

A era digital e suas implicações sociais: Desafios e contribuições

ALIMENTAÇÃO INTUITIVA COMO ABORDAGEM DE MUDANÇA NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NOS INDIVÍDUOS DA INSTITUIÇÃO JOCUM

Kethelyn Lisboa Lessa, Maria das Graças Vaz Tostes

Universidade Federal do Espírito Santo, Alto Universitário, s/nº, Guararema, 29500-000, Alegre - ES, Brasil, kethelynlislessa@gmail.com/ mgvaztostes@gmail.com

Resumo

Indivíduos da base do Jovens Com Uma Missão (JOCUM), uma organização sem fins lucrativos, apresentam alguns fatores que influenciam no comportamento alimentar (CA). Este artigo objetivou-se identificar o CA e o comer intuitivo (CI) dos jovens; avaliar a relação entre as condições socioeconômicas e o CA; e realizar intervenção com a abordagem em alimentação intuitiva com estes jovens. Trata-se de estudo de intervenção, com avaliação do CA e do CI de 17 jovens, antes e após a intervenção, através de questionários da Escala do Comer Intuitivo - 2 (IES-2), Three Factor Eating Questionnaire - 21 (TFEQ-21) e coleta de dados sociodemográficos. Quanto às pontuações do comer intuitivo, não foi verificada alteração significativa, após intervenção. Porém, houve alteração na pontuação total do CA (-0,22) e redução na subescala "Descontrole Alimentar" (-13,73). Conclui-se que a abordagem alimentação intuitiva impacta na redução de comportamentos alimentares disfuncionais.

Palavras-chave: alimentação intuitiva, TFEQ-21, condição socioeconômica, jovens

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde - Nutrição

Introdução

Epidemiologia aponta que um terço da população experimenta distúrbios de ansiedade (DE CASTRO, 2019). Afeta também os indivíduos residentes do Jovens Com Uma Missão (JOCUM), uma organização sem fins lucrativos, devido alguns fatores que influenciam no comportamento alimentar.

Segundo Dalmaz et al. (2019) os indivíduos com condições psicológicas comprometidas, buscam alternativas de conforto que acarreta na compensação alimentar. O comer exagerado acarreta em aumento de peso e gordura corporal, seguidos por sensações de frustração e culpa, ou restrição alimentar (NATACCI, 2009). Portanto, emoções podem afetar o comportamento alimentar (C.A) em todo o processo da refeição, como a motivação de comer, quantidade ingerida, metabolismo, bem como as escolhas alimentares. Assim, a ingestão de alimentos palatáveis está relacionada às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (DULLOO et al., 2012).

O tratamento nutricional visa a prevenção de doenças, promoção da saúde e a transformação de comportamento (CALLEJON E PATERNEZ, 2008). Entretanto, o desafio está em melhorar o comportamento alimentar respeitando a fome física, saciedade, a vontade de comer e prazer através da alimentação. Portanto, a intervenção com a alimentação intuitiva visa melhorar a relação com comida, corpo e suas escolhas alimentares (ALVARENGA et al., 2015).

Levantamos a hipótese que a intervenção com a alimentação intuitiva minimiza C.A disfuncionais em jovens de baixa renda, ajudando-os a enfrentar emoções sem recorrer à comida. O objetivo é usar a alimentação intuitiva como abordagem de mudança no comportamento dos indivíduos da JOCUM.

Metodologia

Tratou-se de estudo de intervenção, exploratório, quantitativo, online via plataforma *Google Meet*, com avaliação antes e após a intervenção de seis encontros. Foi conduzido com indivíduos maiores de 18 anos que residem na Instituição JOCUM SION, localizada na cidade de Macaé, Rio de Janeiro. Tais indivíduos participam de uma organização sem fins lucrativos, e apresentam alguns fatores que influenciam no comportamento alimentar.

Os participantes foram informados sobre os procedimentos e objetivo do estudo, e assinaram o TCLE, após aprovação ética com protocolo 59781322.6.0000.8151.

