



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E CONTABILIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E
CONTROLADORIA
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO E CONTROLADORIA

ROBERTA PACHECO GOMES

CONSUMO ALIMENTAR POR INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO DE OBESIDADE:
UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA TEORIA DAS PRÁTICAS

FORTALEZA

2024

ROBERTA PACHECO GOMES

CONSUMO ALIMENTAR POR INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO DE OBESIDADE:
UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA TEORIA DAS PRÁTICAS

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Administração e Controladoria do Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria, da Universidade Federal do Ceará.

Orientador: Prof. Dr. Diego de Queiroz Machado.

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G617c Gomes, Roberta Pacheco.
CONSUMO ALIMENTAR POR INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO DE OBESIDADE: : UMA
ANÁLISE SOB A ÓTICA DA TEORIA DAS PRÁTICAS / Roberta Pacheco Gomes. – 2024.
185 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração,
Atuária e Contabilidade, Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria, Fortaleza, 2024.
Orientação: Prof. Dr. Diego de Queiroz Machado. .

1. Consumo alimentar. 2. Obesidade. 3. DCNT. 4. Prática de consumo alimentar. 5. Teoria das
práticas. I. Título.

CDD 658

ROBERTA PACHECO GOMES

CONSUMO ALIMENTAR POR INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO DE OBESIDADE:
UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA TEORIA DAS PRÁTICAS

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Administração e Controladoria do Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria, da Universidade Federal do Ceará.

Orientador: Prof. Dr. Diego de Queiroz Machado.

Apresentação: 28/08/2024

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Diego de Queiroz Machado (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Cláudia Buhamra Abreu Romero (Membro interno)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Fátima Regina Ney Matos (Membro externo)

Instituto Superior Miguel Torga (ISMT)

Para meu noivo, para meus pais, para a Sifra,
para meu amigo Rafael Vieira, para a banca que
me fez mestre, para a Roberta de hoje e do
futuro, que brinda com orgulho essa conquista.

AGRADECIMENTOS

Quando comecei o mestrado, além do período de pandemia que já rearranjava tudo, eu ainda tinha um novo trabalho, uma nova casa e um novo relacionamento. O mestrado me acompanhou ao longo desses meses, coroando um processo de conhecimento e autoconhecimento árduo, mas muito gratificante. É um caminho seletivo, no qual apenas as pessoas que realmente contribuirão para o resto da minha vida, se fizeram presentes. E é a vocês que eu agradeço.

Ao meu pai, que me amou na plenitude da forma através da educação que me proporcionou e nunca mediu esforços para me dar toda a educação que eu quis.

À minha mãe, que sentou comigo para fazer o dever de casa e me arguiu em todas as provas da escola, até eu ter maturidade para conduzir a minha educação.

Ao meu noivo, que me inspirou a estudar a obesidade pela sua prática profissional. Que me esperou pacientemente nas longas horas que o mestrado necessitou. Que não me permitiu desistir. Que faz questão de que eu saiba o quanto ele admira a mulher que eu sou.

Ao meu amigo-irmão Rafael Vieira, que só sossegou de me incentivar a fazer o mestrado, quando eu já estava no curso dele. Se eu estou concluindo essa jornada, você sabe que foi a sua insistência que me colocou aqui, naquelas conversas na minha sala em Maranguape.

À minha amiga-irmã Isabela Barreto, a mulher mais competente que eu conheço, que me inspira a buscar o conhecimento e que está concluindo o seu mestrado junto comigo.

À Kézia, que cuida de mim e da minha casa com tanto carinho e dedicação, permitindo que minhas ideias floresçam.

Ao meu chefe-pai, que por todas as vezes colocou meu mestrado acima das minhas obrigações profissionais.

Aos funcionários da nossa empresa, que quando sabiam que eu estava estudando, não me interrompiam, ajudavam-me em minhas obrigações e me incentivavam trazendo um cafezinho.

Ao meu orientador querido e paciente, que me acompanha desde a graduação e transmite uma confiança na minha capacidade que me desafia em entregar meu máximo.

À minha banca, que a cada contribuição permitiu que meu trabalho evoluísse exponencialmente.

Ao meu colega de mestrado Lucas, que se importou comigo todos os dias dessa jornada, que conversou por longas horas quando eu pensava em desistir, que me lembrou de todos os

prazos, que me ensinou todas as ferramentas e que nunca abriu mão de ser minha dupla. Dessa amizade, surgiu nossa publicação A1.

À CAPES que financiou essa empreitada por 24 meses, me permitindo ter mais tranquilidade para focar na pesquisa.

Aos meus entrevistados, que proporcionaram um mergulho psicológico na minha obesidade e me ensinaram como mantê-la controlada para sempre.

Por fim, a todos os colegas de mestrado, a todos os amigos e a todas as pessoas que me inspiraram mesmo em silêncio.

O autoconhecimento merece ser procurado em virtude de ser conhecimento e não em virtude de pertencer ao eu. O principal requisito para adquirir o autoconhecimento é um amor puro. Buscai o conhecimento por puro amor, e o autoconhecimento finalmente coroará o esforço (HELENA BLAVATSKY, 1948).

RESUMO

O objetivo geral desta pesquisa consiste em investigar as mudanças nas práticas de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade. Considerando a proporção epidêmica e crescente da obesidade na população mundial, com números mais alarmantes na brasileira, bem como a relevância da prática de consumo alimentar saudável no combate das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), este estudo busca informações teórico-empíricas para cumprir o objetivo proposto. É alicerçado na teoria das práticas, que se manifesta valiosa para análise do consumo e das DCNT. Um quadro teórico sobre a relação entre teoria das práticas, consumo e a prática de consumo alimentar foi elaborado, permitindo captar as mudanças das práticas entre antes e durante o tratamento da obesidade em quatro dimensões: as três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar; a prática de consumo alimentar composta por suas práticas integrativas; os elementos da prática de consumo alimentar; e, as três dimensões fundamentais do consumo que surgem dentro e por causa das práticas. Quanto aos aspectos metodológicos optou-se pela abordagem qualitativa e interpretativista. Os dados foram coletados através da realização de entrevistas semiestruturadas com indivíduos em tratamento de obesidade que mantém a obesidade controlada, visando a comparar as mudanças permanentes das práticas de consumo alimentar entre antes e durante o tratamento de obesidade. A técnica de análise de conteúdo foi aplicada para a análise de dados, utilizando as mesmas categorias do quadro teórico. As análises e discussões realizadas sobre o nexos das práticas de consumo alimentar, composto por seus elementos e práticas integrativas, elucidam como os indivíduos em tratamento de obesidade transitam entre as práticas que os mantiveram obesos e que se iniciaram após o tratamento de obesidade, solidificando um padrão de vida mais saudável. Esses novos rearranjos na performance da prática, ainda, permitiram identificar o grau de envolvimento dos indivíduos com o consumo alimentar que surge dentro e por causa das práticas. Adicionalmente, as análises e discussões evidenciaram contribuições para o mercado de soluções da obesidade nos três pilares de mudança da prática de consumo alimentar segundo a ABESO (2022): estratégias de educação comportamentais, estratégias de educação nutricional e estratégias de reeducação alimentar. Por fim, as conclusões da pesquisa revelaram o papel individual e social na melhoria das práticas de consumo alimentar no combate à obesidade, bem como forneceram insights sobre políticas públicas em diversos setores.

Palavras-chave: Consumo alimentar. Obesidade. DCNT. Prática de consumo alimentar. Teoria das práticas.

ABSTRACT

The overall objective of this research is to investigate changes in the dietary consumption practices of individuals undergoing obesity treatment. Considering the epidemic and growing proportion of obesity in the global population, particularly alarming numbers in Brazil, as well as the relevance of healthy dietary consumption in combating non-communicable chronic diseases (NCDs), this study seeks theoretical and empirical information to fulfill the proposed objective. It is grounded in the theory of practices, which proves valuable for analyzing consumption and NCDs. A theoretical framework was developed on the relationship between the theory of practices, consumption, and dietary consumption practices, enabling the capture of changes in practice before and during obesity treatment across four dimensions: the three analytical variables of dietary consumption practice; dietary consumption practice composed of its integrative practices; elements of dietary consumption practice; and the three fundamental dimensions of consumption arising within and because of practices. Regarding the methodological aspects, a qualitative and interpretative approach was chosen. Data were collected through semi-structured interviews with individuals undergoing obesity treatment who maintain controlled obesity, aiming to compare permanent changes in dietary consumption practices before and during obesity treatment. Content analysis was applied to analyze data, using the same categories as the theoretical framework. Analyses and discussions on the nexus of dietary consumption practices, composed of their elements and integrative practices, elucidate how individuals undergoing obesity treatment transition between practices that kept them obese and those that began after obesity treatment, solidifying a healthier lifestyle. These new arrangements in practice performance also allowed identifying the degree of individuals' involvement with dietary consumption arising within and because of practices. Additionally, the analyses and discussions highlighted contributions to the obesity solutions market in the three pillars of changing dietary consumption practices according to ABESO (2022): behavioral education strategies, nutritional education strategies, and dietary reeducation strategies. Lastly, the research conclusions revealed the individual and social roles in improving dietary consumption practices in combating obesity, as well as providing insights into public policies across various sectors.

Palavras-chave: Dietary consumption. Obesity. NCDs. Dietary consumption practice. Theory of practices.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Os diferentes graus de obesidade com base no IMC e as repercussões para a saúde.	27
Figura 2- Fatores endógenos e exógenos associados ao desenvolvimento da obesidade.....	29
Figura 3 - Esquema do consumo alimentar saudável.	35
Figura 4 - Promoção da saúde global do indivíduo com obesidade.	40
Figura 5 - Modelo teórico de Shove, Pantzar e Watson (2012).	56
Figura 6 - Protopráticas, práticas e ex-práticas.....	58
Figura 7 - O ciclo de evolução das práticas.....	60
Figura 8 - Esquema gráfico do quadro teórico: a conexão entre teoria das práticas, consumo e consumo alimentar.	69
Figura 9 - Estrutura de códigos e quantidade de citações por código no Atlas TI.	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais conceitos da ontologia da obesidade e do consumo alimentar.....	31
Quadro 2 - Conselhos práticos da OMS para manter uma alimentação saudável.	33
Quadro 3 - Atores, produtos, serviços e tecnologias do mercado de soluções para a obesidade.	46
Quadro 4 - Principais teóricos da prática e suas contribuições chave.	49
Quadro 5 - Vocábulo da teoria das práticas.	55
Quadro 6 - Quadro teórico: a conexão entre teoria das práticas, consumo e consumo alimentar	67
Quadro 7 - Tópicos da entrevista.....	76
Quadro 8 - Data e duração das entrevistas	78
Quadro 9 - Perfil sociodemográfico dos entrevistados.....	83
Quadro 10 - Informações sobre o tratamento da obesidade dos entrevistados.....	84
Quadro 11 - Categoria 1: as três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar.....	87
Quadro 12 - C1U1: Mudanças entre AT e DT dos eventos e ocasiões da prática de consumo alimentar.	92
Quadro 13 – C1U2: Mudanças entre AT e DT das comidas, menus e pratos da prática de consumo alimentar.....	97
Quadro 14 – C1U3: Mudanças entre AT e DT na incorporação da prática de consumo alimentar.	106
Quadro 15 - Categoria 2: a prática de consumo alimentar composta por suas práticas integrativas.	108
Quadro 16 – C2U1: Comparativo entre AT e DT das práticas integrativas subjacentes à prática de consumo alimentar.	109
Quadro 17 - Categoria 3: os elementos da prática de consumo alimentar.....	116
Quadro 18 – C3U1:Comparativo entre AT e DT dos materiais da prática de consumo alimentar.	121
Quadro 19 – C3U2: Comparativo entre AT e DT das competências da prática de consumo alimentar.	126
Quadro 20 – C3U3: Comparativo entre AT e DT dos significados da prática de consumo alimentar.	133

