equações estruturais (ESEM), incluindo modelos bifatoriais, para examinar a validade estrutural da escala (Tylka *et al.*, 2024). A princípio, 17 itens foram elaborados, todos formulados de maneira positiva, alinhados diretamente e de maneira precisa com os princípios do comer intuitivo descritos por Tribole e Resch (1995, 2020).

Nas análises fatoriais e da dimensionalidade da escala 12 itens foram retidos e distribuídos em quatro fatores que refletem os principais domínios do construto: (1) *Permissão incondicional para comer* – que avalia a liberdade de consumir alimentos prazerosos sem culpa, vergonha ou julgamento; (2) *Comer por razões físicas* – que mede a tendência de se alimentar para satisfazer a fome física, e não como forma de regulação emocional; (3) *Confiança nos sinais de fome e saciedade* – que investiga a capacidade de utilizar sinais internos do corpo para decidir quando iniciar ou encerrar uma refeição; e (4) *Congruência da escolha corpo-alimento* – que avalia a escolha de alimentos que promovem bem-estar físico, energia e saúde (Tylka *et al.*, 2024).

As análises psicométricas mostraram que o modelo bifatorial da IES-3, com um fator geral, “comer intuitivo”, e quatro fatores específicos, apresentou um melhor ajuste aos dados (Tylka *et al.*, 2024). A escala demonstrou elevada confiabilidade composta (com valores de ômega de McDonald acima de 0,80 nos fatores e no escore total) e estabilidade temporal, permanecendo consistente ao longo de três semanas em estudos de teste-reteste (Tylka *et al.*, 2024). Foram confirmadas invariâncias de medida em relação ao sexo, idade e IMC, o que significa que o instrumento mede o construto de maneira equivalente entre diferentes grupos demográficos (Tylka *et al.*,

2024). Importante destacar que a IES-3 não apresentou viés de funcionamento diferencial dos itens, reforçando sua aplicabilidade ampla e comparável em distintas populações (Tylka *et al.*, 2024).

Quanto a outros indicadores de validade, a IES-3 apresentou correlações convergentes e discriminantes consistentes. Os escores da IES-3 foram positivamente associados à apreciação corporal, à autocompaixão, à autoestima e ao bem-estar psicológico, além de apresentarem vínculos com uma maior incorporação positiva da experiência corporal (Tylka *et al.*, 2024). Por outro lado, foram negativamente associados à sintomatologia de transtornos alimentares, à restrição alimentar e à insatisfação corporal, indicando que indivíduos com maiores níveis de comer intuitivo apresentam menor propensão a comportamentos alimentares desordenados (Tylka *et al.*, 2024). Esses resultados sustentam a relevância clínica e preventiva da escala, reforçando que o comer intuitivo não é apenas ausência de restrição alimentar, mas um construto positivo e independente, relacionado a melhores indicadores de saúde física e psicológica (Tylka *et al.*, 2024).

A IES-3 se distingue da IES-2 por ter itens mais evidentes, precisos e elaborados positivamente, eliminando desentendimentos gerados por enunciados que apresentam um sentido contrário. Além disso, a nova versão é mais curta, com 12 itens finais, reduzindo o tempo de aplicação, o risco de respostas nulas, incompletas ou inconclusivas (Tylka *et al.*, 2024). Também incorpora instruções mais detalhadas, esclarecendo que as respostas devem se referir a alimentos aos quais o indivíduo tem acesso, tem condições financeiras para pagar, e não tem restrições médicas ou religiosas para consumir (Tylka *et al.*, 2024). Dessa forma, busca-se evitar distorções em contextos de insegurança alimentar ou restrições dietéticas não relacionadas a dietas de emagrecimento (Tylka *et al.*, 2024).

Os resultados obtidos confirmam que a IES-3 é uma medida psicometricamente robusta, conceitualmente inteligível, clinicamente válida e favorável para avaliar o comer intuitivo na população adulta (Tylka *et al.*, 2024). A IES-3 pode contribuir tanto para a pesquisa científica quanto para a prática clínica, especialmente em estudos sobre imagem corporal, qualidade da dieta, prevenção de transtornos alimentares e saúde mental (Tylka *et al.*, 2024). Apesar de todos os atributos e características positivas, os autores ressaltam a necessidade de validação transcultural da escala, uma vez que seus testes foram realizados apenas com adultos estadunidenses (Tylka *et al.*, 2024).

Novos estudos devem ser realizados e devem explorar a aplicação da IES-3 em diferentes contextos culturais, faixas etárias e grupos sociais, a fim de concretizar a utilidade integral do instrumento (Tylka *et al.*, 2024).

3 OBJETIVOS

Os objetivos da presente pesquisa estão descritos abaixo, separadamente em objetivo geral e objetivos específicos.

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as propriedades de medida da IES-3 para adolescentes brasileiros com idade entre 12 a 18 anos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Em adolescentes brasileiros com idade entre 12 a 18 anos:

- a) Avaliar a validade de construto (fatorial e convergente) da IES-3;
- b) Avaliar a consistência interna da IES-3.

4. HIPÓTESES

Nesta seção serão apresentadas as hipóteses geral e específicas para o presente estudo.

4.1 HIPÓTESE GERAL

A IES-3 apresentará boas propriedades de medida para avaliação do comer intuitivo em adolescentes brasileiros.

4.2 HIPÓTESES ESPECÍFICAS

Em adolescentes brasileiros:

- a) serão obtidas boas evidências de validade de construto (fatorial e convergente) da IES-3;
- b) a IES-3 demonstrará evidências de confiabilidade, por meio de adequada consistência interna.

5. MÉTODO

Nessa seção serão apresentados os caminhos metodológicos da pesquisa. Serão apresentadas as características da pesquisa, local de coleta de dados, os procedimentos metodológicos, as análises de dados e os aspectos éticos para que fosse possível alcançar os objetivos propostos em todas as etapas da pesquisa.

5.1 DELINEAMENTO

O presente estudo é caracterizado como de natureza quantitativa, corte transversal (Estrela, 2018), com foco na validação da IES-3 (Tylka *et al.*, 2024) para adolescentes brasileiros.

5.2 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisas em Seres Humano (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Obteve-se aprovação sob parecer nº 7.419.429 (CAAE: 85586924.3.0000.5147). A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos descritos na Declaração de Helsinki (1964), e na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Como a pesquisa foi realizada com adolescentes, todos os participantes e seus responsáveis foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo. Os responsáveis que concordaram em participar da pesquisa, após a leitura do TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), assinaram este termo e os adolescentes que concordaram em participar, após a leitura, assinaram o TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). É importante ressaltar, que a participação dos adolescentes foi voluntária, anônima e sigilosa. A pesquisa foi realizada sem custo para o participante e envolveu risco mínimo.

5.3 AMOSTRA

A amostra da presente pesquisa teve a participação voluntária de adolescentes brasileiros, com idade entre 12 a 18 anos de acordo com o Estatuto da Criança e do

Adolescente (Brasil, 1990), de qualquer sexo, cor, raça e etnia, desde que residissem no Brasil e falem português.

Considerando a natureza do estudo (estudo metodológico de validação de instrumento), o cálculo do número amostral considerou a literatura específica que sugere o quantitativo de participantes necessários para condução das análises de validade e confiabilidade (Swami; Barron, 2019). Para tanto, os autores orientam que a quantidade mínima é de um número de dez participantes para cada item/parâmetro da escala a ser analisada (Swami; Barron, 2019). Assim, foi necessário um número superior a 240 participantes (120 para AFE e 120 para AFC), considerando a presença de 12 itens da IES-3.

5.3.1 Critérios de inclusão

Participaram da pesquisa, adolescentes brasileiros, que tinham entre 12 e 18 anos; de qualquer sexo, cor, raça, etnia, e nível socioeconômico; que tinham o interesse em participar da pesquisa voluntariamente mediante a assinatura do TALE; e que fossem residentes no Brasil e que falassem português (Brasil). Somente participaram da presente pesquisa aqueles que tiveram o consentimento dos pais, mediante a assinatura do TCLE.

5.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os adolescentes que informaram ter alguma doença que interfere na alimentação, como doenças intestinais (síndrome do intestino irritável, Doença de Crohn), disbiose intestinal, diabetes tipo 1, transtorno alimentar restritivo evitativo. Os participantes que, por meio de manifestação expressa, livre e esclarecida, pediram para encerrar sua participação, bem como aqueles que solicitaram explicitamente a não utilização de seus dados, também foram excluídos da pesquisa.

5.4 PROCEDIMENTOS

O estudo foi conduzido com adolescentes em instituições escolares. Após aprovação do projeto pelo CEP da UFJF, foi realizada uma reunião com a direção das

escolas para explicar os objetivos e procedimentos da pesquisa, garantindo a obtenção das autorizações necessárias. Posteriormente, foi agendada uma data para uma reunião com os pais e adolescentes onde também foram explicados os objetivos da pesquisa e os procedimentos da mesma, bem como a natureza voluntária da pesquisa e a confidencialidade de suas respostas.

Neste mesmo dia, foi solicitado aos pais ou responsáveis que assinassem o TCLE e aos adolescentes, o TALE. Em uma nova data, agendada pela escola, onde não havia impactos negativos para o calendário escolar, aconteceu a aplicação dos instrumentos, durante o horário regular de aulas. Durante a coleta de dados, os adolescentes responderam ao conjunto de instrumentos em sala de aula, sob a supervisão do pesquisador, que estava disponível para esclarecer quaisquer dúvidas.