A intervenção teve duração de uma hora, com debates seguindo os princípios da alimentação intuitiva criados pelas nutricionistas Evelyn Tribole e Elyse Resch, descritos no livro *Intuitive Eating* (TRIBOLE et.al, 2017).

As sessões seguiram um formato padrão: Iniciou-se com dinâmicas de quebra gelo relacionado ao tema, seguido por breve introdução sobre o tema e aprofundamento do conteúdo. Na primeira e última sessão foram apresentados questionários com o objetivo de coletar dados sobre os participantes.

Dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, nível socioeconômico e dados antropométricos), a Escala do Comer Intuitivo - Intuitive Eating Scale (IES-2) e o Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ) para o comportamento alimentar foram coletados via *Google Forms*.

Os dados foram organizados no programa Microsoft Excel com o objetivo de facilitar a compressão das informações e analisados no programa estatístico IBM SPSS 19.0. Testes Shapiro-Wilk e análise descritiva foram usados para variáveis contínuas e porcentagens para variáveis categóricas. Utilizou-se Teste T Pareado para comparação e Teste de Correlação de Pearson para associação entre as variáveis, com nível de significância de 95% ($p \leq 0,05$).

Vale ressaltar que os instrumentos de coleta foram examinados de acordo com respectivos padrões técnicos, ou seja, as escalas foram corrigidas e tabuladas de acordo com as instruções dos autores para que fossem analisadas quantitativamente por meio de métodos estatísticos.

Resultados

A amostra final foi composta por 17 indivíduos, com 70,6% na faixa etária de 18-29 anos e majoritariamente feminina (82,3%). Além disso, observou-se que os participantes do estudo tinham maior porcentagem (29,4%) de renda familiar até R\$ 854,00 e predominantemente nível médio completo (58,3%), como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Variáveis Sociodemográficas dos participantes do estudo

Característica dos Indivíduos	N	%
Idade		
18 - 29 anos	12	70,59
30 - 50 anos	5	29,41
Sexo		
Masculino	3	17,65
Feminino	14	82,35
Renda		
Renda Média Familiar até R\$ 854,00	5	29,41
Renda Média Familiar até R\$ 1.113,00	3	17,65
Renda Média Familiar até R\$ 1.484,00	4	23,53
Renda Média Familiar até R\$ 2.674,00	2	11,76
Renda Média Familiar até R\$ 4.681,00	3	17,65
Escolaridade		
Ensino Fundamental Completo	1	5,88
Ensino Médio Incompleto	1	5,88
Ensino Médio Completo	10	58,83
Superior Incompleto	4	23,53
Superior Completo	1	5,88

Fonte: Próprio autor

Foi constatado que os participantes eram majoritariamente eutróficos (64,7%), de acordo com o IMC inicial, representando cerca de um terço da amostra antes da intervenção. Ainda foi encontrado obesidade grau III na amostra deste estudo, como é possível verificar na Tabela 2.

Tabela 2 - Classificação por classe de IMC antes e depois da intervenção

Classificação IMC	Percentual s0	Percentual s6
Baixo peso	0 %	0 %
Eutrofia	64,70 %	58,83 %
Sobrepeso	29,41 %	35,29 %

Obesidade I	0 %	0 %
Obesidade II	0 %	5,88 %
Obesidade III	5,88 %	0 %

Fonte: Próprio autor. s0: inicial; s6: final

O teste T Pareado revelou que não foi verificada alteração significativa ($p > 0,05$) em relação ao comer intuitivo, no escore total e nem nas subescalas após a intervenção proposta (Tabela 3). Diferentemente ocorreu com os escores das dimensões do comportamento alimentar, expresso na Tabela 4, o qual destaca-se uma alteração na pontuação total na escala TFEQ-21 após intervenção. Em relação às subescalas, foi observada uma redução na pontuação em ambas as dimensões, contudo, apenas na subescala DA essa redução foi significativa ($p < 0,05$).