Quadro 21 - Categoria 4: as três dimensões fundamentais do consumo.	134
Quadro 22 - Categoria 4 - C4U1; C4U2; C4U3: Mudanças entre AT e DT nas três dimensões fundamentais do consumo.	145
Quadro 23 - As contribuições das mudanças nas práticas de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade para o mercado de soluções para obesidade.	153

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
HHS	U.S. Department of Health and Human Services
IMC	Índice de Massa Corpórea
ITE	Ingestão total de energia
PCA	Prática de consumo alimentar
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBEMO	Sociedade Brasileira de Medicina da Obesidade
SBEM	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
SUS	Sistema Único de Saúde
USDA	U.S. Department of Agriculture
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Contextualização	15
1.2	Questão de pesquisa	21
1.3	Objetivos	21
1.4	Justificativa	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1	Consumo alimentar e obesidade	26
2.1.1	<i>Conceitos</i>	26
2.1.2	<i>As recomendações para o consumo alimentar saudável</i>	32
2.1.3	<i>O mercado de soluções para a obesidade</i>	39
2.2	Teoria das práticas	48
2.2.1	<i>Histórico e evolução</i>	48
2.2.2	<i>Princípios e conceitos</i>	50
2.2.3	<i>Modelo teórico</i>	56
2.3	Quadro teórico: a conexão entre teoria das práticas, consumo e consumo alimentar	61
3	METODOLOGIA	71
3.1	Delineamento da pesquisa	71
3.2	Sujeitos da pesquisa	73
3.3	Coleta de dados	74
3.4	Análise de dados	78
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
4.1	Caracterização dos sujeitos da pesquisa	83
4.2	As três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar	86
4.2.1	<i>Eventos e ocasiões</i>	87
4.2.2	<i>A comida, os menus e os pratos</i>	94
4.2.3	<i>Incorporação</i>	97
4.3	A prática de consumo alimentar composta por suas práticas integrativas	108
4.3.1	<i>Práticas integrativas subjacentes ao consumo alimentar</i>	109
4.4	Os elementos da prática de consumo alimentar	116
4.4.1	<i>Materiais</i>	117
4.4.2	<i>Competências</i>	121
4.4.3	<i>Significados</i>	127

4.5	As três dimensões fundamentais do consumo que surgem dentro e por causa das práticas.....	134
4.5.1	<i>Aquisição.....</i>	134
4.5.2	<i>Apropriação.....</i>	138
4.5.3	<i>Apreciação.....</i>	141
4.6	As contribuições das mudanças nas práticas de consumo alimentar para o mercado de soluções para obesidade.....	147
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	154
	REFERÊNCIAS	158
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	167
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	168
	APÊNDICE C – A COMIDA, OS MENUS E OS PRATOS ANTES E DEPOIS DO INÍCIO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE (C1U2).....	172
	APÊNDICE D – PRÁTICAS COMPOSTAS À PRÁTICA DE CONSUMO ALIMENTAR ANTES DO INÍCIO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE (C2U1) .	175
	APÊNDICE E – PRÁTICAS COMPOSTAS À PRÁTICA DE CONSUMO ALIMENTAR DEPOIS DO INÍCIO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE (C2U1)	178
	APÊNDICE F – OS ELEMENTOS MATERIAIS DA PRÁTICA DE CONSUMO ALIMENTAR ANTES E DEPOIS DO INÍCIO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE (C3U1).....	182

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

A sociedade está em meio a pandemia de “globesity” (obesidade global, do inglês, “global obesity”), termo cunhado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001 (Gilman, 2010). A obesidade faz parte de um universo maior de epidemia de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) decorrentes da má alimentação, tabagismo, consumo de álcool e baixos níveis de atividade física, com altas taxas concomitantes de diabetes tipo 2, doenças respiratórias e cardiovasculares e câncer, que configuram desafios alarmantes para os sistemas de saúde pública ao redor do mundo (Blue, 2016).

A prevalência mundial de obesidade quase triplicou entre 1975 e 2016. Em 2016, mais de 1,9 bilhões de adultos (39% da população mundial) estava acima do peso. Destes, mais de 650 milhões eram obesos, ou seja, cerca de 13% da população adulta mundial em 2016 (11% dos homens e 15% das mulheres) (WHO, 2021). Em 2025, a estimativa é de que 2,3 bilhões de adultos no mundo estejam acima do peso, sendo 700 milhões de indivíduos com obesidade (ABESO, 2022).

De acordo com a “Pesquisa de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito 2020” (Vigitel), o número de pessoas com obesidade no Brasil aumentou 67,2% entre 2016 e 2019, saindo de 11,8% de obesos na população em 2006 para 20,3% em 2019. A pesquisa ainda revelou que 55,4% da população adulta brasileira estava em sobrepeso, em 2019. A principal causa alimentar associada à obesidade observada nas últimas décadas no Brasil foi o aumento do consumo calórico, sobretudo a elevação gradativa na ingestão de produtos ultraprocessados (Ministério da Saúde, 2020).

A alimentação inadequada é um dos principais fatores de risco para doenças e mortes no mundo (WHO, 2021). No Brasil, esta tem um peso maior do que o tabaco, o álcool e a atividade física na determinação das doenças da população, fato que fundamenta a escolha do consumo alimentar como foco da pesquisa. Doenças como diabetes, câncer, e relacionadas aos aparelhos circulatório e respiratório são responsáveis por 63% das mortes globais. No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis correspondem a 72% das causas de óbito (Ministério da Saúde, 2021).

Segundo a “Pesquisa de Orçamentos Familiares” (POF) de 2017/2018, houve uma queda no consumo alimentar in natura ou minimamente processados se comparado com os estudos anteriores. Ainda, houve um aumento entre a POF 2002/2003 e POF 2017/2018 do consumo de alimentos processados (de 8,3% para 9,8%) e ultraprocessados (de 8,6% para 18,4%) (IBGE, 2021). Em decorrência de tais números, o Ministério da Saúde (2021) alerta para maior incidência de obesidade, diabetes e hipertensão no futuro do Brasil.

Percebe-se, portanto, que a população brasileira apresenta números mais expressivos que a mundial em relação à obesidade, má alimentação e óbitos decorrentes desse transtorno nutroneurometabólico. Realidade que vai de acordo com as declarações da WHO (2021) de que a obesidade é um fenômeno que necessita de maior atenção e diligência entre as economias em desenvolvimento.

Anualmente, segundo Ferrari (2022) estima-se que cerca de 654 milhões de dólares correspondam a custos do SUS relacionados diretamente às DCNT atribuíveis ao sobrepeso e à obesidade. Os gastos são maiores para o público feminino. As doenças cardiovasculares tiveram os maiores custos atribuíveis (US\$ 289 milhões), seguidas por doenças respiratórias crônicas (US\$ 110 milhões), neoplasias (US\$ 96 milhões), doenças digestivas (US\$ 60 milhões), distúrbios osteomusculares (US\$ 44 milhões), diabetes e doenças renais (US\$ 31 milhões), doenças dos órgãos dos sentidos (US\$ 22 milhões) e distúrbios neurológicos (US\$ 11 milhões) (Ferrari, 2022).

A concepção de que a obesidade é um risco para a saúde, bem como o valor da restrição alimentar e do aumento do exercício físico foram identificados precocemente na história médica, claramente nas obras de Hipócrates - o pai da medicina - e com frequência nos séculos seguintes. A maior parte do conteúdo que hoje embasam as pesquisas no campo da obesidade tiveram sua origem no século XIX, ou até antes (Bray, 1990).

A causa fundamental da obesidade e do sobrepeso é um desequilíbrio energético entre as calorias consumidas e gastas. Globalmente, houve um duplo movimento social que justifica a progressão da obesidade mundial: o aumento da ingestão de alimentos densos em energia que são ricos em gordura e açúcares e o crescimento da inatividade física devido à natureza cada vez mais sedentária das formas de trabalho, modos de transporte e da urbanização. Tais alterações nos padrões alimentares e de atividade física são o resultado de transformações ambientais e sociais associadas ao desenvolvimento e à falta de políticas de apoio em setores

como saúde, agricultura, transporte, planejamento urbano, meio ambiente, processamento de alimentos, distribuição, marketing e educação (WHO, 2021).

Os alimentos e bebidas que as pessoas consomem têm um profundo impacto na saúde. A conexão científica entre dieta e saúde tem sido bem documentada por muitas décadas, com evidências substanciais mostrando que padrões alimentares saudáveis podem ajudar as pessoas a alcançar e manter uma boa saúde e reduzir o risco de DCNT, dentre elas a obesidade (DGA, 2022).

A dietoterapia é conhecida há muito tempo, mas sua base científica foi desenvolvida apenas na segunda metade do século XIX, quando o conhecimento sobre a composição dos alimentos e o processo digestivo passou a determinar qual seria o consumo mais adequado de alimentos (Kochkarovich; Sultonovna; Ravshanovna, 2020; Leão; Murta, 2021). A evidência científica mostra que dietas ricas em gorduras - especialmente gorduras saturadas e ácidos graxos trans - açúcares livres e sal; e pobres em frutas, vegetais, leguminosas, grãos integrais e nozes representam riscos significativos para doenças crônicas (WHO, 2004).

Essas dietas se tornaram mais prevalentes na maioria dos países desenvolvidos no final do século XIX (Grigg, 1995), no que é frequentemente chamado de “transição nutricional”. As mesmas tendências vêm sendo apresentadas no mundo em desenvolvimento: as dietas estão mudando de cereais e carboidratos complexos para alimentos densos em energia, ricos em gorduras, adoçantes e carboidratos altamente refinados (Popkin, 1998). A grande maioria das crianças com sobrepeso ou obesidade vive em países em desenvolvimento, onde a taxa de crescimento foi mais de 30% maior do que a dos países desenvolvidos (WHO, 2021).