5.5 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados neste estudo foram cuidadosamente selecionados para obter uma compreensão abrangente sobre os participantes, sobre seus hábitos alimentares, sobre a insatisfação com o corpo, e a imagem corporal positiva. Destaca-se que os instrumentos selecionados se encontram adaptados transculturalmente para a língua portuguesa (Brasil), e possuem evidências psicométricas para adolescentes brasileiros. Instrumentos que não possuíam evidências de validade e confiabilidade para adolescentes brasileiros foram avaliados para averiguar indicadores iniciais de validade e confiabilidade.

5.5.1 Questionário sociodemográfico

Para a presente pesquisa, foi desenvolvido um questionário sociodemográfico (APÊNDICE C), que inclui perguntas diretas para coletar informações pessoais dos participantes, tais como: idade, sexo, série escolar, com quem mora, número de irmãos, como ele/ela classifica a saúde em geral, se possui alguma restrição alimentar ou alergia alimentar, se tem diabetes tipo 1 ou alguma doença intestinal ou disbiose intestinal, se ele/ela evita ou se restringe a comer alguns alimentos, se pratica atividade física regularmente.

5.5.2 Comer intuitivo

A IES-3 (ANEXO A) é uma escala de autorrelato de 12 itens criada para avaliar o comer intuitivo (Tylka *et al.*, 2024). A escala é composta por quatro subescalas: (1) *Permissão incondicional para comer* (itens #1, 2, e 3), (2) *Comer por razões físicas* (itens #4, 5, e 6), e (3) *Confianças nos sinais de fome e saciedade* (itens #7, 8, e 9), e (4) *Congruência da escolha corpo-alimento* (itens #10, 11, e 12). Os itens são respondidos em uma escala *Likert* de cinco pontos (1 = discordo totalmente a 5 = concordo totalmente). O escore total é obtido por meio da média dos escores obtidos nos 12 itens que compõe a escala. O escore de cada subescala também pode ser obtido pela média dos escores dos itens que compõe cada subescala. Pontuações mais altas indicam maior comer intuitivo (Tylka *et al.*, 2024). Na presente pesquisa foi aplicada a versão adaptada transculturalmente para o português (Brasil) por de Carvalho *et al.* (2026), que apresentou evidências de validade de construto (fatorial e convergente), e boa consistência interna para adultos brasileiros.

5.5.3 Comer transtornado

O *Dutch Eating Behavior Questionnaire* (DEBQ; Van Strien *et al.*, 1986) consiste em 33 itens distribuídos em três subescalas: comer restritivo (10 itens), alimentação externa (10 itens) e comer emocional (13 itens). A subescala de comer emocional se subdivide em duas dimensões: resposta a emoções difusas (quatro itens, como comer quando se sente solitário, ocioso ou entediado) e resposta a emoções claramente definidas (nove itens, como comer devido à raiva ou irritação). Este questionário de autorrelato é respondido por meio de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1 = nunca e 5 = muito frequentemente). Foi utilizada na presente pesquisa a versão adaptada transculturalmente para o português do Brasil (ANEXO B) por Moreira *et al.* (2017). Os resultados indicaram que a versão brasileira do DEBQ possui índices satisfatórios de compreensão verbal e validade de conteúdo (Moreira *et al.*, 2017). Na presente pesquisa a DEBQ apresentou excelente consistência interna (Ω de McDonald = 0,93 [IC 95% = 0,91–0,95]).

5.5.5 Insatisfação corporal

A *Body Areas Scale* (BAS; Conti *et al.*, 2009) consiste em 24 itens representando cada qual uma área corporal. A satisfação em cada um desses itens é medida por meio de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1 = muito satisfeito a 5 = muito insatisfeito). A pontuação final obtida pela soma dos escores para cada uma das áreas corporais. Pontuação mais alta indica maior insatisfação do adolescente com sua imagem corporal (Conti *et al.*, 2009). A BAS (ANEXO C) mostrou boa consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach > 0,88) e diferenciou eficazmente entre meninos e meninas brasileiras com base no estado nutricional. As pontuações do BAS correlacionaram-se com o IMC dos adolescentes e com a circunferência de cintura (Conti *et al.*, 2009). A confiabilidade foi confirmada pelo coeficiente de correlação para meninos e meninas (Conti *et al.*, 2009). Na presente pesquisa a BAS apresentou excelente consistência interna ($\omega = 0,94$ [IC 95% = 0,93–0,95]).

5.5.6 Aceitação corporal pelos outros

A aceitação corporal pelos outros foi avaliada por meio da *Body Acceptance by Others-2* (BAOS-2; ANEXO D), na qual apresenta 13 afirmações que serão respondidas em escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1 = nunca a 5 = sempre). O escore total pode variar de 13 a 65, indicando que quanto maior o escore, maior é a aceitação corporal por outros (Silva, 2023). Na presente pesquisa foi utilizada a versão em português da escala (Silva, 2023), que apresentou evidências de validade de conteúdo, validade de construto (fatorial e convergente), e boa consistência interna para adultos (18 a 63 anos) brasileiros (Silva, 2023). Na presente pesquisa a BAOS-2 apresentou excelente consistência interna ($\omega = 0,95$ [IC 95% = 0,94–0,97]).

5.5.7 Apreciação corporal

A *Body Appreciation Scale-2* (BAS-2; Tylka; Wood-Barcalow, 2015) é um instrumento com bons indicadores de confiabilidade e validade para mensuração da apreciação corporal. O instrumento é constituído por 10 itens que são respondidos por meio de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1 = nunca a 5 = sempre). A pontuação global é calculada pela média das avaliações dos itens. Valores mais altos

refletem uma apreciação corporal mais positiva. Na presente pesquisa foi utilizada a versão brasileira (ANEXO E) da escala (Junqueira *et al.*, 2019), que apresentou bons indicadores psicométricos para adolescentes (Alcaraz-Ibáñez *et al.*, 2017). A BAS-2 apresentou excelente consistência interna no presente estudo ($\omega = 0,95$ [IC 95% = 0,94–0,96]).

5.6 ANÁLISE DE DADOS

Abaixo estão descritas, em separado, cada análise de dados que foi realizada no curso da validação da IES-3.

5.6.1 Adaptação transcultural da IES-3

A presente pesquisa faz parte de um projeto maior que visa adaptar transculturalmente e avaliar as propriedades de medida da IES-3 para brasileiros de diversas faixas etárias. O projeto “guarda-chuva” abrange a avaliação de adolescentes, parte selecionada para a presente dissertação. Consta do projeto maior a realização da adaptação transcultural da escala que seguiu diretrizes internacionais para este tipo de estudo (Beaton *et al.*, 2000; Herdman; Fox-Rushby; Badia, 1998).

Portanto, a adaptação transcultural do instrumento não fez parte da presente pesquisa. Porém, a versão adaptada transculturalmente para o Brasil (de Carvalho *et al.*, 2026) foi utilizada nesta pesquisa. Destaca-se que uma das recomendações destas diretrizes é que a versão traduzida para a língua de origem seja compreendida por indivíduos de aproximadamente 12 anos de idade (Beaton *et al.*, 2000), o que se adéqua à amostra do presente estudo.

5.6.2 Análise fatorial exploratória

A tabulação de todos os dados foi realizada através do *Microsoft Excel@* e foram transpostos para o *software* JASP v. 0.95.4. Inicialmente, para avaliar a distribuição dos dados foram realizadas análise de assimetria e curtose, bem como aplicado o teste Shapiro-Wilk da IES-3. Valores de assimetria superiores a três e curtose superior a sete, foram considerados como indicativo de distribuição de dados não-normal (Dancey *et al.*, 2017).

Para analisar a possibilidade de fatoração dos dados, ou seja, identificar se a matriz dos dados é fatorável foram aplicados o índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. O teste KMO indica o quão adequada é a aplicação da AFE para o conjunto de dados, sendo considerado valores satisfatórios aqueles acima de 0,60. O teste de esfericidade de Bartlett avalia a significância das correlações na matriz de dados, sendo julgado significativo valor de $p < 0,05$ (Swami; Barron, 2019).

Posteriormente, foi realizada a extração dos fatores pelo método de extração fatoração de eixo principal e rotação oblíqua (*oblimin*), o qual permite que os fatores sejam correlacionados entre si (Swami; Barron, 2019). Foi considerada adequada variância total explicada superior a 40% (Swami; Barron, 2019). Para identificar o número de fatores a serem retidos foram utilizados os critérios de análise paralela, *eigenvalue* mínimo de 1 (*Kaiser's criterion*), e diagrama da declividade (*screeplot*) (Swami; Barron, 2019). Para a determinação dos itens que compõem um fator, foi realizada a análise da matriz de carga fatorial. No qual, valores superiores a 0,40 foram considerados adequados. Aqueles que apresentaram *crossloadings*, ou seja, cargas aceitáveis em mais de um fator (carregamento acima de 0,32) foram excluídos (Swami; Barron, 2019).

5.6.3 Análise fatorial confirmatória

Inicialmente foi conduzida a exploração dos dados, através da estatística descritiva dos instrumentos sob investigação, por meio de média, desvios padrão, valores mínimos e máximos para a amostra. Análises de assimetria e curtose foram realizadas a fim de obter a distribuição dos dados. A posteriori, a existência de *outliers* foi investigada por meio da distância quadrada de Mahalanobis (D^2).