Tabela 3 - Pontuações na Escala do Comer Intuitivo 2 (IES-2)

Variáveis	Média ± DP s0	Média ± DP s6	Valor p
IES – 2 Total	3,26 ± 0,56	3,29 ± 0,49	0,703
Subescala UPE	3,83 ± 0,72	3,86 ± 0,72	0,867
Subescala EPRER	2,93 ± 0,81	2,93 ± 0,85	0,961
Subescala RHSC	3,13 ± 0,98	3,18 ± 0,85	0,783
Subescala BFCC	3,27 ± 1,21	3,37 ± 0,93	0,626

Fonte: Próprio autor. UPE: Permissão Incondicional para Comer; EPRER: Comer por Razões Físicas e Não Emocionais; RHSC: Confiança em Sinais de fome e Saciedade; BFCC: Congruência nas escolhas alimentares, permitindo uma boa nutrição corporal; s0: inicial; s6: final; Teste T Pareado; *Significância $p < 0,05$

Tabela 4 - Pontuação na Escala Three Factor Eating Questionnaire – 21 (TFEQ 21)

Variáveis	Média ± DP s0	Média ± DP s6	Valor p
TFEQ 21 – Total	2,17 ± 0,36	1,95 ± 0,39	0,021*
Subescala RC	36,27 ± 13,90	35,62 ± 17,57	0,814
Subescala AE	44,77 ± 25,41	38,56 ± 26,16	0,259
Subescala DA	52,94 ± 15,91	39,21 ± 15,72	0,004*

Fonte: Próprio autor. RC: Restrição Cognitiva; AE: Alimentação Emocional; DA: Descontrole Alimentar; s0: inicial; s6: final; Teste T Pareado; *Significância $p < 0,05$

O teste de correlação de Pearson revelou que este estudo não demonstrou correlações entre o comer intuitivo e o IMC (Tabela 5). Entretanto, é importante ressaltar que mesmo assim, a subescala “Comer por Razões Físicas e Não Emocionais” evidenciou-se correlacionada – negativamente – com o IMC ($r = -0,659$; $p = 0,004$), indicando que quanto maior o IMC, menor tendia a ser o comer por razões físicas e não emocionais. Outra evidência encontrada é a correlação negativa entre a subescala “Permissão Incondicional para Comer” e Nível Socioeconômico ($r = -0,507$; $p = 0,038$).

Tabela 5 - Correlação entre Índice de Massa Muscular (IMC), nível socioeconômico e comer intuitivo

Variáveis	IMC s0 (r/p)	IMC S6 (r/p)	Nível Socioeconômico
IES – 2 Total s0	-0,251 / 0,331	-0,187 / 0,473	-0,226 / 0,382
IES – 2 Total s6	-0,374 / 0,140	-0,384 / 0,128	-0,150 / 0,565
Subescala UPE s0	-0,149 / 0,568	-0,037 / 0,888	-0,507 / 0,038*
Subescala UPE s6	0,128 / 0,626	0,168 / 0,518	-0,119 / 0,650
Subescala EPRER s0	-0,361 / 0,155	-0,399 / 0,113	-0,331 / 0,195
Subescala EPRER s6	-0,667 / 0,003*	-0,659 / 0,004*	-0,363 / 0,152
Subescala RHSC s0	0,071 / 0,787	0,084 / 0,748	0,275 / 0,285
Subescala RHSC s6	0,023 / 0,930	-0,065 / 0,805	0,213 / 0,413
Subescala BFCC s0	-0,182 / 0,484	-0,043 / 0,871	-0,058 / 0,824
Subescala BFCC s6	-0,136 / 0,602	-0,102 / 0,698	0,070 / 0,790

Fonte: Próprio autor. UPE: Permissão Incondicional para Comer; EPRER: Comer por Razões Físicas e Não Emocionais; RHSC: Confiança em Sinais de fome e Saciedade; BFCC: Congruência na Escolha Alimentos e Corpo; s0: inicial; s6: final; Teste de Correlação Pearson; *Significância $p < 0,05$

Por outro lado, em relação à correlação de comportamento alimentar e IMC após a intervenção, apresentou correlação significativa entre o IMC e a TFEQ Total e entre o IMC e a subescala AE, como apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 - Correlação entre Idade, Índice de Massa Muscular (IMC), nível socioeconômico e comportamento alimentar