Desde o início do século XX, o foco de preocupação sobre nutrição em saúde pública mudou de problemas de deficiência nutricional para problemas de excessos e desequilíbrios, que passaram a ser mais prevalentes na realidade mundial. Hoje mais pessoas são obesas do que abaixo do peso em todas as regiões, exceto na África Subsaariana e na Ásia (WHO, 2021). Concomitantemente, as relações causais entre dieta, obesidade e doenças crônicas também se tornaram mais claras em diversos estudos de relevo de autoridades mundiais em saúde (T Kennedy, 1995).

Como resultado desse panorama, no início da década de 1980, conjuntos sucessivos de diretrizes alimentares começaram a surgir em diversos países, tendo como tema comum

evitar gordura, gordura saturada, colesterol, sódio e açúcar e aumentar a ingestão de fibras e carboidratos complexos (T Kennedy, 1995).

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO, 2022), em 2022, 97 países em todos os continentes têm seu guia alimentar publicado, levando em consideração a cultura e os hábitos alimentares de cada nação. As causas da má nutrição são complexas e multifacetadas, mas a prática de consumo alimentar é um dos contribuintes mais importantes para a má nutrição, que é influenciada por muitos fatores, desde preferências pessoais até a ampla disponibilidade nacional de alimentos (FAO, 2022).

Segundo a WHO (2021), o sobrepeso e a obesidade, bem como suas doenças não transmissíveis relacionadas, são amplamente evitáveis, se combatida as duas principais causas: desequilíbrios alimentares e inatividade física. De modo que, de acordo com T Kennedy (1995), melhorar as práticas alimentares e, por sua vez, melhorar o estado nutricional, é visto como uma forma fundamental de melhoria da saúde individual e pública.

No nível individual, as pessoas podem limitar a ingestão de energia a partir de gorduras e açúcares totais, substituindo por alimentos saudáveis, e praticar exercícios físicos. Porém, a responsabilidade individual só adquire pleno efeito quando os cidadãos têm acesso a um estilo de vida saudável, pois ambientes e comunidades de apoio são fundamentais para moldar as escolhas das pessoas. Portanto, no nível de sociedade, é basilar haver suporte aos indivíduos, por meio da implementação sustentada de políticas públicas que disponibilizem atividade física regular e escolhas alimentares mais saudáveis e acessíveis, particularmente aos cidadãos mais pobres, prevenindo o sobrepeso e a obesidade (WHO, 2021).

Segundo Blue (2016), comer, fazer exercícios, beber álcool ou fumar não são comportamentos individuais, na forma como os órgãos de saúde pública convencionalmente os definem. Eles são amplos domínios de atividades humanas que são reproduzidos e transformados através da vivência e desempenho de práticas sociais específicas, coordenadas e sincronizadas através do espaço e do tempo. Para cada amplo domínio de prática, existe uma variedade de possibilidades e de maneiras diferentes pelas quais as práticas podem ser realizadas (Blue, 2016).

Para entender esses amplos domínios da atividade humana, faz-se necessária uma estrutura capaz de explicar: como as práticas são constituídas e vivenciadas, como elas se relacionam com outras práticas através do espaço e do tempo e como elas podem ser

modificadas (Reckwitz, 2002; Schatzki, 2002; Shove; Pantzar; Watson, 2012). Tais características são importantes para avaliar os padrões de reprodução e persistência, e consequentemente, para sugerir intervenções capazes de mudar as práticas de consumo alimentar e, assim, conter a epidemia de obesidade e doenças não transmissíveis relacionadas (Blue, 2016).

Ao longo das últimas décadas, pesquisas em saúde pública sobre as DCNT se concentraram em dois eixos. O primeiro, individual, foca em persuadir os indivíduos a mudar seu comportamento para reduzir sua propensão a desenvolver doenças de “estilo de vida”. Entretanto, a facilidade com que os trabalhos descrevem rotinas, hábitos e modos de vida saudáveis não é encontrada socialmente para alterar o comportamento dos indivíduos. O segundo, de abordagem macrossocial, trata de tendências econômicas e estruturas de desigualdades subjacentes à existência das DCNT (Blue, 2016).

Surge, portanto, espaço para a observação do fenômeno das DCNT sob uma terceira ótica, de cunho social relevante: aquela que vê a vida cotidiana - e suas implicações para a saúde - como resultados da coordenação e sincronização de práticas sociais que persistem no tempo e no espaço, e que são reproduzidas e modificadas por quem os carrega (Reckwitz, 2002; Schatzki, 2002; Shove; Pantzar; Watson, 2012).

Segundo Blue (2016) a coexistência das três abordagens - individual, macrossocial e das práticas sociais - tem sido sugerida como uma forma de lidar com as epidemias de DCNT, especialmente porque as doenças que se seguem a padrões particulares de comportamentos repetidos mostram um gradiente de vida social intenso. Práticas sociais como tópicos de análise e como locais de intervenção desafiam a primazia conceitual do indivíduo, das suas escolhas e do contexto macrossocial em que está incluído (Blue, 2016; Reckwitz, 2002; Schatzki, 2002; Shove; Pantzar; Watson, 2012).

Contribui Warde (2005) que a aplicação de conceitos da teoria das práticas fornece insights sobre como o consumo é organizado e como ele pode ser melhor analisado, uma vez que transcende explicações metodológicas individualistas do consumidor e se preocupa tanto com o que as pessoas fazem e sentem, quanto com o que elas significam ao praticar o consumo. É o fato do engajamento na prática, que explica a natureza e o processo de consumo. Além disso, determinados materiais consumidos estão intrinsecamente entrelaçados, e muitas vezes definindo, elementos de uma prática e um canal para suas performances (Warde, 2005).

Evans (2019) acrescenta que a atenção dada à teoria das práticas provou ser altamente influente no desenvolvimento teórico recente do consumo, sendo a aplicação mais vigorosa do repertório da teoria das práticas. As práticas não apenas dominam o engajamento sociológico com o consumo, mas também estão começando a influenciar tendências e direções mais amplas na subdisciplina. Uma olhada superficial no *Journal of Consumer Culture* – que visa a uma discussão sociológica do consumo e da cultura do consumo – revela que o artigo de 2005 de Warde é o mais citado, exercendo considerável influência nas contribuições subsequentes para o jornal. Da mesma forma, a teoria das práticas e suas aplicações são uma preocupação fundamental para a *European Sociological Association's Sociology of Consumption Network* (Evans, 2019).

Segundo a ABESO (2023) a avaliação do consumo alimentar é fundamental tanto no trabalho de acompanhamento nutricional preventivo ao desenvolvimento de obesidade e de DCNT, como parte do programa de controle de tratamento dessas doenças. Nesse contexto, já é consenso na literatura que o consumo alimentar está dentre os fatores modificáveis ou controláveis, sendo sua avaliação o indicador indireto mais utilizado para diagnosticar o estado nutricional e, conseqüentemente, o risco para a saúde do indivíduo e da população (Fisberg; Marchioni; Colucci, 2009), podendo auxiliar no desenvolvimento de parâmetros que serão utilizados na intervenção.

Dada tal relevância da teoria das práticas, consumo e prática de consumo alimentar no combate à obesidade, um quadro teórico é elaborado visando a captar as principais definições da literatura acadêmica sobre os temas, evidenciando suas relações e interseções e permitindo comparar a prática de consumo alimentar antes e durante o tratamento de obesidade. O quadro teórico apresenta-se dividido em quatro categorias de análise: (a) as três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar (Warde, 2016); (b) a prática de consumo alimentar composta por suas práticas integrativas (House, 2019; Warde, 2016); (c) os elementos da prática de consumo alimentar (Blue, 2016; Reckwitz, 2002; Schatzki, 2001, 2002; Shove; Pantzar; Watson, 2012); (d) as três dimensões fundamentais do consumo que surgem dentro e por causa das práticas (Warde, 2005, 2014).

As mesmas categorias do quadro teórico são utilizadas para fundamentar a análise de conteúdo, de acordo com as orientações de Bardin (2016). Os dados são coletados através de entrevista semiestruturada realizada com indivíduos em tratamento de obesidade que

mantém a obesidade controlada nos parâmetros de Halpern (2022), recrutados através do círculo social da pesquisadora.

1.2 Questão de pesquisa

Considerando a proporção epidêmica e crescente da obesidade na população mundial, com números mais alarmantes na brasileira, bem como o papel da prática de consumo alimentar saudável no combate das doenças crônicas não transmissíveis, este estudo busca informações teórico-empíricas apoiadas na teoria das práticas, que se manifesta valiosa para análise de consumo e DCNT, para responder a seguinte questão de pesquisa: Como se configuram as mudanças nas práticas de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade?

1.3 Objetivos

O objetivo geral desta pesquisa consiste em investigar as mudanças nas práticas de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade.

Para o atendimento deste objetivo geral, têm-se os seguintes objetivos específicos:

- a) Delinear as três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar antes e durante o tratamento de obesidade;
- b) Identificar as práticas integrativas que compõem a prática de consumo alimentar antes e durante o tratamento de obesidade;
- c) Revelar os elementos da prática de consumo alimentar antes e durante o tratamento de obesidade;
- d) Desvendar as três dimensões fundamentais do consumo, que surgem dentro e por causa das práticas, antes e durante o tratamento de obesidade.

1.4 Justificativa

A imagem de que a obesidade é resultado de desleixo ou falta de força de vontade de emagrecer se mostra ultrapassada na literatura (Lin; Li, 2021). Há muita desinformação sobre o que pode ser feito para tratar a obesidade. Segundo especialistas em obesidade, pelo que se sabe hoje, a forma mais eficaz de se perder peso exige uma combinação de cuidados:

dieta, exercícios e um projeto de mudanças no estilo de vida. A perda de peso bem sustentada através dos tratamentos disponíveis continua sendo um desafio na prática (ABESO, 2023).

Perder peso, ganhar saúde. Pode parecer tão trivial, mas, na prática, ser algo extremamente desgastante. É muito difícil mudar as práticas de consumo alimentar, um dos principais pilares do tratamento. A percepção de que basta usar a racionalidade e escolher alimentos melhores não leva em conta que o comer no dia a dia é algo muito mais intuitivo que racional. As pessoas com obesidade se esforçam, fazem um exercício diário para mudar e isso muitas vezes implica sofrimento e frustração se não conseguem seguir o planejado (ABESO, 2023).

Os médicos dizem aos pacientes para regular o peso corporal. Os defensores da saúde pública impulsionam o público a comer bem e a fazer mais exercício. Programas na mídia e as redes sociais oferecem dicas constantes de emagrecimento, e há muitas informações sendo disseminadas sobre dieta. Soluções emergem em aplicativos digitais para acompanhar peso corporal, a composição dos alimentos, a quantidade de calorias consumidas ou ajudar no consumo alimentar saudável. Os medicamentos e produtos funcionais para obesidade nunca estiveram tão em alta e com necessidade de regulamentação. E, ainda assim, a prevalência mundial de obesidade só cresce. Fatos que evidenciam que, entre o mercado que oferta soluções para o tratamento da obesidade e os indivíduos que demandam por esses serviços, há um hiato de comunicação que não permite com que esses dois polos converjam para uma solução duradoura e consistente da obesidade.