AFC foi conduzida para confirmar a estrutura da IES-3 obtida na AFE. Esta foi realizada por meio do método de extração *weighted least squares adjusted for mean and variance estimation* (WLSMV). Avaliação da qualidade do ajuste do modelo foi verificada por meio dos seguintes testes e índices (Swami; Barron, 2019): razão do qui-quadrado pelos graus de liberdade (χ^2/gf); *Comparative Fit Index* (CFI); *Tucker-Lewis Index* (TLI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) e *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR). Foram considerados valores aceitáveis: χ^2/gf (menor do que 2); CFI e TLI (próximos a 0,95), RMSEA (menor que 0,08 [IC 90%; $p >$

0,05]) e SRMR (menor que 0,08). Considerou-se ainda o ajuste local do modelo por meio da observação das cargas fatoriais individuais dos itens, que deve ser superior a 0,40 (Swami; Barron, 2019).

5.6.4 Validade convergente

A validade convergente foi examinada por meio do coeficiente de correlação de Spearman (ρ) entre a IES-3 e as demais medidas aplicadas na presente pesquisa. A saber: comer transtornado (DEBQ), insatisfação corporal (BAS), aceitação corporal pelos os outros (BAOS-2), e apreciação corporal (BAS-2). Seguindo os critérios de Cohen (Cohen, 1998), correlações entre 0,10–0,29 foram consideradas pequenas, correlações entre 0,30 e 0,49 foram consideradas médias, e correlações acima de 0,50 foram consideradas grandes.

5.6.5 Confiabilidade (consistência interna)

A confiabilidade da IES-3 e dos demais instrumentos utilizados na presente pesquisa foi avaliada pelo coeficiente ômega de McDonald (ω). Valores superiores a 0,70 serão considerados adequados (Dancey *et al.*, 2017).

6 RESULTADOS

A amostra total do estudo foi composta por 295 participantes que foram aleatorizados para análise da estrutura fatorial da IES-3 em duas subamostras: AFE ($n = 147$) e AFC ($n = 148$). A Tabela 1 apresenta as características das duas subamostras e indica não existir diferenças estatisticamente significativas ($ps > 0,05$) entre elas no que se refere aos dados sociodemográficos.

Na Tabela 1 observa-se uma amostra predominantemente formada pelo sexo feminino, que reside com os pais, de classe econômica A, que autoavalia sua saúde geral como boa e que pratica atividade física. Observa-se ainda boa distribuição da amostra em relação às séries escolares.

Tabela 1 - Características descritivas e comparativas das variáveis sociodemográficas

Variáveis	Total (n = 295)	AFE (n = 147)	AFC (n = 148)	Estatística
Idade (anos)^a	14,41 (1,69)	14,28 (1,67)	14,54 (1,70)	U = 9851, $p = 0,153$
Irmãos^b	1(0)	1(0,5)	1(0)	U = 10823, $p = 0,933$
Sexo^c				
Feminino	203 (68,80%)	102 (69,4%)	101 (68,2%)	$X^2(1) = 0,045$, $p = 0,832$
Masculino	92 (31,20%)	45 (30,6%)	47 (31,8%)	
Série escolar^c				
7º ano	54 (18,3%)	29 (19,7%)	25 (16,9%)	$X^2(6) = 4,741$, $p = 0,577$
8º ano	72 (24,4%)	41 (27,9%)	31 (20,9%)	
9º ano	53 (18,0%)	24 (16,3%)	29 (19,6%)	
1ª série	51 (17,3%)	25 (17,0%)	26 (17,6%)	
2ª série	21 (7,1%)	9 (6,1%)	12 (8,1%)	
3ª série	43(14,6%)	18 (12,2%)	25 (16,9%)	
Moradia^c				
Mãe	33 (11,2%)	18 (12,2%)	15(10,1%)	$X^2(3) = 0,812$, $p = 0,847$
Pai	5 (1,7%)	3 (2,0%)	2 (1,4%)	
Pais	252 (85,4%)	123 (83,7%)	129 (87,2%)	
Outros	5 (1,7%)	3 (2,0%)	2 (1,4%)	
ABEP^c				
A	136 (46,1%)	73 (49,7%)	63 (42,6%)	$X^2(4) = 2,598$, $p = 0,627$

B1	64 (21,7%)	27 (18,4%)	37 (25,0%)	
B2	79 (26,8%)	39 (26,5%)	40 (27,0%)	
C1	11(3,7%)	6 (4,1%)	5 (3,4%)	
C2	5 (1,7%)	2 (1,4%)	3 (2,0%)	
Saúde geral^c				
Boa	159 (53,9%)	75 (51,0%)	84 (56,8%)	
Muito boa	74 (25,1%)	40 (27,2%)	34 (23,0%)	$X^2(3) = 1,076, p = 0,783$
Regular	48 (16,3%)	25 (17,0%)	23 (15,5%)	
Ruim	14 (4,7%)	7 (4,8%)	7 (4,7%)	
Atividade física^c				
Sim	241 (81,7%)	123 (83,7%)	118 (79,7%)	$X^2(2) = 0,793, p = 0,673$
Não	52 (17,6%)	23 (15,6%)	29 (19,6%)	

Nota: ^a Resultado expresso em média e desvios-padrão; ^b Resultado expresso em mediana e intervalo-interquartil; ^c Resultado expresso em frequência absoluta e frequência relativa (percentual); U = teste U de Mann-Whitney; X^2 = teste qui-quadrado; p = valor de p .

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

6.1 ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA

Foi conduzida uma AFE com a primeira subamostra ($n = 147$) utilizando o método de extração fatoração pelo eixo principal e rotação oblíqua *oblimin*, uma vez que se esperava correlação entre os fatores. A adequação dos dados para a análise fatorial foi confirmada pelo teste KMO = 0,70 e pelo teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2 (66) = 461,951, p < 0,001$). A análise paralela, o *eigenvalue* e o gráfico de declividade (Figura 1) indicaram a retenção dos quatro fatores originais da escala, que juntos explicaram 50,08% da variância total dos dados (Tabela 2).

Observa-se que o item 7 não apresentou carga fatorial satisfatória ($\lambda < 0,40$), apresentando ainda cargas similares para os fatores *Comer por razões físicas* ($\lambda = 0,202$) e *Confiança em sinais de fome e saciedade* ($\lambda = 0,256$). O item não foi retirado da escala, optando-se por avaliar sua pertinência na AFC.

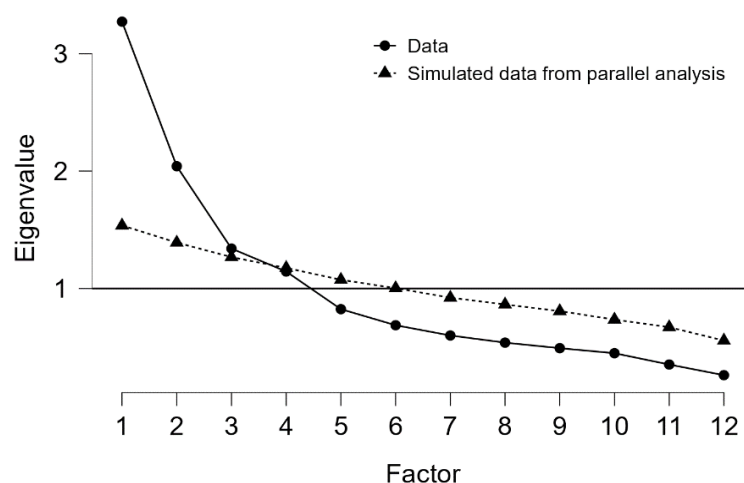
Os índices de ajustamento do modelo original de quatro fatores foram excelentes: CFI = 0,99 TLI = 0,99, RMSEA = 0,007 (90% IC = 0,000, 0,068), e SRMR = 0,024. Em conjunto, esses resultados demonstram que a estrutura de quatro fatores é uma representação robusta e precisa dos dados.

Tabela 2 - Matriz de cargas fatoriais da *Intuitive Eating Scale-3* para adolescentes brasileiros.

IES-3 itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
IES-3_11	1,029	0,021	-0,041	-0,057
IES-3_12	0,538	-0,014	0,069	0,123
IES-3_10	0,527	-0,015	0,124	0,078
IES-3_2	0,038	0,853	0,024	-0,089
IES-3_1	-0,035	0,741	-0,155	0,045
IES-3_3	0,003	0,582	0,080	0,071
IES-3_4	-0,085	0,059	0,753	-0,084
IES-3_6	0,097	-0,014	0,557	0,088
IES-3_5	0,030	-0,048	0,615	0,109
IES-3_8	-0,060	0,062	0,038	0,817
IES-3_9	0,077	-0,057	-0,044	0,660
IES-3_7	0,103	0,111	0,202	0,256
<i>Eigenvalue</i>	2,788	1,647	0,986	0,670
Variância explicada	14,30%	13,70%	11,90%	10,90%
Variância explicada total	50,08%			

Nota: Fator 1 = Congruência da escolha corpo-alimento; Fator 2 = Permissão incondicional para comer; Fator 3 = Comer por razões físicas; Fator 4 = Confiança nos sinais de fome e saciedade. As cargas fatoriais em **negrito** indicam que o item pertence ao fator em destaque. Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Figura 1 - Gráfico de sedimentação com análise paralela para retenção de fatores.



Fonte: Elaborada pela autora (2026).

6.2 ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA

A AFC foi conduzida com os dados da segunda subamostra ($n = 148$) e realizada para confirmar a estrutura de quatro fatores encontrada na AFE. Os resultados indicaram um ajuste excelente do modelo fatorial: $\chi^2/\text{gl} = 0,74$; CFI = 0,99; TLI = 0,99; RMSEA = 0,000 (90% IC = 0,000-0,022), e SRMR = 0,064. Em conjunto, esses indicadores confirmam a validade da estrutura de quatro fatores correlacionados para o instrumento.