Variáveis	Idade (Pear./sig)	IMC (Pear./sig)	s0 IMC S6 (Pear./sig)	Nível Socioeconômico
TFEQ Total s0	0,144 / 0,581	0,388 / 0,124	0,556 / 0,020*	-0,053 / 0,841
TFEQ Total s6	-0,221 / 0,395	0,536 / 0,027*	0,554 / 0,021*	0,402 / 0,110
Subescala RC s0	0,387 / 0,125	0,219 / 0,398	0,196 / 0,452	-0,037 / 0,888
Subescala RC s6	0,447 / 0,072	0,198 / 0,446	0,194 / 0,455	0,178 / 0,495
Subescala AE s0	0,073 / 0,781	0,343 / 0,178	0,475 / 0,054	0,101 / 0,700
Subescala AE s6	-0,255 / 0,323	0,586 / 0,014*	0,607 / 0,010*	0,332 / 0,193
Subescala DA s0	-0,024 / 0,928	0,260 / 0,314	0,458 / 0,065	-0,188 / 0,470
Subescala DA s6	-0,519 / 0,033*	0,341 / 0,180	0,360 / 0,156	0,354 / 0,163

Fonte: Próprio autor. RC: Restrição Cognitiva; AE: Alimentação Emocional; DA: Descontrole Alimentar; s0: inicial; s6: final; Teste de Correlação Pearson; *Significância $p < 0,05$

Discussão

Stang (2012) observou que até os 20 anos é evolutivo a questão de independência social, emocional, física e financeira. Apesar da consciência sobre uma alimentação saudável, estes indivíduos enfrentam desafios como ultraprocessados, irregularidade nas refeições e comer fora (DODD, 2012).

A realidade econômica é um fator determinante para o hábito alimentar, uma vez que o acesso à renda impacta na quantidade, qualidade e na escolha alimentar do indivíduo. A população de baixa renda é acometida com diversas DCNTs devido à falta de educação nutricional, atividade física reduzida e pelo consumo de ultraprocessados (CHAVES et.al, 2020). Vale ressaltar que foi observado neste estudo que a maioria dos participantes tem renda média familiar baixa, contudo, houve a limitação de que não foi questionada a quantidade de membros da família, para a análise de renda per capita.

Antonaccio et al (2015) apresentam que quanto maior a escolaridade, maior o acesso à informação e às escolhas alimentares saudáveis. Contudo, estudos recentes apontam que não é suficiente para alterar comportamentos.

Evidências na Tabela 2 mostram alterações antropométricas após intervenção. Segundo Strong et al. (2008), a manutenção do peso no início da vida adulta impacta na redução de DCNTs para indivíduos eutróficos e em sobrepeso. Entretanto, nota-se que se tem estabelecido o inverso, logo, é essencial a providência de estratégias que conscientizem os jovens a incorporar práticas saudáveis de vida de forma efetiva (FRANÇA, 2010).

O Comer Intuitivo ensina os indivíduos a se tornarem conhecedores dos seus corpos, assegurando as escolhas alimentares baseada em sinais fisiológicos de fome e saciedade (TYLKA, 2006). A abordagem intuitiva se baseia em três pilares: permissão incondicional para comer; comer para atender necessidades fisiológicas e não emocionais; e apoiar-se nos sinais internos de fome e saciedade para determinar o que e quanto comer (ALVARENGA, 2015).

A alimentação intuitiva é composta por quatro subescalas, sendo elas: a Permissão Incondicional para Comer (UPE), a qual propõe a tendência a comer com base nos sinais internos da fome, sem adesão às regras alimentares e julgamento dos alimentos; a Confiança em Sinais de Fome e Saciedade (RHSC), o qual reflete a tendência de se alimentar atendendo aos sinais fisiológicos de fome e saciedade; o Comer por Razões Físicas (EPRER), o qual refere-se à utilizar os sinais fisiológicos internos para orientar as decisões sobre comida e alimentação; e Congruência nas escolhas alimentares, permitindo uma boa nutrição corporal (BFCC), tendência dos indivíduos escolher alimentos nutritivos que honram a saúde e o funcionamento de seu corpo, bem como que são prazerosos (TYLKA E KROON VAN DIEST, 2013).