Dado o impacto previsto da obesidade no século XXI na saúde individual, bem como os custos sociais e econômicos para o contexto mundial, os estudos sobre consumo alimentar como possíveis formas de profilaxia da obesidade são determinantes para as respostas multifacetadas necessárias ao combate desta realidade, foco de uma preocupação social de longo tempo (Gilman, 2010). A dificuldade evidente em avançar numa transição mundial para dietas e sistemas alimentares mais sustentáveis - além da nutrição e do meio ambiente, para incluir dimensões econômicas e socioculturais - torna ainda mais relevante estudos sobre as práticas de consumo alimentar (FAO, 2022).

A medicina estuda desde Hipócrates os mecanismos clínicos subjacentes à obesidade e má alimentação. No entanto, a capacidade desta disciplina em estudar as ações

individuais e sociais inerente às DCNT permanece limitada. Além disso, a mortalidade e a morbidade associadas à essas doenças estão fortemente ligadas a questões sociais (Blue, 2016).

Por isso, enfatiza-se a relevância das tradições teóricas sociais (Reckwitz, 2002; Schatzki, 2002; Shove; Pantzar; Watson, 2012) para a compreensão de práticas de consumo que envolvem a mudança em atividades consideradas “insaudáveis”. Segundo Blue (2016), não é sobre negar todas as pesquisas sobre DCNT anteriores, é sobre revisar a base teórica social dos trabalhos atuais que acontecem dentro do campo, com a vantagem do destaque da teoria das práticas enquanto maior expoente atual da sociologia nos estudos de consumo (Warde, 2005; Evans, 2019).

Nesse contexto, justifica-se o uso da teoria das práticas para investigar o fenômeno do consumo alimentar. Mais pragmaticamente, o projeto é centrado não somente em investigar a prática de consumo alimentar em si por indivíduos em tratamento de obesidade, mas como esta prática social se modifica ao longo do tratamento para a manutenção da obesidade controlada. Como Fonte (2013) observa, apesar da ênfase sobre hábito e rotina em muitos trabalhos práticos-teóricos sobre o consumo alimentar, a orientação teórica da teoria das práticas é particularmente apropriada para investigar como as práticas mudam.

A pesquisa sobre o consumo pode, assim, explorar alguns dos méritos potenciais de uma teoria das práticas, incluindo que ela não depende de presunções sobre a primazia da escolha ou ação individual, seja do tipo ação racional ou como expressão da identidade pessoal. A teoria das práticas compreende noções não-instrumentistas de conduta, observando tanto o papel da rotina, por um lado, quanto a emoção, corporificação e desejo, por outro (Warde, 2005).

Para investigar a produção científica que trata de obesidade e consumo alimentar concomitantemente, foi realizada consulta à base de dados Scopus, buscando a ocorrência nos títulos, subtítulos e resumos das palavras-chave “obesity” em combinação com “food consumption” ou “diet”. Averiguou-se que embora extensa pesquisa tenha sido realizada em diversos campos de conhecimento sobre as relações entre obesidade e alimentação (121.407 ocorrências), na área de ciências sociais é escassa (2.305 ocorrências, 1,9% da amostra), sendo ainda mais inexpressiva na área de negócios, gestão e contabilidade (280 ocorrências, 0,23% da amostra) (Elsevier, 2022).

Noutro giro, aliando a teoria das práticas à obesidade, ensinam Shove, Pantzar e Watson (2012, p.1) que “a análise da dinâmica da prática social é valioso para responder a

desafios complexos, como os da mudança climática e da obesidade, e para abordar os padrões persistentes de desigualdade.” Blue (2016) apresentam e discutem a relevância de tal abordagem de práticas sociais aplicadas às DCNT, ao focar seu estudo no curso de vida do tabagismo como prática, e não nas características individuais dos fumantes ou nos amplos determinantes sociais da saúde. De forma análoga, o presente estudo visa a tratar da principal DCNT, a obesidade, sob a ótica das práticas sociais do consumo alimentar, como modo de fornecer um panorama alternativo, informando maneiras significativamente novas de conceituar e responder ao desafio contemporâneo mais premente em saúde pública através das práticas de consumo.

A teoria das práticas ainda não obteve relevante impacto nas políticas públicas, mas de acordo com Warde (2005, p. 140) parece óbvio que “a fonte da mudança de comportamento está no desenvolvimento de práticas”, entender seu surgimento, persistência e desaparecimento é essencial. De acordo com Shove, Pantzar e Watson (2012) a reprodução e transformação das práticas sociais tem implicações para os padrões de consumo e para as instituições e infraestruturas a eles associadas. Acrescenta Warde (2016) que o conceito de prática capta particularmente bem a alimentação, demonstrando como a teoria das práticas pode ser aplicada a atividades altamente complexas.

As medidas efetivas de prevenção e controle da obesidade exigem compromisso e a participação de muitos stakeholders. De tal sorte, que investigar o consumo alimentar enquanto prática social que determina o nível de obesidade de uma sociedade contribui para todos esses públicos que gravitam em torno da problemática. Assim, o presente estudo justifica-se, também, pelo seu potencial de contribuição para a academia, o mercado de soluções para a obesidade, a gestão pública e a sociedade em geral.

Para a academia, o trabalho representa mais um exemplar de estudo de consumo cuja base é a teoria das práticas, que é a teoria sociológica mais premente nesse subcampo. Ainda, se propõe a constituir uma peça dessa terceira via de estudos sobre as DCNT, evidenciando os aspectos subjacentes à prática de consumo alimentar da vida cotidiana e suas implicações para a saúde, de modo a elucidar como as práticas saudáveis e insaudáveis emergem e mudam na sociedade, bem como auxiliam na prevenção e tratamento da obesidade. Ademais, dada a baixa representatividade dos estudos de obesidade e consumo alimentar nas áreas de ciências sociais e negócios, sobretudo que considerem especificamente o consumo

alimentar enquanto prática social, o presente trabalho visa a contribuir para essa lacuna teórico-empírica revelada na produção científica atual.

A nível individual, o trabalho aspira entender as mudanças na prática de consumo alimentar por pessoas em tratamento de obesidade, que auxiliam na consolidação e perpetuação de práticas que podem levar a um consumo alimentar mais saudável e equilibrado, reduzindo os desequilíbrios energéticos e, conseqüentemente, o risco de obesidade e DCNT associadas.

A nível de sociedade, enquanto contexto em que ocorre o consumo alimentar, a pesquisa fornece elementos que demonstram o papel dos grupos sociais na sustentação de práticas que disponibilizem escolhas alimentares mais saudáveis e acessíveis.

A nível de mercado de soluções para a obesidade, a pesquisa pretende elucidar como os indivíduos em tratamento de obesidade transitam entre as práticas de consumo alimentar que os mantiveram obesos e que se iniciaram após o início do tratamento de obesidade, solidificando um padrão de vida mais saudável. As mudanças das práticas de consumo alimentar sugerem quais nexos são permanentes e duradouros e, de fato, conseguem se perpetuar na manutenção da obesidade controlada, fornecendo insights mercadológicos a diversos profissionais, produtos e tecnologias que atuam nesse mercado. Ainda, o trabalho intenciona revelar que no decorrer do tratamento para obesidade os indivíduos migram de necessidades de consumo alimentar, que impactam em última instância na forma em que consomem outros produtos e serviços adjacentes ao mercado de soluções para a obesidade.

O governo tem o papel de fornecer orientação nutricional, encorajar o avanço da investigação nutricional e reformular a indústria de alimentos (DGA, 2022). Aos formuladores de políticas públicas, a pesquisa permite evidenciar mudanças em aspectos sociais e comportamentais subjacentes ao consumo alimentar que podem manter a obesidade controlada, de modo a viabilizar políticas públicas em setores como saúde, agricultura, transporte, planejamento urbano, meio ambiente, processamento de alimentos, distribuição, marketing e educação. Estas devendo, em última instância, impactar na indústria de alimentos, na prevenção da obesidade, na redução da mortalidade com as DCNT associadas, no aumento de produtividade populacional e no controle de gastos dos sistemas de saúde pública.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção se propõe a apresentar a literatura de referência, primeiramente, sobre o consumo alimentar e obesidade e, em seguida, sobre a teoria das práticas e o consumo, culminando na apresentação de um quadro teórico que relaciona teoria das práticas, consumo e consumo alimentar, de forma a embasar as ideias do estudo e contribuir para a análise e interpretação dos dados subjacentes ao objetivo de investigar as mudanças nas práticas de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade.

2.1 Consumo alimentar e obesidade

Uma dieta saudável ajuda a proteger contra a má nutrição em todas as suas formas, dentre elas a obesidade, bem como contra doenças crônicas não transmissíveis. O consumo alimentar pouco saudável e falta de atividade física estão levando a riscos globais para a saúde. Práticas alimentares saudáveis começam cedo na vida desde a amamentação e perduram por toda a existência humana, perpassando por práticas de consumo. A subseção a seguir, expõe os principais conceitos subjacentes à ontologia do consumo alimentar e da obesidade.

2.1.1 Conceitos

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021), o sobrepeso e a obesidade são definidos como acúmulo anormal ou excessivo de gordura que apresenta risco à saúde. Várias medidas diagnósticas têm sido empregadas para avaliar a obesidade. Embora tenha algumas limitações, o índice de massa corporal (IMC) é o índice mais utilizado devido à sua simplicidade e baixo custo. O IMC é um bom indicador, mas não totalmente correlacionado com a gordura corporal. Ele mede em quilograma por metro quadrado (kg/m^2) o acúmulo anormal de gordura, considerando parâmetros antropométricos como peso e altura (ABESO, 2016).

Nos padrões atuais da OMS, um índice de massa corporal (IMC) entre 25 a 29,9 é considerado sobrepeso, sendo IMC acima de 30 obesidade. A obesidade é ainda classificada em três níveis de gravidade: grau I (IMC de 30,0 a 34,9), grau II (IMC de 35,0 a 39,9) e grau III (IMC maior que 40,0) (WHO, 2000). **A Erro! Fonte de referência não encontrada.** representa g

raficamente o grau de obesidade de cada faixa de IMC, bem como a repercussão prática para a saúde.

Figura 1 - Os diferentes graus de obesidade com base no IMC e as repercussões para a saúde.

IMC (KG/M ²)	CLASSIFICAÇÃO	OBESIDADE GRAU/CLASSE	RISCO DE DOENÇA
<18,5	Magro ou baixo peso	0	Normal ou elevado
18,5-24,9	Normal ou eutrófico	0	Normal
25-29,9	Sobrepeso ou pré-obeso	0	Pouco elevado
30-34,9	Obesidade	I	Elevado
35-39,9	Obesidade	II	Muito elevado
≥40,0	Obesidade grave	III	Muitíssimo elevado

Acima de 40,0
Obesidade grau III

Aqui o sinal é vermelho, com forte probabilidade de já existirem doenças muito graves associadas. O tratamento deve ser ainda mais urgente.