Tabela 3 - Cargas fatoriais padronizadas, erros padrão e significância da análise fatorial confirmatória.

Fatores	IES-3 itens	λ	EP	Z	p	95% IC	
						Inferior	Superior
Permissão incondicional para comer	1	0,697	0,080	8,760	<0,001**	0,541	0,853
	2	0,861	0,061	14,123	<0,001**	0,741	0,980
	3	0,792	0,091	8,683	<0,001**	0,614	0,971
Comer por razões físicas	4	0,655	0,074	8,908	<0,001**	0,511	0,800
	5	0,841	0,077	10,988	<0,001**	0,691	0,991
	6	0,213	0,107	1,996	0,046*	0,004	0,422
Fator confiança nos sinais de fome e saciedade	7	0,613	0,081	7,533	<0,001**	0,453	0,772
	8	0,697	0,063	11,053	<0,001**	0,573	0,820
	9	0,678	0,081	8,361	<0,001**	0,519	0,837
Congruência corpo-escolha alimentar	10	0,754	0,076	9,892	<0,001**	0,605	0,903
	11	0,769	0,057	13,558	<0,001**	0,658	0,881
	12	0,598	0,084	7,126	<0,001**	0,433	0,762

Nota: IES-3 = *Intuitive Eating Scale-3*; λ = carga fatorial padronizada; EP = erro padrão; Z = teste Z; p = valor de p; IC = intervalo de confiança das cargas fatoriais padronizadas.

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Após a confirmação do ajuste do modelo de quatro fatores, as cargas fatoriais padronizadas foram examinadas para avaliar a contribuição de cada item ao seu respectivo fator latente. Todas as cargas fatoriais, com exceção de uma (item 6; $\lambda = 0,213$), apresentaram valores de moderados a altos, confirmando a robustez da estrutura fatorial. O item 6 foi excluído da versão final do instrumento a fim de realização das demais análises de validade e confiabilidade.

6.3 VALIDADE CONVERGENTE

A análise de validade convergente revelou padrões de correlação entre a IES-3 e demais medidas utilizadas (Tabela 4). Todos os quatro fatores da IES-3 se correlacionaram positivamente com medidas de aceitação corporal pelos outros (BAOS-2), apreciação corporal (BAS-2) e negativamente com a insatisfação corporal (BAS). Além disso, os fatores *Permissão incondicional para comer*, *Comer por razões físicas*, e *Congruência da escolha corpo-alimento* demonstraram correlações negativas de moderadas a fortes com o comer transtornado, especificamente com o comer restritivo e o comer emocional. Esses resultados fornecem forte evidência para a validade de construto da escala, indicando que ela mede eficazmente diferentes facetas de uma relação positiva e funcional com a alimentação e o corpo.

6.4 CONFIABILIDADE (CONSISTÊNCIA INTERNA)

A análise de confiabilidade indicou resultados mistos, com alguns fatores apresentando confiabilidade elevada (*Permissão incondicional para comer*; $\omega = 0,83$), enquanto outros apresentaram boa consistência interna: *Confianças nos sinais de fome e saciedade* ($\omega = 0,70$) e *Congruência da escolha corpo-alimento* ($\omega = 0,76$). No entanto, o fator *Comer por razões físicas* apresentou confiabilidade muito baixa ($\omega = 0,33$), um resultado que pode ser atribuído à baixa carga fatorial observada no item 6, e sua exclusão.

Tabela 4 - Descrição dos resultados da matriz de correlação.

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Permissão incondicional para comer	-									
2. Comer por razões físicas	0,180*	-								
3. Confiança nos sinais de fome e saciedade	0,247**	0,389**	-							
	0,057	0,391**	0,327**	-						
4. Congruência da escolha corpo-alimento	-0,286**	-0,367**	-0,254**	-0,429**	-					
	0,373**	0,392**	0,368**	0,385**	-0,572**	-				
5. BAS (Insatisfação corporal)	0,395**	0,473**	0,373**	0,489**	-0,737**	0,635**	-			
6. BAOS-2 (Aceitação corporal pelos outros)	-0,174*	-0,603**	-0,349**	-0,358**	0,365**	-0,270**	-0,400**	-		
	0,119	-0,242**	-0,161	-0,263**	0,163*	0,023	-0,177*	0,544**	-	
7. BAS-2 (Apreciação corporal)										
8. DEBQ (Comer emocional)										
	-0,583**	-0,323**	-0,105	-0,058	0,315**	-0,363**	-0,439**	0,363**	0,108	-
9. DEBQ (Alimentação externa)										
10. DEBQ (Comer restritivo)										

Nota: BAS = *Body Areas Scale*; BAOS-2 = *Body Acceptance by Others Scale-2*; BAS-2 = *Body Appreciation Scale-2*; DEBQ = *Dutch Eating Behaviors Questionnaire*.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

7 DISCUSSÃO

Estudos indicam que o comer intuitivo está associado a menores níveis de comportamentos alimentares desordenados e a melhores indicadores de bem-estar psicológico (Tribole; Resch, 1995; Tylka, 2006). Para a avaliação desse construto, diferentes instrumentos foram desenvolvidos, sendo a IES-3 uma das medidas mais recentes, elaborada e validada em amostras de adultos dos Estados Unidos, apresentando validade e confiabilidade em uma estrutura de quatro fatores (Tylka *et al.*, 2024). No entanto, até o presente momento, o instrumento foi testado quanto às suas propriedades de medida para adolescentes, população de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares e distúrbios de imagem corporal. Portanto, o presente estudo teve como objetivo investigar as propriedades de medida da IES-3 em adolescentes brasileiros, analisando sua estrutura fatorial, validade convergente e consistência interna. Os resultados apontam para boas evidências de validade e confiabilidade da escala para avaliação do comer intuitivo em adolescentes brasileiros.

No que se refere à estrutura fatorial, obteve-se replicação da estrutura original de quatro fatores da IE-3 (Tylka *et al.*, 2024), revelando consistência teórica do construto. Entretanto, na AFE observou-se que o item 7 (“Geralmente confio nos sinais de fome do meu corpo para me dizer quando comer”) apresentou carga fatorial insatisfatória, além de cargas cruzadas entre fatores. O comportamento desse item na AFE, caracterizado por cargas baixas, dialoga com achados da literatura que indicam que determinados itens podem apresentar maior instabilidade quando aplicados a populações mais jovens (Babbott *et al.*, 2023). Tal instabilidade pode estar relacionada ao nível de desenvolvimento cognitivo dos adolescentes e à compreensão diferenciada de conceitos mais abstratos associados à autorregulação alimentar (Babbott *et al.*, 2023). Apesar de apresentar carga fatorial insatisfatória, optou-se por manter o item na escala devido à sua importância conceitual para o domínio da confiança nos sinais internos de fome e saciedade, considerado um componente central do modelo teórico do comer intuitivo (Tylka; Van Diest, 2013). Além disso, recomendações psicométricas indicam que decisões sobre exclusão de itens não devem ser baseadas exclusivamente em critérios estatísticos, especialmente quando há sustentação teórica consistente, sendo recomendável que tais itens sejam

reavaliados em análises confirmatórias antes de qualquer decisão definitiva sobre sua remoção (Brown, 2015).

A AFC, utilizada para confirmar os resultados obtidos na AFE, replicou a estrutura de quatro fatores proposta por Tylka *et al.* (2024). O modelo apresentou excelente ajuste, confirmando a adequação da estrutura de quatro fatores correlacionados. Esses índices são comparáveis aos encontrados em estudos internacionais com a IES-2 (Tylka; Van Diest, 2013) e IES-3 (Tylka *et al.*, 2024). Vale destacar que, na AFC o item 7 apresentou satisfatória carga fatorial. Porém, o item 6 não obteve carga fatorial satisfatória. Tal resultado pode refletir dificuldades desenvolvimentais na diferenciação entre comer por razões físicas e emocionais, considerando que a adolescência é marcada por intensas mudanças na regulação emocional e na consciência interoceptiva (Steinberg, 2014). Por se tratar de uma análise confirmatória, optou-se pela exclusão do item para as demais análises das propriedades de medida.

Reitera-se, no entanto, que a manutenção da estrutura de quatro fatores, composta pelas dimensões *Permissão incondicional para comer*, *Comer por razões físicas*, *Confiança nos sinais de fome e saciedade* e *Congruência entre corpo e escolha alimentar*, está alinhada à proposta original de Tylka (2006) e à reformulação posterior apresentada por Tylka e Van Diest (2013). Estudos conduzidos em diferentes contextos culturais também replicaram essa estrutura (Bruce; Ricciardelli, 2016; Camilleri *et al.*, 2015), sugerindo estabilidade transcultural do modelo. A replicação da estrutura em adolescentes brasileiros reforça a robustez teórica do construto.

No que se refere à validade convergente, os resultados mostraram um padrão de correlações consistente com o que é esperado teoricamente para o construto de comer intuitivo. Observou-se correlação positiva entre os fatores da IES-3 e a apreciação corporal, indicando que adolescentes que relatam maior sintonia com os sinais internos de fome e saciedade tendem também a apresentar atitudes mais positivas em relação ao próprio corpo. Esse achado converge com evidências de que o comer intuitivo se associa de forma robusta a indicadores de imagem corporal positiva, especialmente apreciação corporal, sugerindo uma relação em duas direções entre essas variáveis (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021). De modo semelhante, verificou-se correlação positiva com aceitação corporal pelos outros, o que está alinhado ao modelo de aceitação do comer intuitivo, segundo o qual a

percepção de aceitação social do corpo pode favorecer atitudes alimentares mais adaptativas (Augustus-Horvath; Tylka, 2011; Tylka; Homan, 2015). Vale destacar que, no estudo de validação da IES-3, Tylka et al. (2024) também observaram correlações positivas entre os fatores da escala e a apreciação corporal e a aceitação corporal pelos outros.