O objetivo principal deste estudo é utilizar a alimentação intuitiva como abordagem de mudança no comportamento alimentar, sendo assim, apesar de não haver significância estatística nas pontuações do comer intuitivo ($p > 0,05$), foi observado um pequeno aumento na pontuação de todas as dimensões. Altos escores indicam melhores níveis de comer intuitivo, logo, tais resultados sugerem que o protocolo de intervenção possa ter resultado em mais confiança nos sinais internos de fome e saciedade, maior permissão de comer sem julgamento de proibidos ou permitidos, escolhas mais conscientes baseadas no que o corpo necessita e comer baseado mais em razões físicas.

O comportamento alimentar é descrito como atitudes relacionadas às práticas alimentares associadas a aspectos socioculturais (VAZ E BENNEMANN, 2014). Os principais padrões de comportamento associados ao hábito alimentar são: restrição cognitiva (RC), alimentação emocional (AE) e descontrole alimentar (DA). Foi encontrado na subescala de descontrole alimentar (DA) redução significativa no score após a intervenção, sugerindo melhor controle alimentar, visto que a mesma avalia o desejo de comer exageradamente (PAPELBAUM; APPOLINÁRIO, 2001).

O estudo de Herbert (2013) avaliou a correlação entre IMC e alimentação intuitiva e suas subescalas, e encontrou associações negativas entre os dois, corroborando com o resultado encontrado na Tabela 5. A correlação negativa entre a subescala “Permissão Incondicional para Comer” e a Condição Socioeconômica sugere que quanto maior a condição econômica, menor a tendência de comer em resposta a sinais fisiológicos internos de fome alimentos desejados no momento. Vale ressaltar que não foi encontrado na bibliografia autores que corroboram tal resultado.

No estudo de Nattacci e Júnior (2011), foi apresentada correlação estatisticamente significativa entre as dimensões do TFEQ e o IMC corroborando o resultado obtido nesta pesquisa. Tal correlação indica a existência de alguma associação entre o comportamento alimentar relacionado ao hábito alimentar e os indicadores antropométricos, principalmente quando se trata de alimentação emocional.

O estudo de Kenardy et al. (2003), não relatou variação de medidas antropométricas na presença da alimentação emocional (AE), o qual sugere que tal comportamento alimentar pode apresentar mesmo efeito em indivíduos dentro ou acima do peso. Entretanto, o estudo Nattacci (2009) apresentou que AE, e não RC, destaca-se como um dos principais responsáveis pelo Descontrole Alimentar e pelo consumo calórico exagerado, e aumento de peso. Nesse estudo foi encontrada variação de medida antropométrica significativa na presença da alimentação emocional após a intervenção, evidenciando que a medida que aumenta o índice de alimentação devido às emoções negativas, aumenta-se o IMC, e o contrário também é verdadeiro, corroborando com os achados de Nattacci (2009).

Neste estudo foi evidenciada a correlação negativa entre Idade e a subescala Descontrole Alimentar ($r = -0,519$; $p = 0,033^*$), mas não é explorada em demais estudos. Tal resultado sugere que quanto menor a idade, maior o descontrole alimentar e vice-versa.

Encontram-se limitações visto dados antropométricos de auto-relato e o tamanho da amostra. Este estudo aponta a necessidade de pesquisas futuras com amostra maior e heterogênea, e com follow up pós intervenção, para verificar se houve uma constância nos hábitos alimentares desenvolvidos.

Conclusão

Esta pesquisa indica que a intervenção com a abordagem alimentação intuitiva reduz comportamentos alimentares disfuncionais, visto melhora no comportamento e redução significativa na subescala Descontrole Alimentar, sugerindo aprimoramento do controle alimentar.

Por fim, este estudo reforça a indispensabilidade de estratégias de saúde pública para promover alimentação saudável baseada nos sinais internos, evitando abordagem restritiva. Mudanças eficazes no comportamento e perda de peso ocorrem quando novas atitudes e comportamentos são internalizados e praticados no dia a dia.