Entre 35,0 e 39,9
Obesidade grau II

Mesmo que seus exames aparentemente estão normais, é hora de se cuidar, iniciando mudanças no estilo de vida com o acompanhamento próximo de profissionais de saúde.

Entre 30,0 e 34,9
Obesidade grau I

Sinal de alerta! Chegou na hora de se cuidar, mesmo que seus exames sejam normais. Vamos dar início a mudanças hoje! Cuide de sua alimentação. Você precisa iniciar um acompanhamento com nutricionista e/ou endocrinologista.

Entre 25,0 e 29,9
Sobrepeso

Ele é, na verdade, uma pré-obesidade e muitas pessoas nessa faixa já apresentam doenças associadas, como diabetes e hipertensão. Importante rever hábitos e buscar ajuda antes de, por uma série de fatores, entrar na faixa da obesidade grave.

Entre 18,6 e 24,9
Normal

Que bom que você está com o peso normal! E o melhor jeito de continuar assim é mantendo um estilo de vida ativo e uma alimentação equilibrada.

18,5 ou menos
Abaixo do normal

Procure um médico. Algumas pessoas têm um baixo peso por características de seu organismo e tudo bem. Outras podem estar enfrentando problemas, como a desnutrição. É preciso saber qual é o caso.

Fonte: Adaptado de ABESO (2022) e ABESO (2023).

Embora ainda atualmente o IMC seja utilizado pela autoridade máxima mundial de saúde, a OMS, é um método com importantes falhas, pois pode haver diferenças na composição corporal em função do sexo, idade, etnia; no cálculo de indivíduos sedentários quando comparados a atletas; na presença de perda de estatura em idosos devido a cifose; em edemaciados, etc. Além disso, o IMC não distingue massa gordurosa de massa magra, podendo

ser menos preciso em indivíduos mais idosos, em decorrência da perda de massa magra e diminuição do peso, e superestimado em indivíduos musculosos. Por fim, o IMC não reflete a distribuição da gordura corporal que é importante na avaliação de sobrepeso e obesidade, porque a gordura visceral (intra-abdominal) é um fator de risco potencial para doenças, independentemente da gordura corporal total. Indivíduos com o mesmo IMC podem ter diferentes níveis de massa gordurosa visceral (ABESO, 2016).

A obesidade apresenta impactos severos na saúde humana, reduzindo a imunidade, aumentando a vulnerabilidade a doenças, alterando o desenvolvimento físico e sensorial e reduzindo a produtividade (USDA; HHS, 2020). Ainda, o excesso de peso e a obesidade são fatores de risco importantes para uma série de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo: doenças cardiovasculares, tais como doenças cardíacas e AVC, que são as principais causas de morte a nível mundial; diabetes, que aumentou a incidência em quatro vezes desde 1980, e às suas condições associadas, incluindo cegueira, amputações de membros e a necessidade de diálise; perturbações musculoesqueléticas, como osteoartrose; câncer, particularmente, de endométrio, mama, ovário, próstata, fígado, vesícula biliar, rim e cólon (WHO, 2021).

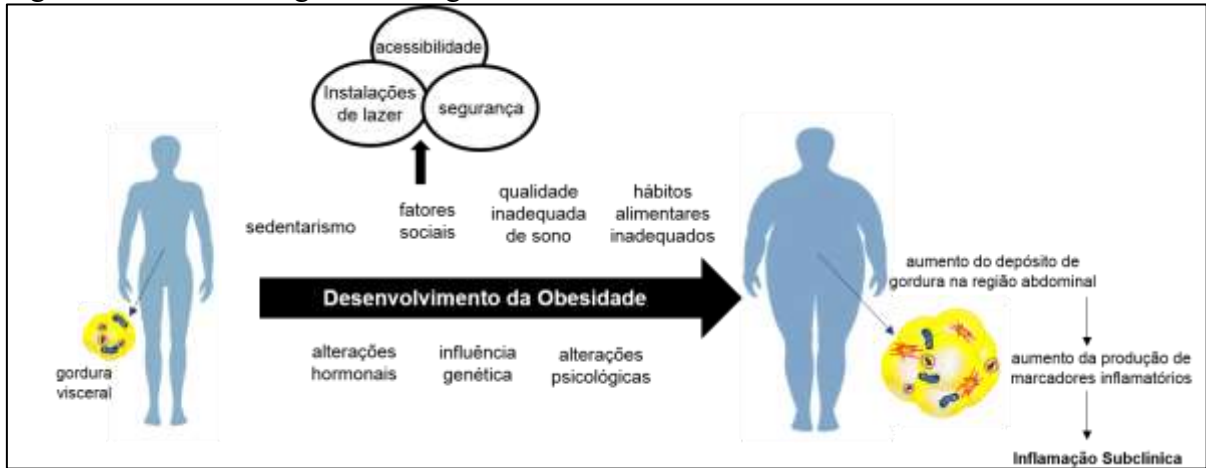
Segundo a OMS (WHO, 2021), o risco de impactos à saúde humana e de desenvolvimento destas DCNT aumenta mesmo quando uma pessoa está apenas ligeiramente acima do peso e torna-se mais grave à medida que o índice de massa corporal (IMC) sobe. Acrescenta Mehrzad (2020) que como qualquer outra doença generalizada, a obesidade é considerada uma epidemia que pode afetar indivíduos de todas as idades. De acordo com Dâmaso, Campos e Lambertucci (2021) a obesidade pode não ter cura, apenas controle, portanto o paciente permanece em tratamento de obesidade durante toda a vida.

Sobretudo, a obesidade na infância está associada a uma vasta gama de complicações de saúde graves e a um aumento do risco de aparecimento prematuro de doenças relacionadas. Estudos têm descoberto que, sem intervenção, as crianças e adolescentes com obesidade continuarão provavelmente a ser obesos na idade adulta (WHO, 2021).

Na comunidade médica, a obesidade é considerada uma doença crônica de etiologia multifatorial (Rippe; Crossley; Ringer, 1998). Portanto, para o seu tratamento sugere-se equipes interdisciplinares dependendo da gravidade, incluindo médicos, nutricionistas, fisiologistas do exercício físico, fisioterapeutas, psiquiatras, psicólogos (ABESO, 2022). Dâmaso, Campos e Lambertucci (2021) expõem de forma simplificada os fatores relacionados a esta fisiopatologia,

que podem ser endógenos (genéticos, endócrino, medicamentosos, metabólicos) e exógenos (hábitos alimentares, sedentarismo, qualidade do sono). A Figura 2 expõe os fatores endógenos e exógenos do desenvolvimento da obesidade.

Figura 2- Fatores endógenos e exógenos associados ao desenvolvimento da obesidade.



Fonte: Dâmaso, Campos e Lambertucci (2021, p.52)

Embora estejam envolvidos outros fatores, a causa fundamental da obesidade é um desequilíbrio de calorias consumidas e calorias gastas. Como as dietas globais mudaram nas últimas décadas, tem havido um aumento no consumo de alimentos densos em energia, ricos em gordura e açúcares livres. Houve também uma diminuição da atividade física devido à natureza mutável de muitos tipos de trabalho, maior acesso aos transportes e urbanização (WHO, 2021).

Conforme Dâmaso, Campos e Lambertucci (2021) muitas das causas do excesso de peso e da obesidade, particularmente tais fatores exógenos, são evitáveis e reversíveis. No entanto, nenhum país registrou ainda a capacidade de inverter o crescimento desta epidemia (WHO, 2021). Basilarmente, é consenso entre as autoridades internacionais de saúde que dois fatores são essenciais para prevenir e tratar não só a obesidade, mas a má nutrição em todas as suas formas, assim como as DCNT associadas: dieta equilibrada e exercício físico (WHO, 2004). Como um distúrbio evitável, é necessário desenvolver mecanismos que ajudem as pessoas a superá-lo, a nível individual e social (Mehrzaad, 2020).

Nos últimos anos, o termo “dieta” vem sendo associado a restrições alimentares e planos alimentares altamente restritivos, que priorizam a exclusão de determinados nutrientes ou grupos alimentares. A provável conexão da palavra dieta à restrição alimentar pode ter

ocorrido pelo uso do termo *diet* associado a alimentos com redução de gorduras ou bebidas sem açúcares, ou mesmo ao início do uso de adoçantes, em meados do século XX. Assim, houve reação negativa na população em geral, quanto ao seguimento de dieta adequada, mesmo que a dieta não fosse restritiva. Até mesmo alguns profissionais da saúde optaram por não recomendar dietas aos seus pacientes (ABESO, 2022).

Neste contexto, cabe esclarecimento importante quanto ao verdadeiro significado da palavra “dieta”, que se origina do grego, com amplo significado. O termo grego projeta seu significado como sinônimo de qualidade de vida, que compreendia entre outras práticas, alimentar-se de forma saudável, do ponto de vista qualitativo e quantitativo (Online etymology dictionary, 2023).

Já segundo a FAO (2022), uma dieta é a combinação de alimentos tipicamente consumidos por um grupo específico de organismos. As dietas humanas são determinadas pelas necessidades nutricionais (em termos de energia e combate de patologias), pelos tipos de alimentos disponíveis em uma determinada região e pelas crenças culturais. Uma dieta equilibrada é aquela que fornece todos os nutrientes necessários para uma boa saúde e crescimento adequado.

Nenhum alimento pode fornecer todos os nutrientes que as pessoas precisam. Como resultado, combina-se muitos tipos diferentes de alimentos, de várias maneiras, para atender às necessidades nutricionais. Portanto, nutrição, conforme Johnson (2021), é como o corpo interage bioquimicamente com os alimentos ingeridos, envolvendo uma alimentação balanceada para que receba os nutrientes necessários em termos de necessidades nutricionais. A nutrição ajuda o corpo a combater doenças, melhorar o funcionamento de órgãos e sistemas danificados, normalizar o metabolismo e o estado geral do corpo. (Kochkarovich; Sultonovna; Ravshanovna, 2020).

O estado nutricional, por sua vez, expressa a relação entre os alimentos ingeridos, a capacidade do organismo em aproveitá-los e o gasto de energia ante as necessidades nutricionais em cada fase do curso de vida. A avaliação do estado nutricional compreende diferentes etapas que se complementam: avaliação antropométrica, dietética, clínica, laboratorial e psicossocial, tendo como objetivo realizar o diagnóstico e identificar a intervenção necessária (Ministério da Saúde, 2006).