Observaram-se ainda correlações negativas entre os fatores da IES-3 e a insatisfação corporal, resultado que reforça a ideia de que indivíduos com maior sintonia com seus sinais internos de fome e saciedade tendem a apresentar menor desconforto com a própria aparência. Esse padrão também foi identificado em revisão sistemática e metanálise que aponta associação inversa consistente entre comer intuitivo e indicadores de imagem corporal negativa (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021). Finalmente, foram observadas correlações negativas entre os fatores da IES-3 e o comer transtornado, corroborando evidências de que o comer intuitivo se relaciona a menores níveis de comportamentos alimentares disfuncionais e de psicopatologia alimentar, sendo considerado um fator protetivo para padrões alimentares mais saudáveis (Linardon; Tylka; Fuller-Tyszkiewicz, 2021; Tylka et al., 2024). Relação negativa entre o comer intuitivo e comer transtornado também foi observada no estudo de validação da IES-3 (Tylka et al., 2024).

Por fim, foram observadas evidências de confiabilidade da IES-3 para adolescentes brasileiros, por meio da consistência interna dos fatores que compõem a escala. Destaca-se, no entanto, que o fator *Comer por razões físicas*, apresentou baixo valor de consistência interna. Esse resultado pode manter relação com a composição deste fator, visto que possui apenas dois itens (Dancey et al., 2017). Nossos resultados convergem com o estudo de validação da IES-3 (Tylka et al., 2024) no qual foram obtidos valores mais baixos de confiabilidade composta para os fatores *Confiança nos sinais internos de fome e saciedade* e *Comer por razões físicas*.

Tomado em conjunto, esses achados reforçam a validade e a confiabilidade da versão brasileira da IES-3 para adolescentes, indicando que o instrumento se comporta de maneira coerente com a estrutura teórica e empírica do construto. Entre os pontos fortes do presente estudo, destaca-se o fato de ser o primeiro a investigar as propriedades de medida da IES-3 em adolescentes. Embora existam três estudos prévios que avaliaram as propriedades de medida do comer intuitivo em adolescentes (Ramalho et al., 2022; Babbott et al., 2023; Ozkan et al., 2025), estes utilizaram versão anterior do instrumento (isto é, IES-2). Nesse sentido, o presente estudo avança em

relação à literatura existente ao examinar a versão mais recente da escala, a IES-3, ampliando as evidências de validade do construto de comer intuitivo no contexto da adolescência. Adicionalmente, a utilização de amostras independentes para a realização da análise fatorial exploratória e confirmatória e a aplicação de técnicas robustas de modelagem estão alinhadas às recomendações metodológicas para validação de instrumentos psicométricos (Swami; Barron, 2019). Destaca-se ainda que o estudo seguiu diretrizes contemporâneas para avaliação de propriedades de medida, contemplando diferentes evidências de validade, como validade fatorial e convergente e a análise da consistência interna do instrumento (Swami; Barron, 2019). Espera-se que os resultados obtidos contribuam para o avanço das pesquisas sobre comportamento alimentar na adolescência, disponibilizando um instrumento válido e confiável para avaliar o comer intuitivo em adolescentes brasileiros, possibilitando investigações futuras sobre suas relações com saúde mental, imagem corporal e desenvolvimento saudável.

Apesar das contribuições do presente estudo, algumas limitações devem ser consideradas. A primeira delas é que a amostra foi composta por adolescentes de uma única região do país e majoritariamente pertencentes às classes econômicas média e alta. Evidências indicam que o nível socioeconômico pode influenciar comportamentos alimentares e atitudes relacionadas à alimentação (Neumark-Sztainer *et al.*, 2012), o que potencialmente pode impactar na percepção do que é o comer intuitivo. Além disso, considerando a extensão territorial do Brasil e suas marcantes diferenças socioculturais e alimentares entre regiões, é possível que tais fatores influenciem a forma como os adolescentes percebem e respondem aos sinais internos de fome e saciedade. Assim, recomenda-se que estudos futuros investiguem as propriedades psicométricas do instrumento em adolescentes de diferentes regiões do país, de modo a ampliar a generalização dos resultados.

A segunda limitação reside na análise conjunta de dados de adolescentes entre 12 e 18 anos, devido à conhecidas diferenças desenvolvimentais que ocorrem neste período (Steinberg, 2014). É possível que o comer intuitivo se manifeste de maneira distinta entre adolescentes em fases mais precoces e mais tardias do desenvolvimento. Logo, estudos futuros devem realizar análises estratificadas por faixa etária, bem como testar a invariância de medida da escala entre diferentes estágios da adolescência. Em terceiro lugar, destaca-se a análise conjunta de dados de meninas e meninos. Evidências indicam que mulheres tendem a apresentar

escores mais baixos de comer intuitivo quando comparadas aos homens (Tylka; Van Diest, 2013; Tylka *et al.*, 2024), sugerindo que diferenças de gênero podem influenciar a relação com a alimentação e o corpo. Dessa forma, investigações futuras devem examinar a validade e confiabilidade da escala separadamente entre os sexos, bem como testar a invariância de medida entre meninos e meninas.

Por fim, a confiabilidade do instrumento foi avaliada por meio da consistência interna. Embora esse indicador seja amplamente utilizado em estudos psicométricos, não foi examinada a estabilidade temporal da escala (Swami; Barron, 2019). Assim, recomenda-se que pesquisas futuras avaliem a confiabilidade por meio de procedimentos de teste-reteste, permitindo verificar a estabilidade das medidas de comer intuitivo ao longo do tempo.

8. CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo sustentam a adequação da IES-3 como medida para avaliação do comer intuitivo na população adolescente brasileira, contribuindo para o avanço das investigações sobre comportamentos alimentares mais adaptativos durante a adolescência. Considerando a relevância desse período para o desenvolvimento de hábitos alimentares mais saudáveis ou não e para a vulnerabilidade a desenvolverem transtornos alimentares, a disponibilidade de um instrumento psicometricamente robusto amplia as possibilidades de pesquisa e intervenção no contexto da saúde física e mental de adolescentes.

REFERÊNCIAS

- ALCARAZ-IBÁÑEZ, M. *et al.* Examining the psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 in Brazilian adolescents. **Psychology, Society, and Education**, v. 9, n. 3, p. 505-515, 2017.
- ALHUWAYDI, A. M. A cross-sectional evaluation of binge-eating behavior and its correlation with anxiety disorders among adolescents in Northern Saudi Arabia: implications for future generations. **Frontiers in Psychiatry**, v. 15, p. 13842187. 2024.
- ALVARENGA, M.; DAHÁS, L.; MORAES, C. **Ciência do comportamento alimentar**. Barueri: Manole, 2021.
- ALVARENGA, M. *et al.* **Nutrição comportamental**. 2. ed. Barueri: Manole, 2019.
- ALVARENGA, M. *et al.* **Nutrição comportamental**. 3. ed. Barueri: Manole, 2024.
- ANASTÁCIO, Z. Saúde e Desenvolvimento Adolescente: Relação entre tomada de decisão, comportamento sexual, autoestima e imagem corporal. In: SILVA, P. T. M.; SOUZA, S. A. R.; NETO, I. C. (Orgs.). **O Desenvolvimento Humano: perspectivas para o século XXI**. Atividade Física e saúde, inclusão Social e Formação Profissional. São Luís do Maranhão: EDUFMA. v. 2, p. 149-159, 2012.
- AUGUSTUS-HORVATH, C. L.; TYLKA, T. L. The acceptance model of intuitive eating: a comparison of women in emerging adulthood, early adulthood, and middle adulthood. **Journal of Counseling Psychology**, v. 58, n. 1, p. 110–125, 2011.
- BABBOTT, K. M.; CONSEDINE, N. S.; ROBERTS, M. Your Body Is Your Home: The feasibility of an intuitive eating intervention for early adolescents. **International Journal of Eating Disorders**, v. 57, n. 3, p. 727-739, 2024.
- BABBOTT, K. M. *et al.* Intuitive Eating Scale-2-EA: Psychometric properties and factor structure of the adapted IES-2 for early adolescents. **Eating Behaviors**, v. 51, p. 101813, 2023.
- BABBOTT, K. M. *et al.* Outcomes of intuitive eating interventions: A systematic review and meta-analysis. **Eating Disorders**, v. 31, n. 1, p. 33-63, 2023.
- BARROS, P. H. A. *et al.* Impactos da mídia e fatores associados na insatisfação da imagem corporal em adolescentes. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar**, v. 4, n. 6, p. e463215-e463215, 2023.
- BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.
- BITTAR, C.; SOARES, A. Media and eating behavior in adolescence. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. v. 28, n. 1, p. 291-308, 2020.

BODEGA, P. *et al.* Body image and dietary habits in adolescents: A systematic review. **Nutrition Reviews**, v. 82, n. 1, p. 104-127, 2023.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed. 4, p. 2379, 16 jul. 1990.

BROWN, T. A. **Confirmatory factor analysis for applied research**. 2. ed. New York: Guilford Press, 2015.

BRUCE, L. J.; RICCIARDELLI, L. A. A systematic review of the psychosocial correlates of intuitive eating among adult women. **Appetite**, v. 96, n. 1, p. 454–472, 2016.