Referências

ALVARENGA, Marle; ANTONACCIO, Cynthia; TIMERMAN, Fernanda; FIGUEIREDO, Manoela. *Nutrição Comportamental*. 1ª ed. Barueri, SP: Manole, 2015

CALLEJON, Kátia Saunorins; PATERNEZ, Ana Carolina Almada Colucci. **Adesão ao tratamento nutricional por pacientes atendidos na clínica de nutrição docente- assistencial da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS)**. Revista Brasileira de Ciências de Saúde, ano III, no 17, jul/set, 2008

CHAVES ECR, Júnior K das NT, Moraes OKC, Yokoyama ASA, Souza FG de, Ferreira RIS, Ribeiro AP da S, Aarão TL de S, Silveira MA da, Mendonça MHR de. Avaliação dos perfis pressóricos, glicêmicos, lipêmicos, anêmicos e leucocitários de uma população atendida por projeto social na área metropolitana de Belém- PA. REAS [Internet]. 24set.2020 [citado 21novembro2022];12(9):e4177. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4177>

DALMAZO, Aline Lopes et al. Estresse e consumo alimentar em pacientes hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, p. 374-380, 2019.

DE CASTRO, Juliana Viana Rodrigues. ANSIEDADE, UM DOS PROBLEMAS DO SÉCULO XX

DODD, Judith L. Nutrição na Idade Adulta. In. MAHAN, L.Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia; RAYMOND, Janice L. Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2012. p.432, 433

DULLOO, AG, Jacquet J, Montani, JP. How dieting makes some fatter: from a perspective of human body composition autoregulation. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2012; v. 71(3): 379-389.

FRANÇA C da, Colares V. Validação do National College Health Risk Behavior Survey para utilização com universitários brasileiros. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010;15 Supl 1(supl.1):1209–15. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/030.pdf%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&%5Cnpid=S1413-81232010000700030

HERBERT B, Blechert J, Hautzinger M, Matthias E, Herbert C. A alimentação intuitiva está associada à sensibilidade interoceptiva: Efeito no índice de massa corporal. *Apetite*. 2013; 70:22-30.

KENARDYJ, Butler A, Carter C, Moor S. Eating, mood and gender in a noneating disorder population. *Eat Behav*. 2003;4(2):149–58.

NATACCI LC. The Three Factor Eating Questionnai-e - R21 (TFEQ-R21): tradução, aplicabilidade, comparação e um questionário semiquantitativo de frequência de consumo alimentar e a parâmetros antropométricos [Dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual de São Paulo; 2009.

NATACCI, L. C. e Júnior, F. M. (2011). The three factor eating questionnai-e - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição*, 24(3), 383-394.

PAPELBAUM, M.; APPOLINÁRIO, J.C. Transtorno da compulsão alimentar periódica e transtorno obsessivo-compulsivo: partes de um mesmo espectro? *Rev Bras Psiquiatr*. 2001.

STANG, Jamie S.; LARSON, Nicole. Nutrição na adolescência. In. MAHAN, L.Kathleen; ESCOTTSTUMP, Sylvia; RAYMOND, Janice L. Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2012. p.412-419

STRONG K a, Parks SL, Anderson E, Winett R, Davy BM. Weight Gain Prevention: Identifying Theory-Based Targets for Health Behavior Change in Young Adults. *J Am Diet Assoc*. 2008;108(10):1708–15.

TRIBOLE, Evelyn; RESCH, Elyse. **O livro de exercícios de alimentação intuitiva: dez princípios para nutrir uma relação saudável com a comida**. Novas publicações Harbinger, 2017

TYLKA, T., & Kroon Van Diest, A. (2013). A escala de alimentação intuitiva2: refinamento de itens e avaliação psicométrica com mulheres e homens universitários. *Journal of Counselling Psychology*, 60(1), 137–153

TYLKA, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12(1), 53–67. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>

VAZ, D., & Bennemann, R. (2014). Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. *Revista Uningá Review*, 20(1), 108-112.