Dada tal relevância da nutrição para o corpo, surgiu a dietoterapia, que significa tratamento através da dieta, usada para tratar e prevenir certas doenças, como a obesidade e as DCNT relacionadas. A finalidade da dietoterapia é ofertar ao organismo debilitado os nutrientes adequados, adaptando-os da melhor forma à doença, às condições físicas, psicológicas e nutricionais em que se encontra o paciente a fim de favorecer a recuperação de sua saúde e de seu adequado estado nutricional (Kochkarovich; Sulstonovna; Ravshanovna, 2020; Leão; Murta, 2021).

O Quadro 1 expõe os principais conceitos da ontologia da obesidade e do consumo alimentar.

Quadro 1 - Principais conceitos da ontologia da obesidade e do consumo alimentar

Conceito	Significado
Obesidade	- Conceito: acúmulo anormal ou excessivo de gordura que apresenta risco à saúde. - Causa principal: desequilíbrio entre calorias consumidas e gastas. - Etiologia: fatores endógenos (genéticos, endócrino, medicamentosos, metabólicos) e exógenos (hábitos alimentares, sedentarismo, qualidade do sono). - Profilaxia e tratamento principal: dieta equilibrada e exercício físico.
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis: doenças cardiovasculares, diabetes, perturbações musculoesqueléticas e câncer.
Dieta	Alimentar-se de forma saudável, do ponto de vista qualitativo e quantitativo, garantindo boa saúde.
Dieta equilibrada	Aquela que fornece todos os nutrientes necessários para uma boa saúde e desenvolvimento adequado.
Nutrição	Como o corpo interage bioquimicamente com os alimentos ingeridos, envolvendo uma alimentação balanceada para que receba os nutrientes necessários em termos de necessidades nutricionais (em termos de energia e combate de patologias).
Estado nutricional	A relação entre os alimentos ingeridos, a capacidade do organismo em aproveitá-los e o gasto de energia ante as necessidades nutricionais em cada fase da vida.
Avaliação do estado nutricional	Diferentes etapas: avaliação antropométrica, dietética, clínica, laboratorial e psicossocial, tendo como objetivo realizar o diagnóstico e identificar a intervenção necessária
Dietoterapia	Tratamento através da dieta, usada para tratar e prevenir certas doenças, como a obesidade e as DCNT relacionadas.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Ensinam Kochkarovich, Sulstonovna e Ravshanovna (2020) que a mudança para uma dieta adequada faz o corpo perder gordura corporal, auxiliando no tratamento de sobrepeso e obesidade, por diversas razões: limpa o corpo de toxinas; acelera o metabolismo e a absorção de nutrientes; melhora a capacidade nutricional da digestão e somente a quantidade de calorias que podem ser gastas são consumidas. Acrescentam Helland e Nordbotten (2001) que os pacientes em tratamento de obesidade precisam ser capazes de identificar as regras básicas de uma dieta saudável para perder peso.

A nível social, para tornar as pessoas com sobrepeso e obesidade mais saudáveis, é importante focar nas mudanças de estilo de vida de acordo com as recomendações dietéticas nacionais (Helland; Nordbotten, 2001), representadas nos guias alimentares. Guias alimentares são documentos que propõem um conjunto de recomendações em termos de alimentos e padrões alimentares para fornecer os nutrientes necessários a promoção da saúde geral e da prevenção de doenças crônicas, considerando padrões de produção e consumo alimentar, influências socioculturais, dados de composição de alimentos e acessibilidade, entre outros fatores (FAO, 2022). Conforme o DGA (2022), embora os guias alimentares não se destinem diretamente ao tratamento de doenças, eles podem ser adaptados por profissionais multidisciplinares para incentivar seus pacientes a seguir padrões alimentares saudáveis.

Intervenções baseadas nas motivações e nas práticas de consumo dos indivíduos para atividade física e mudança na dieta podem melhorar a eficácia de tais ações sociais (Helland; Nordbotten, 2001). Conforme Kochkarovich, Sulstonovna e Ravshanovna (2020) o autogerenciamento de atividades físicas e das práticas alimentares são os componentes primários não só para ter uma vida saudável mantendo o peso ideal do corpo, mas também no processo de perda de gordura corporal durante o tratamento de obesidade.

Dessa forma, a subseção a seguir, destina-se a esclarecer quais são as diretrizes para um consumo alimentar saudável, de acordo com as autoridades mundiais em saúde e o Ministério da Saúde do Brasil.

2.1.2 As recomendações para o consumo alimentar saudável

A partir da publicação, em 1980, da primeira edição do guia alimentar americano, “Nutrition and your health: dietary guidelines for americans”, as diretrizes alimentares começaram a surgir em diversos países. As edições sucessivas de 1985 e 1990 foram voluntárias, até a aprovação da “lei nacional de monitoramento nutricional e pesquisa relacionada” de 1990, nos Estados Unidos, que constituiu a primeira iniciativa global de obrigatoriedade em lei quanto à renovação do guia alimentar, neste caso, a cada cinco anos (DGA, 2022).

Mesmo com tais esforços dos guias alimentares, a extensão e a rapidez do aumento das doenças crônicas relacionadas à dieta, em especial a obesidade, levaram a OMS a pedir ação - em seu documento de 2004, intitulado “Estratégia global sobre dieta, atividade física e saúde” - no sentido do desenvolvimento, fortalecimento e implementação de políticas e planos

de ação globais, regionais e nacionais para melhorar as dietas e aumentar a atividade física, que sejam sustentáveis, abrangentes e envolvam ativamente todos os setores (Hawkes, 2007). O objetivo geral da estratégia era reduzir substancialmente as mortes e a carga de doenças em todo o mundo, melhorando a dieta e promovendo a atividade física (WHO, 2004).

A despeito do movimento internacional acerca do tema desde a década de 1980, a primeira edição do “Guia alimentar para a população brasileira” foi lançada apenas em 2006, tendo como importância o início das discussões sobre as iniciativas voltadas a alimentação e nutrição no país. Mesmo com a existência do guia, a epidemiologia brasileira continuou a registrar crescimento expressivo da prevalência de obesidade e outras DCNT; e o modo como os brasileiros se alimentavam vinha sendo intensamente alterado no sentido de uma alimentação mais industrializada. De tal forma que o guia alimentar passou por uma revisão em 2014, sendo a versão atualmente vigente no Brasil (NUPENS USP, 2022).

É unânime entre as recomendações dos países, da OMS e da FAO que existem seis tipos de nutrientes que o corpo precisa: vitaminas, minerais, proteínas, gorduras, água e carboidratos (WHO, 2021). É importante consumi-los diariamente para construir e manter uma função corporal saudável. A composição exata de uma dieta saudável, equilibrada e variada depende das necessidades de cada pessoa (idade, sexo, hábitos de vida, nível de exercício físico), o contexto cultural, alimentos disponíveis localmente e hábitos alimentares (Johnson, 2021). No entanto, de acordo com a OMS (WHO, 2021), os princípios básicos da alimentação saudável são sempre os mesmos independentemente desses fatores.

O Quadro 2 expõe os atuais conselhos práticos da OMS (WHO, 2021) para manter uma alimentação saudável.

Quadro 2 - Conselhos práticos da OMS para manter uma alimentação saudável.

Recomendação geral e Repercussão para a saúde	Conselhos práticos
Frutas e vegetais	
Comer pelo menos 400 g, ou cinco porções, de frutas e vegetais por dia reduz o risco de DCNT e ajuda a garantir uma ingestão diária adequada de fibras alimentares.	Sempre incluir vegetais nas refeições.
	Comer frutas frescas e vegetais crus como lanches.
	Comer frutas e legumes frescos da estação.
	Comer uma variedade de frutas e legumes.
Gorduras	
Reduzir a ingestão total de gordura para menos de 30% da ingestão total de energia (ITE) ajuda a prevenir o ganho de peso não	Reduzir as gorduras saturadas para menos de 10% da ITE.
	Reduzir as gorduras <i>trans</i> para menos de 1% da ITE.
	Substituição de gorduras saturadas e gorduras <i>trans</i> por gorduras insaturadas – em particular, por gorduras poliinsaturadas.

saudável nos adultos. Além disso, o risco de desenvolver DCNT é reduzido.	
A ingestão de gordura, especialmente a gordura saturada e <i>trans</i> produzida industrialmente, pode ser reduzida por:	Cozinhar a vapor ou ferver, em vez de fritar ao cozinhar.
	Substituição da manteiga, banha e ghee por óleos ricos em gorduras poliinsaturadas, como óleos de soja, canola (colza), milho, cártamo e girassol.
	Comer laticínios com baixo teor de gordura e carnes magras, ou cortar a gordura visível da carne.
	Limitar o consumo de alimentos assados e fritos; e lanches e alimentos pré-embalados que contenham gorduras <i>trans</i> produzidas industrialmente.
Sal, sódio e potássio	
A maioria das pessoas consome muito sódio através do sal (média de 9 a 12 g de sal por dia) e pouco potássio (menos de 3,5 g). A alta ingestão de sódio e a ingestão insuficiente de potássio contribuem para a hipertensão arterial, que por sua vez aumenta o risco de doenças cardíacas e acidente vascular cerebral.	Limitar a quantidade de sal e condimentos com alto teor de sódio ao cozinhar e preparar alimentos.
	Não ter sal ou molhos com alto teor de sódio na mesa.
	Limitar o consumo de alimentos industriais com altos teor de sódio.
	Escolher produtos com menor teor de sódio.
O potássio pode atenuar os efeitos negativos do consumo elevado de sódio na pressão arterial.	A ingestão de potássio pode ser aumentada pelo consumo de frutas e vegetais frescos.
Açúcares	
Tanto em adultos quanto em crianças, a ingestão de açúcares livres deve ser reduzida para menos de 10% da ITE. A redução para menos de 5% traria benefícios adicionais à saúde. Consumir açúcares livres: aumenta o risco de cárie dentária; o excesso de calorias que contribui para o ganho de peso não saudável; influencia a pressão arterial e os lipídios séricos, ocasionando risco para doenças cardiovasculares.	Limitar o consumo de alimentos e bebidas contendo grandes quantidades de açúcares, como lanches açucarados, balas e bebidas açucaradas (ou seja, todos os tipos de bebidas que contenham açúcares livres – refrigerantes, sucos, bebidas industrializadas e bebidas lácteas aromatizadas).
	Comer frutas frescas e vegetais crus como lanches em vez de lanches açucarados.

Fonte: Elaborado pela autora com base em WHO (2018, 2021).

Em suma, as recomendações da WHO (2004, 2018, 2021) orientam que uma dieta equilibrada, para alcançar o equilíbrio energético e uma composição corporal saudável, consiste em limitar a ingestão de energia a partir de gorduras totais (especialmente gorduras saturadas e ácidos graxos trans, deslocando o consumo para gorduras insaturadas), açúcares livres e sal (sódio), com o consequente aumento do consumo de frutas, vegetais, leguminosas, grãos integrais e nozes. A Figura 3 esquematiza o consumo alimentar adequado de uma dieta equilibrada.

Figura 3 - Esquema do consumo alimentar saudável.