CAMILLERI, G. M. *et al.* Intuitive Eating Dimensions Were Differently Associated with Food Intake in the General Population-Based NutriNet-Santé Study. **The Journal of Nutrition**, v. 145, n. 1, p. 61–69, 2015.

CASH, T. F.; SMOLAK, L. (Ed.). **Body image**: A handbook of science, practice, and prevention. Guilford press, 2011.

CHEN, J.-L.; WILKOSZ, M. E. Efficacy of technology-based interventions for obesity prevention in adolescents: A systematic review. **Adolescent Health, Medicine and Therapeutics**, v. 5, n. 1, p. 159-170, 2014.

CHEN, P.-J.; ANTONELLI, M. Conceptual models of food choice: influential factors related to foods, individual differences, and society. **Foods**, v. 9, n. 12, p. 1898, 2020.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2. ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1988.

CONTI, M. A. *et al.* Cross-cultural adaptation, validation and reliability of the Body Area Scale for Brazilian adolescents. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2179-2186, 2009.

DAKANALIS, A. *et al.* The association of emotional eating with overweight/obesity, depression, anxiety/stress, and dietary patterns: a review of the current clinical evidence. **Nutrients**, v. 15, n. 5, p. 1173, 2023.

DANCEY, C. P. *et al.* **Estatística sem matemática para psicologia**. 7. ed. Porto Alegre: Penso, 2017.

DAVIM, R. M. B. *et al.* Adolescente/adolescência: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Revista Rene, Fortaleza**, v. 10, n. 2, p. 131-140, 2009.

DEVONPORT, T. J.; NICHOLLS, W.; FULLERTON, C. A systematic review of the association between emotions and eating behaviour in normal and overweight adult populations. **Journal of Health Psychology**, v. 24, n. 1, p. 3-24, 2019.

DE CARVALHO, P. H. B. *et al.* Psychometric assessment and measurement invariance of the Intuitive Eating Scale-3 among Brazilian men and women. **Manuscrito submetido**. 2026.

DIAS, R. G.; RECH, R. R.; HALPERN, R. Prevalence and associated factors of eating disorder symptoms in adolescents: a cross-sectional school-based study. **BMC Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 393, 2023.

DOCKENDORFF, S. A. *et al.* Intuitive Eating Scale: An examination among early adolescents. **Journal of Counseling Psychology**, v. 59, n. 4, p. 604-611, 2012.

ENELI, I. U.; CRUM, P.; TYLKA, T. L. The trust model: A different feeding paradigm for managing childhood obesity. **Obesity**, v. 16, n. 10, p. 2197-2204, 2008.

FONSECA, J. S. *et al.* Imagem corporal e autoestima em adolescentes da rede pública estadual de Salvador-Bahia. **Psicologia em Estudo**, v. 28, p. e51926, 2023.

FREITAS, M. *et al.* Qualidade da amizade na adolescência e ajustamento social no grupo de pares. **Análise Psicológica**, v. 36, n. 2, p. 219-234, 2018.

GONÇALVES, V. O.; MARTÍNEZ, J. P. Imagem corporal de adolescentes: um estudo sobre as relações de gênero e influência da mídia. **Comunicação & Informação**, v. 17, n. 2, p. 139–154, 2014.

HAZZARD, V. M. *et al.* Intuitive eating longitudinally predicts better psychological health and lower use of disordered eating behaviors: Findings from EAT 2010–2018. **Eating and Weight Disorders**, v. 26, p. 287-294, 2021.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: The universalist approach. **Quality of Life Research**, v. 7, p. 323-335, 1998.

HERMAN, C. P.; POLIVY, J. External cues in the control of food intake in humans: The sensory-normative distinction. **Physiology & Behavior**, v. 94, n. 5, p. 722-728, 2008.

HIGGS, S.; THOMAS, J. Social influences on eating. **Current Opinion in Behavioral Sciences**, v. 9, n. 1, p. 1-6, 2016.

JAEGER, S. R. *et al.* The food choice kaleidoscope. A framework for structured description of product, place and person as sources of variation in food choices. **Appetite**, v. 56, n. 2, p. 412–423, 2011.

JAYASINGHE, S.; BYRNE, N. M.; HILLS, A. P. Cultural influences on dietary choices. **Progress in Cardiovascular Diseases**, v. 90, n. 1, p. 22-26, 2025.

JUNQUEIRA, A. C. P. *et al.* Translation and validation of a Brazilian Portuguese version of the Body Appreciation Scale-2 in Brazilian adults. **Body Image**, v. 31, p. 160-170, 2019.

KUCHARCZUK, A. J.; OLIVER, T. L.; DOWDELL, E. B. Social media's influence on adolescents' food choices: A mixed studies systematic literature review. **Appetite**, v.168, n. 1, p. 105765, 2022.

LEME, A. C. B. *et al.* Impact of strategies for preventing obesity and risk factors for eating disorders among adolescents: A systematic review. **Nutrients**, v. 12, n. 10, p. 3134, 2020.

LEMOS, M. C. M.; DALLACOSTA, M. C. Hábitos alimentares de adolescentes: Conceitos e práticas. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 9, n. 1, p. 3-9, 2005.

LENG, G. *et al.* The determinants of food choice. **The Proceedings of the Nutrition Society**, v. 76, n. 3, p. 316–327, 2017.

LINARDON, J.; TYLKA, T. L.; FULLER-TYSZKIEWICZ, M. Intuitive eating and its psychological correlates: A meta-analysis. **International Journal of Eating Disorders**, v. 54, n. 7, p. 1073-1098, 2021.

LOPES, C. M.; RODRIGUES JUNIOR, O. M. A influência da mídia no comportamento alimentar entre os adolescentes: Transtornos alimentares anorexia nervosa e a bulimia nervosa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, p. e404111335648, 2022.

LOUZADA, M. L. Da. C. *et al.* Consumption of ultra-processed foods and obesity in Brazilian adolescents and adults. **Preventive Medicine**, v. 81, n. 1, p. 9-15, 2015.

MACHADO, I. C. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos entre adolescentes da rede pública de ensino. **Adolescência & Saúde**, v. 15, n. 4, p. 27-35, 2018.

MARQUES, M. I. *et al.* (In) Satisfação com a imagem corporal na adolescência. **Birth and Growth Medical Journal**, v. 25, n. 4, p. 217-221, 2016.

MAZZEO, S. E. *et al.* Mitigating harms of social media for adolescent body image and eating disorders: A review. **Psychology Research and Behavior Management**, v.17, p. 2587–2601, 2024.

MOEHLECKE, M. *et al.* Self-perceived body image, dissatisfaction with body weight and nutritional status of Brazilian adolescents: A nationwide study. **Jornal de Pediatria**, v. 96, n. 1, p. 76–83, 2020.

MOHSENPOUR, M. A. *et al.* Structural equation modeling of direct and indirect associations of social media addiction with eating behavior in adolescents and young adults. **Scientific Reports**, v. 13, n. 1, p. 3044, 2023.

MORAES, B. R.; WEINMANN, A. O. Notas sobre a história da adolescência. **Estilos da clínica: revista sobre a infância com problemas**. São Paulo. v. 25, n. 2, p. 280-296, 2020.

MORAES, B. R.; WEINMANN, A. O.; SIPPERT, A. Da adolescência atual ao atual da adolescência. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 24, n. 4, p. 523-542, 2021.

MOREIRA, G. S. X. *et al.* Transcultural adaptation procedures for the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Brazil. **Avaliação Psicológica**, v. 16, n. 4, p. 426-435, 2017.

MORETTI, E.; ROVANI, I. M. Os sentimentos das adolescentes em relação à imagem corporal. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 7, n. 2, p. 202-225, 1996.

MOY, J. *et al.* Dieting, exercise, and intuitive eating among early adolescents. **Eating Behaviors**, v. 14, n. 4, p. 529-532, 2013.

NEUFELD, L. M. *et al.* Food choice in transition: adolescent autonomy, agency, and the food environment. **Lancet**, v. 399, n. 10320, p. 185-197, 2022.

NEUMARK-SZTAINER, D. *et al.* Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence. **Journal of Adolescent Health**, v. 50, n. 1, p. 80–86, 2012.

NEVES, K. C.; TEIXEIRA, M. L. O.; FERREIRA, M. A. Fatores e motivação para o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 286-291, 2015.

NORRIS, S. A. *et al.* Nutrition in adolescent growth and development. **Lancet**, v. 399, n. 10320, p. 172-184, 2022.

OLFERT, M. D. *et al.* Choice architecture in Appalachian high schools: Evaluating and improving cafeteria environments. **Nutrients**, v. 11, n. 1, p. 147, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Child and adolescent health and development: progress report 2009: highlights**. Genebra: World Health Organization, 2010. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/44314>.

OZKAN, N. *et al.* Intuitive Eating Scale-2 for adolescents: Validity and reliability study in Turkish adolescents. **European Journal of Pediatrics**, v. 184, n. 9, p. 566, 2025.

PAPALIA, D. E.; MARTORELL, G. **Desenvolvimento humano**. 14. ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2022.

PIATI, F. T. *et al.* Uma análise do padrão de uso das mídias sociais e a autoimagem de adolescentes. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 7, p. 193-202, 2023.

RAGELIENÉ, T.; GRØNHØJ, A. The influence of peers' and siblings' on children's and adolescents' healthy eating behavior. A systematic literature review. **Appetite**, v. 148, p. 104592, 2020.