Fonte: ABESO (2023, p. 10).

De acordo com a FAO (2022), os guias alimentares dos países propõem um conjunto de recomendações em termos de alimentos, grupos de alimentos e padrões alimentares que fornecem os nutrientes necessários para promover a saúde geral e prevenir doenças crônicas. No entanto, muitos países estão se movendo para perspectivas mais holísticas, abordando combinações de alimentos, modalidades de alimentação, considerações de segurança alimentar, estilo de vida e aspectos de sustentabilidade.

O guia alimentar atual dos Estados Unidos “Dietary guidelines for americans 2020-2025” (USDA; HHS, 2020) está organizado em forma de três princípios dietéticos chave, que podem ajudar as pessoas a alcançar as quatro diretrizes dietéticas abrangentes. Dentro de cada diretriz, há recomendações chaves que as apoiam, incluindo sugestões quantitativas sobre limites que se baseiam no arcabouço científico revisado pelas autoridades nacionais produtoras do guia, o USDA e o HHS.

Desde a primeira edição do guia alimentar americano, em 1980, as diretrizes alimentares são notavelmente consistentes sobre os componentes de uma dieta saudável, mas também evoluíram de maneiras significativas para refletir atualizações da ciência. As edições anteriores basearam-se no corpo de pesquisas que analisa as relações entre nutrientes individuais, alimentos e grupos de alimentos e resultados de saúde. Embora esta base científica continue a ser substancial, o guia de 2020-2025 trouxe como novidade uma mudança de foco,

em consonância com o progresso das pesquisas, utilizando a relação entre os padrões alimentares gerais e vários resultados de saúde (DGA, 2022).

A lógica dessa evolução para o USDA e HHS (2020) é que assim como os nutrientes não são consumidos isoladamente, alimentos e bebidas também não são consumidos separadamente. A base científica atual mostra que os componentes de um padrão alimentar podem ter relações interativas, sinérgicas e potencialmente cumulativas, de modo que o padrão alimentar pode ser mais preditivo do estado geral da saúde e do risco de doença do que os alimentos ou nutrientes individualmente (USDA; HHS, 2020).

Quanto ao “Guia alimentar para a população brasileira”, na edição de 2006, os alimentos costumavam ser classificados de acordo com o seu perfil de nutrientes, a exemplo da icônica caracterização através da pirâmide alimentar preconizada pelo guia alimentar americano, na qual os alimentos são classificados em grupos por serem fontes de diferentes tipos de nutrientes (NUPENS USP, 2022).

De acordo com o NUPENS USP (2022), desde 2006, a ciência se desenvolveu rapidamente e a indústria de alimentos aprimorou suas tecnologias, facilitando o acesso a uma ampla variedade de produtos alimentícios, de modo que o guia alimentar brasileiro precisou de uma revisão para acompanhar estes movimentos. Algumas mudanças foram sendo observadas no Brasil: grandes corporações transnacionais ampliaram sua penetração nos sistemas alimentares brasileiros, gerando mudanças significativas no cenário; o modo como a população se alimentava vinha sendo intensamente alterado, e; a epidemiologia registrava um crescimento expressivo da prevalência de obesidade e outras DCNT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Segundo o NUPENS USP (2022) a metodologia de construção do guia alimentar de 2006 fez sentido em um contexto no qual as doenças relacionadas à alimentação eram causadas por deficiências de energia e nutrientes, mas em um cenário marcado por doenças crônicas e mudanças nos padrões alimentares da população, tornaram-se desatualizadas. Além disso, essa abordagem estritamente baseada em nutrientes desconsidera outras características do consumo alimentar que se associam com a saúde: alimentos, combinações de alimentos (preparações culinárias ou refeições) e modos de comer (comensalidade) (NUPENS USP, 2022).

A segunda edição do guia alimentar brasileiro, não determina um número ideal de porções para o consumo de cada alimento. Isso porque não existe uma única quantidade possível de um dado ingrediente para se ter uma alimentação saudável. (MINISTÉRIO DA

SAÚDE, 2014). Desse modo, baseia suas recomendações em “Dez passos para uma alimentação adequada e saudável” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 126-129):

1. Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação;
2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias;
3. Limitar o consumo alimentar processados;
4. Evitar o consumo alimentar ultraprocessados;
5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia;
6. Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados;
7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias;
8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece;
9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora;
10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

A edição de 2014 ganhou repercussão em especial ao incluir padrões de alimentação culturais da população brasileira, sugerindo diferentes tipos de alimentos e preparações culinárias regionais como feijão preto, feijão carioca, açaí e cuscuz. Outro ponto que ganhou destaque foram as orientações sobre comensalidade - as circunstâncias que envolvem o ato de comer (como, onde e com quem comer), para além do “que comer” - que considera aspectos como tempo e a atenção dedicados ao comer, o ambiente das refeições e os fatores sociais envolvidos, como a companhia de outras pessoas (NUPENS USP, 2022).

Por fim, segundo a FAO, os guias alimentares, além de fornecerem as instruções gerais sobre o padrão alimentar da população, ainda tem o papel de incluir reflexões sobre a sustentabilidade na alimentação, um conceito que vai além da nutrição e do meio ambiente para incluir dimensões econômicas e socioculturais. Ainda, podem servir para orientar uma ampla gama de políticas e programas de educação e nutrição, saúde, agricultura e nutrição; representando, portanto, uma oportunidade de impactar favoravelmente as dietas e o sistema alimentar, desde a produção até o consumo. São as “Características de dietas de baixo impacto ambiental consistentes com boa saúde” segundo Fischer e Garnett (2016, p. 10):

- Diversidade: grande variedade de alimentos consumidos;
- Equilíbrio alcançado entre ingestão de energia e necessidades energéticas;
- Baseado em: tubérculos minimamente processados e grãos integrais; leguminosas; frutas e hortaliças – particularmente aquelas cultivadas no campo, “robustas” (menos propensas a deterioração) e que exigem menos modos de transporte rápidos e mais intensivos em energia.
- Carne, se consumida, em quantidades moderadas – e todas as partes de animais consumidas;

Produtos lácteos ou alternativas (por exemplo, substitutos do leite fortificados e outros alimentos ricos em cálcio e micronutrientes) consumidos com moderação;
 Sementes e nozes sem sal;
 Pequenas quantidades de peixes e produtos aquáticos provenientes de pescarias certificadas;
 Consumo muito limitado de alimentos ricos em gordura, açúcar ou sal e pobres em micronutrientes (por exemplo, batatas fritas, doces, bebidas açucaradas);
 Óleos e gorduras com uma proporção ômega 3:6 benéfica, como colza e azeite;
 Água da torneira em vez de outras bebidas - principalmente refrigerantes.

Herforth (2019) concluíram que há algumas orientações relativamente simples comum à maioria dos guias alimentares das nações: consumir frutas e legumes e alimentos ricos em carboidratos como a maior parte da dieta; incluir alimentos de origem animal e leguminosas; limitar o sal, o açúcar e a gordura, e; consumir uma diversidade de tipos de alimentos em proporções adequadas.

De maneira geral, essas mensagens mais comuns estão alinhadas com as orientações da OMS (WHO, 2016, 2021), exceto que o órgão também recomenda o consumo de nozes e grãos integrais, diferencia os tipos de gordura e não incluem orientações sobre alimentos de origem animal. Não é consenso globalmente as quantidades de alimentos de origem animal a consumir preferencialmente, e em que montantes, nem no que diz respeito à necessidade dietética ou à sustentabilidade ambiental (Herforth, 2019).

Em suma, a evidência científica constata que os padrões de consumo alimentares têm um profundo impacto na incidência da obesidade. A elevação do grau de industrialização do consumo alimentar, no que é frequentemente chamada de “transição nutricional” (Popkin, 1998) alerta para um empobrecimento do padrão dietético quando consideradas as diretrizes dos órgãos internacionais de saúde. As metas e recomendações das autoridades em saúde mundiais têm sido uma forma de abordar as preocupações de saúde pública relacionadas ao papel do consumo alimentar na promoção da saúde e prevenção de doenças (FAO, 2022).

As recomendações dos órgãos de saúde pública só podem atingir seu pleno efeito se traduzidas em soluções efetivas pelo mercado de produtos e serviços focados no combate e controle da obesidade. A subseção a seguir destina-se a apresentar os atores, produtos, serviços e tecnologias existentes nesse mercado.

2.1.3 O mercado de soluções para a obesidade

A obesidade é uma doença crônica, progressiva, com causas multifatoriais associadas principalmente a estilo de vida (sedentarismo, hábitos alimentares inadequados) e também a outras condições, como fatores genéticos, hereditários, psicológicos, culturais e étnicos (ABESO, 2023). São muitos fatores para que a pessoa possa identificar, sem auxílio profissional, seus gatilhos individuais do excesso de peso e ainda coordene uma estratégia efetiva para o tratamento. E, mesmo que ela seja bem-sucedida em um primeiro momento, ainda há o desafio de manter o resultado conquistado. Por todas essas razões, a via mais eficiente de tratamento abrange ajuda médica e orientação de profissionais de outras áreas, como psicologia, nutrição e educação física (Mendes, 2016).

O tratamento é complexo, de longo prazo, e envolve mudança de estilo de vida, com ênfase no tratamento nutricional, prática de atividade física, intervenções psicológicas, tratamento medicamentoso ou cirúrgico. Por tratar-se de uma doença crônica, a dieta recomendada para o tratamento da obesidade deve contribuir para a manutenção permanente da saúde global do indivíduo (ABESO, 2022).

Uma equipe multidisciplinar irá auxiliar a estabelecer metas realistas, saudáveis, factíveis e condizentes com a realidade do indivíduo; identificar barreiras; oferecer tratamentos e abordagens diversas; acompanhar o indivíduo durante todo o processo da perda de peso e fazer ajustes constantes de conduta. O objetivo é aumentar a chance de ter bom resultado no emagrecimento e reduzir o risco de a pessoa voltar a engordar em um curto ou médio prazo, de forma que o indivíduo aprenda a manter um estilo de vida saudável por toda a vida (Novo Nordisk, 2023).

A Figura 4 esquematiza o que a ABESO (2022) considera como as chaves para o seguimento de longo prazo na promoção da saúde global do indivíduo com obesidade: automonitoramento, reestruturação cognitiva, resolução de problemas, controle de estímulos, reforços positivos, programação de metas e manutenção de peso.

Figura 4 - Promoção da saúde global do indivíduo com obesidade.



Fonte: ABESO (2022, p. 9).

Segundo a ABESO (2023) já faz algumas décadas que o mercado se empenha em achar um tratamento resolutivo e seguro para a obesidade. Pílulas mágicas não existem, mas a evolução de profissionais, remédios e procedimentos é uma realidade (ABESO, 2023). Os profissionais envolvidos no tratamento da obesidade são médicos, nutricionistas, psicólogos e profissionais de educação física (ABESO, 2023; Novo Nordisk, 2023).