RAMALHO, S. M. *et al.* Intuitive Eating Scale-2: Factor structure and associations with disordered eating, impulsivity and quality of life in adolescents with overweight/obesity. **Eating Behaviors**, v. 44, p. 101593, 2022.

RIBEIRO-SILVA, R. Da. C. *et al.* Body image dissatisfaction and dietary patterns according to nutritional status in adolescents. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 2, p. 155–161, 2018.

RODGERS, R. F. *et al.* Body image as a global mental health concern. **Global Mental Health**, v. 10, p. e9, 2023.

ROSSI, L. M. *et al.* Crise e saúde mental na adolescência: A história sob a ótica de quem vive. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. e00125018, 2019.

SALES, C. H. *et al.* Inadequate dietary intake of minerals: prevalence and association with socio-demographic and lifestyle factors. **British Journal of Nutrition**, v. 117, n. 2, p. 267–277, 2017.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: Alguns apontamentos. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 33-41, 2005.

SBICIGO, J. B.; BANDEIRA, D. R.; DELL'AGLIO, D. D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): Validade fatorial e consistência interna. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 395-403, 2010.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. De. M. A construção da identidade em adolescentes: Um estudo exploratório. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 107–115, 2003.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. De. M. Adolescência através dos séculos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 227-234, 2010.

SILVA, J. G.; TEIXEIRA, M. L. O.; FERREIRA, M. A. Alimentação na adolescência e as relações com a saúde do adolescente. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 1095-1103, 2014.

SILVA, M. L. **Imagem corporal positiva e domínio psicológico**: Evidências psicométricas para praticante e não praticantes de exercício físico. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Vale do São Francisco. Pernambuco, 2023.

SILVA, M. W. *et al.* Adolescência e saúde: Significados atribuídos por adolescentes. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e27510212482, 2021.

SILVA, W. R. da. *et al.* A psychometric investigation of Brazilian Portuguese versions of the Caregiver Eating Messages Scale and Intuitive Eating Scale-2. **Eating and Weight Disorders**, v. 25, n. 1, p. 221-230, 2020.

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

SPRINTHALL, N. A.; COLLINS, W. A. **Psicologia do adolescente**: uma abordagem desenvolvimentista. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1994.

STEINBERG, L. **Age of Opportunity**: Lessons from the New Science of Adolescence. Boston: Houghton Mifflin Harcourt, 2014.

STROEBE, W. *et al.* Why most dieters fail but some succeed: A goal conflict model of eating behavior. **Psychological Review**, v. 120, n. 1, p. 110–138, 2013.

SWAMI, V.; BARRON, D. Translation and validation of body image instruments: Challenges, good practice guidelines, and reporting recommendations for test adaptation. **Body Image**, v. 31, n. 1, p. 204-220, 2019.

TORAL, N.; CONTI, M. A.; SLATER, B. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2386-2394, 2009.

TRIBOLE, E.; RESCH, E. **Intuitive eating**: a revolutionary anti-diet approach. New York: St. Martin's Essentials, 2020.

TYLKA, T. L. Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. **Journal of Counseling Psychology**, v. 53, n. 2, p. 226-240, 2006.

TYLKA, T. L.; HOMAN, K. J. Exercise motives and positive body image in physically active college women and men: Exploring an expanded acceptance model of intuitive eating. **Body Image**, v. 15, n. 1, p. 90-97, 2015.

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

TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. L. The Body Appreciation Scale-2: item refinement and psychometric evaluation. **Body Image**, v. 12, n.1, p. 53-67, 2015.

TYLKA, T. L. *et al.* The Intuitive Eating Scale-3: Development and psychometric evaluation. **Appetite**, v. 199, n. 1, p. e107407, 2024.

VALLABHAN, M. K. *et al.* Motivational interviewing to treat adolescents with obesity: A meta-analysis. **Pediatrics**, v. 142, n. 5, p. e20180733, 2018.

VAN STRIEN, T. *et al.* The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. **International Journal of Eating Disorders**, v. 5, n. 2, p. 295-315, 1986.

WEHLING, H.; LUSHER, J. M. Cognitive and emotional influences on eating behaviour: a qualitative perspective. **Nutrition and Metabolic Insights**, v. 12, n. 1, p. 117863881985593, 2019.

WHEELER, B. J. *et al.* Intuitive eating is associated with glycaemic control in adolescents with type I diabetes mellitus. **Appetite**, v. 96, n.1, p. 160-165, 2016.

WICKHAM, C. A.; CARBONE, E. T. What's technology cooking up? A systematic review of the use of technology in adolescent food literacy programs. **Appetite**, v. 125, n. 1, p. 333–344, 2018.

WILKSCH, S. M. *et al.* The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 1, p. 96-106, 2020.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Gostaríamos de convidar seu filho (a) para participar como voluntário da pesquisa **Análise psicométrica da *Intuitive Eating Scale-3* para adolescentes brasileiros**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é o fato de que o comer intuitivo (um tipo de comportamento alimentar no qual a pessoa está atenta aos sinais de fome e saciedade) se mostra como potencial na prevenção e/ou diminuição de distúrbios de imagem corporal e alguns transtornos mentais, como o transtorno alimentar, fato que está forte e diretamente relacionado com a saúde e qualidade de vida da população. Nesta pesquisa pretendemos **avaliar o comer intuitivo em uma amostra de adolescentes brasileiras de ambos os sexos**.

Caso você concorde com a participação de seu filho ou filha, ele irá **responder a alguns questionários relacionados aos comportamentos alimentares e a imagem corporal, além de um questionário sociodemográfico**. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: **riscos mínimos como responder questionários, que incluem a possibilidade de constrangimento ao respondê-los, cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas e quebra de sigilo e anonimato**. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, **foram selecionados instrumentos curtos, de resposta simples e objetiva. Se o participante desejar, poderá deixar itens em branco ou simplesmente finalizar o protocolo sem completá-lo**. É garantido a ele, a qualquer momento, manifestar a **desistência se assim o desejar**. Isso não mudará a forma como será tratado pelos pesquisadores. Além disso, os pesquisadores serão responsáveis por todos os procedimentos, visando o pleno andamento da pesquisa e integridade dos participantes. Não será coletado dados pessoais de seu filho como nome, e-mail e telefone. **Todas as respostas ficarão em banco de dados exclusivo dos pesquisadores sendo utilizados apenas para fins de pesquisa**. A pesquisa pode ajudar **no avanço dos estudos sobre o comer intuitivo no país, compreender os riscos de adquirir comportamentos orientados a problemas de saúde como distúrbios de imagem corporal e transtornos alimentares**.

Para participar deste estudo o seu filho (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se ele tiver algum dano por causa das atividades que fizermos nesta pesquisa, ele tem direito a indenização. Vocês terão todas as informações que quiserem sobre esta pesquisa e estarão livres para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você autorize a participação de seu filho (a) e ele queira participar agora, vocês podem voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A participação dele ou dela é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que ele é atendido. O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável (Professor Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho) e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a identidade de seu filho (a) com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em autorizar a participação de meu filho (a) na pesquisa e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Salvamento Automático: ANEXO A - TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Salvo neste PC. Pesquisa

Arquivo Página Inicial Inserir Desenhar Design Layout Referências Correspondências Revisão Editor Ajuda

Área de transferência

Formatar

Parágrafo

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável (Professor Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho) e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a identidade de seu filho (a) com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em autorizar a participação de meu filho (a) na pesquisa e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do Participante _____ de _____ de 20__

Assinatura do (s) Pesquisador (s) _____

Professor Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho (Pesquisador Responsável)

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Instituto de Psicologia (Instituto de Psicologia)

Av. Pasteur, 403 - Cidade Universitária - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 21546-030

Fone: (32) 99114-3073 E-mail: carvalho.berbert@ufrj.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos - UFRJ

Av. Pasteur, 403 - Cidade Universitária - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 21546-030

Fone: (32) 2402-3788 / E-mail: cep@propag@ufrj.br

Página 1 de 2 1422 palavras Português (Brasil) Atualização não disponível

APÊNDICE B

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Análise psicométrica da *Intuitive Eating Scale-3* para adolescentes brasileiros**. Nesta pesquisa pretendemos **avaliar o comer intuitivo em uma amostra de adolescentes brasileiras de ambos os sexos**.

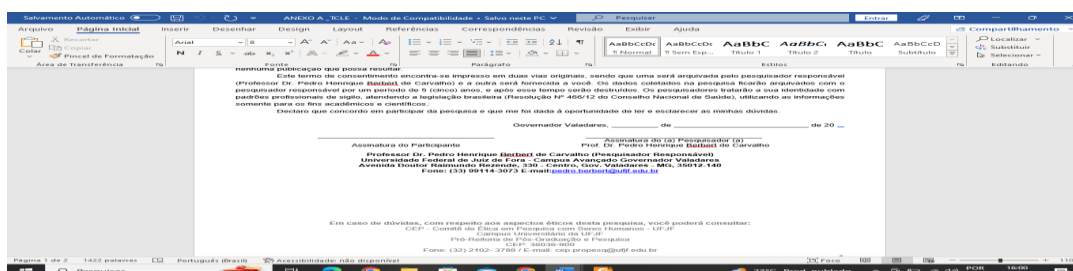
Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: **responder a alguns questionários relacionados aos comportamentos alimentares e a imagem corporal, além de um questionário sociodemográfico**. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: **riscos mínimos como responder questionários, que incluem a possibilidade de constrangimento ao respondê-los, cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas e quebra de sigilo e anonimato**. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, **foram selecionados instrumentos curtos, de resposta simples e objetiva. Se o participante desejar, poderá deixar itens em branco ou simplesmente finalizar o protocolo sem completá-lo**.

Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você.

Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos com para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.



APÊNDICE C

Questionário Sociodemográfico

Leia todo o questionário com atenção e responda todas as perguntas com sinceridade. Todo o questionário é completamente anônimo. Não existem respostas certas ou erradas.

Informações Pessoais:

1. Idade: ____ anos
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Série escolar:

() 6º ano
() 7º ano
() 8º ano

() 9º ano
() 1º ano do Ensino Médio
() 2º ano do Ensino Médio

() 3º ano do Ensino Médio

Informações familiares:

4. Com quem você mora?

() Pais
() Mãe
() Pai

() Outros familiares (avós, tios, etc.)
() Sozinho

() Outros (especificar): _____
5. Número de irmãos que moram na mesma casa: ____

Informações econômicas:

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem ____ (LEIA CADA ITEM)

Itens de conforto	Quantidade que possui				
	Não possui	1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					

Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

Trabalhador Doméstico	Não tem	1	2	3	4+
Quantidade de trabalhadores mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					

Saúde e bem-estar:

6. Como você classificaria sua saúde em geral?
☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Regular ☐ Ruim
7. Você possui alguma restrição alimentar ou alergia alimentar (por exemplo: intolerância a lactose, glúten...)?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei
8. Se sim, qual? _____
9. Você tem diabetes tipo 1?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei
10. Você tem alguma doença intestinal ou disbiose intestinal?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei
11. Você tem se restringe ou evita comer alguns alimentos?
12. Se sim, por quê? _____

Atividades físicas:

13. Você pratica atividades físicas regularmente (por exemplo: dança, futebol, natação, luta, vôlei, basquete, frequenta academia, educação física ...)?

☐ Sim ☐ Não

ANEXO A

Intuitive Eating Scale-3

Instruções: Os itens a seguir abordam hábitos alimentares. Especificamente, estamos interessados em sua forma de comer alimentos que estão disponíveis para você: ou seja, alimentos aos quais você tem acesso, poder paga, e não tem uma razão para evitar seja médica (como resistência à insulina, sensibilidades alimentares, intolerância alimentar, alergias alimentares,) ou baseada em valores (como observâncias religiosas, ser vegetariano ou vegano). Leia cada item com atenção e indique a resposta que melhor corresponde aos seus hábitos alimentares em geral. Escala de classificação para cada item: <i>Discordo totalmente</i> (1), <i>Discordo</i> (2), <i>Nem discordo, nem concordo</i> (3), <i>Concordo</i> (4), <i>Concordo totalmente</i> (5).	D is c o r d o T o t a l m e n te	D is c o r d o	N e u t r o	C o n c o r d o	C o n c o r d o t o t a l m e n te
1. Eu me dou a liberdade de comer alimentos de que eu gosto do sabor, sem julgamento.					
2. Eu me permito comer alimentos gostosos, sem culpa.					
3. Eu como alimentos que me dão prazer, sem sentir vergonha disso.					
4. Eu como mais quando estou fisicamente com fome do que quando estou me sentindo estressado(a).					
5. Eu geralmente como mais para fornecer nutrição e energia para meu corpo do que para aliviar o estresse emocional.					
6. Minhas principais formas de lidar com pensamentos e sentimentos estressantes não envolvem comida.					
7. Eu geralmente confio nos sinais de fome do meu corpo para me dizer quando comer.					
8. Eu geralmente confio nos sinais de que meu corpo está confortavelmente saciado (cheio) para me dizer quando parar de comer.					
9. Eu presto atenção ao meu corpo para me dizer quando, o que e quanto comer.					
10. Eu prefiro alimentos que me dão energia por mais tempo.					
11. Eu escolho alimentos que ajudam meu corpo a funcionar da melhor forma possível, tanto física quanto mentalmente.					
12. Eu como alimentos que fazem bem ao meu corpo.					

ANEXO B

Dutch Eating Behavior Questionnaire – DEBQ

Leia cada frase com atenção e faça um X em torno da opção mais adequada para você.	N u n c a	R a r a m e n t e	À s v e z e s	F r e q u e n t e m e n t e	M u i t o f r e q u e n t e m e n t e
1. Você sente vontade de comer quando está irritado?					
2. Se a comida é deliciosa, você come mais do que o normal?					
3. Você sente vontade de comer quando não tem nada para fazer?					
4. Quando você engorda, você começa a comer menos que o normal?					
5. Você sente vontade de comer quando está deprimido ou desanimado?					
6. Se a comida cheira bem e parece boa, você come mais que o normal?					
7. Com que frequência você recusa alimentos ou bebidas que lhe são oferecidos porque está preocupado com o seu peso?					
8. Você sente vontade de comer quando se sente sozinho?					
9. Se você vê ou cheira algo saboroso, isso lhe dá vontade de comê-lo?					
10. Você tem vontade de comer quando alguém “te decepciona”?					
11. Você tenta comer menos do que gostaria nas refeições?					
12. Se você tem algo gostoso para comer, você come na hora?					
13. Você sente vontade de comer quando está chateado?					
14. Você observa exatamente o que você come?					
15. Se você passar por uma padaria, tem vontade de comprar algo gostoso?					
16. Você sente vontade de comer quando sabe que algo desagradável está para acontecer?					
17. Você evita comer alimentos que engordam?					
18. Quando você vê outras pessoas comendo, você também sente vontade de comer?					
19. Quando você come demais, você come menos que o normal nos dias seguintes?					

20. Você sente vontade de comer quando está ansioso, preocupado ou tenso?					
21. Você acha difícil resistir a comidas deliciosas?					
22. Você come menos intencionalmente para não ganhar peso?					
23. Você sente vontade de comer quando as coisas não estão indo do seu jeito ou quando estão indo mal?					
24. Se você passar por uma lanchonete ou cafeteria, tem vontade de comprar algo gostosos?					
25. Você sente vontade de comer quando está emocionalmente abalado?					
26. Com que frequência você tenta não comer entre as refeições porque está controlando o seu peso?					
27. Você come mais do que o normal quando vê outras pessoas comendo?					
28. Você sente vontade de comer quando está entediado ou inquieto?					
29. Com que frequência você tenta não comer à noite porque está controlando seu peso?					
30. Você sente vontade de comer quando está com medo?					
31. Você leva em consideração seu peso na hora de escolher o que comer?					
32. Você sente vontade de comer quando está desapontado?					
33. Quando você está preparando uma refeição, você costuma comer alguma coisa?					

ANEXO C

Body Area Scale - BAS

Sobre suas características corporais, marque um X na melhor resposta:	Muito satisfeito	Moderadamente satisfeito	Neutro	Moderadamente insatisfeito	Muito insatisfeito
Tez facial					
Ouvidos					
Peito					
O Perfil					
Peso					
Olhos					
Altura					
Tornozelos					
Cintura					
Braços					
Pernas					
Aparência geral					
Quadris					
Ombro					
Boca					
Pescoço					
Dentes					
Nariz					
Queixo					
Textura do cabelo					
Corpo construído					
Cor de cabelo					
Coxas					
Face					

ANEXO D

Body Acceptance by Others-2 – BAOS-2

Por favor, indique o quanto você concorda com cada uma das afirmações a seguir:	N u n c a	R a r a m e n t e	À s v e z e s	F r e q u e n t e m e n t e	S e m p r e
1. Sinto que pessoas importantes para mim aceitam meu corpo.					
2. Acredito que pessoas importantes para mim valorizam meu corpo como ele é, sem tentar mudá-lo.					
3. Acredito que pessoas importantes para mim confiam que eu faço o que é melhor para mim em relação ao meu corpo.					
4. Acredito que pessoas importantes para mim aceitam meu corpo sem me comparar com outras pessoas.					
5. Não preciso mudar meu corpo, para me sentir aceito (a) pelas pessoas importantes para mim.					
6. Acredito que pessoas que são importantes para mim aceitam e valorizam meu corpo.					
7. Pessoas importantes para mim me ajudam a me sentir calmo (a) e feliz com meu corpo, em vez de preocupado (a) com ele.					
8. Acredito que pessoas importantes para mim respeitam meu corpo.					
9. Tenho a sensação de que pessoas importantes para mim gostam do meu corpo como ele é, mesmo que não digam nada.					
10. Acredito que pessoas importantes para mim valorizam meu corpo como ele é nas suas características únicas.					
11. Pessoas importantes para mim me ajudam a me sentir confortável em relação ao meu corpo.					
12. Posso contar com pessoas importantes para mim para aceitar meu corpo.					
13. Pessoas importantes para mim evitam fazer críticas ou julgamentos sobre meu corpo.					

ANEXO E

Body Appreciation Scale-2 - BAS-2

Por favor, indique o quanto você concorda com cada uma das seguintes afirmações:	N u n c a	R a r a m e n t e	À s v e z e s	F r e q u e n t e m e n t e	S e m p r e
1. Eu respeito meu corpo.					
2. Sinto-me bem com meu corpo.					
3. Sinto que meu corpo tem pelo menos algumas boas qualidades.					
4. Tenho uma atitude positiva em relação ao meu corpo.					
5. Estou atento às necessidades do meu corpo.					
6. Sinto amor pelo meu corpo.					
7. Aprecio as características diferentes e únicas do meu corpo.					
8. Meu comportamento revela minha atitude positiva em relação ao meu corpo; por exemplo, mantenho minha cabeça erguida e sorrio.					
9. Sinto-me confortável com meu corpo.					
10. Sinto que sou bonita, mesmo sendo diferente das imagens de pessoas atraentes na mídia (por exemplo, modelos, atrizes/atores).					