Para tratar um indivíduo com excesso de peso, independente da especialidade profissional, é relevante ser observado o histórico pessoal subjacente à multifatorialidade da obesidade: histórico médico, hábitos alimentares, atividade física, fatores genéticos, fatores emocionais, histórico de peso, rotina de exercícios físicos, condições de saúde pré-existentes, medicamentos em uso, entre outros (SBEMO, 2023).

A função do médico é diagnosticar a obesidade, classificá-la, avaliar as doenças associadas por meio de exames físico e complementares (exames de sangue e de imagem, por exemplo) e prescrever, quando necessário, o tratamento adequado. Com base nas informações coletadas, o médico avalia o estado de saúde do paciente e realiza um diagnóstico preciso. Isso pode envolver a identificação de fatores de risco associados à obesidade, complicações de saúde existentes e possíveis causas subjacentes. O médico deve engajar com pacientes para ajudá-los a compreender, tratar e gerenciar sua condição de forma abrangente, visando melhorar sua saúde e qualidade de vida de forma permanente (Novo Nordisk, 2023; SBEMO, 2023; Sanar, 2023).

Conforme a Sanar (2023) com o diagnóstico estabelecido, o médico habilitado para o tratamento da obesidade desenvolve um plano de tratamento personalizado para o paciente, que pode incluir orientações sobre: alimentação saudável; atividade física; estratégias comportamentais; terapia cognitivo-comportamental; indicação de medicamentos quando necessário; e, em casos mais graves, encaminhamento para cirurgia bariátrica. Após o diagnóstico, o médico também promove o direcionamento para os outros profissionais envolvidos na abordagem terapêutica, tais como: nutricionistas, psicólogos, educadores físicos e outras especialidades médicas (Sanar, 2023).

As especialidades médicas que atuam mais diretamente no tratamento da obesidade são a endocrinologia, nutrologia, medicina interna ou cirurgia bariátrica (SBEMO, 2023). Entretanto, há também de se destacar o papel de outras especialidades que podem atuar como a psiquiatria e medicina integrativa (Sanar, 2023). Para um médico tratar do indivíduo obeso, não necessariamente precisará ser especialista em obesidade. Entretanto, para se tornar especialista em obesidade, o médico pode fazer uma subspecialização após a residência médica, que tem duração média de 1 ano. Após a realização da pós-graduação em obesidade, para se obter o título de especialista, é necessário fazer a prova de títulos (SBEMO, 2023).

Independentemente das causas da obesidade e do tratamento médico prescrito, perder o excesso de peso sempre vai envolver mudança de hábitos de consumo alimentar. O tratamento com nutricionista tem como objetivo promover uma reeducação alimentar, ensinando o indivíduo a fazer boas escolhas alimentares que promovam melhora da saúde. Isso envolve compreender o papel de cada nutriente, saber como elaborar um prato saudável e definir novos padrões de consumo alimentar. Ainda, é papel deste profissional alertar sobre os prejuízos das dietas da moda ou muito restritivas (Novo Nordisk, 2023).

Uma anamnese inicial normalmente é conduzida pelo nutricionista investigando: o histórico do paciente, a relação com os alimentos, história social, situação socioeconômica e motivação para controle de peso. A avaliação também inclui medidas antropométricas que devem considerar composição corporal, histórico de peso e peso e altura atuais, que auxiliam na terapêutica e no estabelecimento de metas. A taxa metabólica de repouso (TMR) deve ser usada para determinar as necessidades energéticas em adultos com sobrepeso ou obesidade (Jensen, 2014).

Conforme a ABESO (2022) a avaliação do consumo alimentar embasa o acompanhamento nutricional que previne e trata a obesidade e as DCNT associadas, como parte do programa de controle de tratamento dessas doenças. Esta análise contribui com a escolha de estratégias adequadas para o aconselhamento nutricional pelo nutricionista, que ofereçam orientações baseadas em evidências científicas e que contribuam com o prazer em comer (ABESO, 2022). Assim, após essa etapa, acrescenta a Novo Nordisk (2023), deverá ser proposto um plano alimentar individualizado e adequado às necessidades nutricionais de cada indivíduo, considerando preferências alimentares, aspectos financeiros e estilo de vida.

A atuação dos psicólogos e médicos psiquiatras, por sua vez, alcança várias frentes de atuação. O excesso de peso pode estar relacionado a questões emocionais, tais como ansiedade, estresse, depressão e outros sentimentos negativos que geram uma queda no nível de substâncias que atuam no cérebro que promovem a sensação de bem-estar. Assim, o ato de comer utilizado para aliviar esses sentimentos, potencialmente gera vícios e compulsão alimentar (Lazarevich, 2016). Ainda, indivíduos com obesidade sofrem preconceitos e discriminações que reverberam no estado mental (Novo Nordisk, 2023).

Por tantos fatores e problemáticas, é importante que o acompanhamento psicológico faça parte do tratamento de obesidade. Ele também auxilia os indivíduos em tratamento de obesidade a lidar com as mudanças de comportamento que serão necessárias para a perda de peso e com as expectativas que surgem durante esse processo (Vasques; Martins; Azevedo, 2004).

Os exercícios físicos também têm um papel importante para a saúde global do indivíduo em tratamento de obesidade. Segundo a OMS, são a segunda via de controle do sobrepeso, além do consumo alimentar (WHO, 2004). Como nem sempre é fácil seguir uma rotina de exercícios, contar com um educador físico engajado numa mudança consistente de hábitos pode auxiliar de diversas maneiras, segundo a Novo Nordisk (2023).

O profissional deve atuar desenvolvendo um programa personalizado de exercícios com foco em garantir saúde e qualidade de vida, ocasionando a perda de peso como consequência. O papel do educador físico na criação de um hábito que se mantenha para o resto da vida é primordial. Nesse sentido, Dâmaso (2023) ressalta a importância de um programa de exercícios individualizado, com base nas atividades que o indivíduo mais tem afinidade de praticar, diminuindo a probabilidade de desistência e viabilizando a criação do hábito para toda

vida. O exercício físico ainda atua na saúde emocional, ajudando no controle da depressão e ansiedade (Dâmaso, 2023).

Juntamente com a evolução do mercado profissional de tratamento da obesidade, nos últimos anos, foram desenvolvidos e aprimorados medicamentos específicos para auxiliar no tratamento da obesidade. Alguns medicamentos atuam reduzindo o apetite, enquanto outros afetam a absorção de gordura pelo organismo. Sendo medicamentos, apenas podem ser prescritos por médicos, de preferência especialistas em obesidade, em combinação com mudanças no estilo de vida (Sanar, 2023). Conforme a ABESO (2023), esses medicamentos são uma excelente opção para quem não tem indicação cirúrgica, ou mesmo para aqueles que realizaram o procedimento e, por algum motivo, engordaram de novo.

Passado o período de restrições e retorno à rotina pós-pandemia, o mercado de gerenciamento de peso aqueceu como um todo. Um deles, o mercado antiobesidade é relativo às vendas de medicamentos antiobesidade como a liraglutida, semaglutida, naltrexona-bupropiona e orlistat. A expectativa de crescimento deste mercado é de 10,2% ao ano até 2027. Neste ano, o mercado deve equivaler a 5,11 bilhões de dólares. O aumento da demanda por medicamentos antiobesidade é o maior impulsionador do mercado, que tem a América do Norte como maior consumidora do mercado (The Business Research Company, 2023).

Além dos medicamentos, a cirurgia bariátrica tem se mostrado uma opção eficaz para o tratamento da obesidade grave. Essa intervenção cirúrgica altera a anatomia do sistema digestivo, reduzindo a capacidade do estômago ou desviando o caminho dos alimentos. Essa abordagem pode levar a perda significativa de peso e melhora de DCNT associadas (Sanar, 2023). Acrescenta a ABESO (2023) que a cirurgia ao realizar alterações anatômicas, também incorre em alterações hormonais, e isso garante um emagrecimento sempre acima de 30% do peso corporal, podendo chegar a 60%.

Ainda na seara dos produtos, há aqueles para gerenciamento do peso, que estão entre os mais consolidados no mercado de suplementos. São produtos holísticos que visam ao bem-estar global e não atuam somente no controle de peso, mas também reduzindo inflamações e complicações relacionadas à obesidade e ao sobrepeso, constituindo os diferenciais desse segmento (The Business Research Company, 2023).

A expectativa de crescimento do mercado global de suplementos para a perda de peso é de 13,6% ao ano até 2027. Neste ano, o mercado deve equivaler a 65,16 bilhões de

dólares. O aumento da população obesa é considerado o maior driver desse mercado. O mercado de suplementos para a perda de peso consiste tanto em redutores de apetite (o picolinato de cromo, glucomanano e ácido linoléico conjugado) como em inovações que atuam no metabolismo e digestibilidade (vitaminas e minerais, aminoácidos, extratos e produtos naturais). O desenvolvimento de novas tecnologias de produção e de novos produtos inovadores é uma tendência chave que ganha popularidade nesse mercado. Por exemplo, a Nature's Formulas, uma empresa de suplementos com sede nos EUA, desenvolveu o Biofit, um suplemento probiótico inovador e líder da indústria para a perda de peso, fabricado a partir de ingredientes naturais, sem efeitos colaterais (The Business Research Company, 2023).

Nesse contexto de desenvolvimento do mercado de soluções para obesidade, o mercado de alimentação saudável – alimentação sem glúten, vegana, vegetariana, orgânica e fitness – cresce em média 12,3% ao ano no Brasil, segundo o SEBRAE (2022). O consumo de alimentos saudáveis, que já vinha ganhando força entre os brasileiros, foi acelerado pela pandemia. Em 2020, as vendas desses produtos atingiram 100 bilhões de reais no Brasil (SEBRAE, 2022).

No início da pandemia, 33% dos brasileiros disseram ter aumentado o consumo de legumes, verduras e hortaliças, sendo que 67% planejavam manter o novo hábito no futuro, segundo dados da Kantar (2021) - líder global em dados, insights e consultoria. Ao longo das fases de isolamento social, entretanto, o consumidor foi se adaptando às novas rotinas de consumo e as ocasiões de saudabilidade foram se transformando (Kantar, 2021).

O estudo “Consumer insights”, da Kantar (2021), revelou que no 2º trimestre de 2021 a busca por alimentos mais nutritivos e saudáveis voltou a ganhar relevância no Brasil, especialmente nas horas do lanche, retomando níveis vistos no período pré-pandemia. Ocasões com necessidade de saudabilidade cresceram 15% entre os brasileiros em relação ao mesmo período de 2020. Essa tendência foi impulsionada principalmente pela adoção de dietas, com índice 27% superior ao segundo trimestre de 2020, com consumidores entre 35 a 44 anos e mais de 45 anos fazendo maior contribuição a esse crescimento. Segundo o documento, a necessidade de um consumo mais saudável, vinculada à busca por alimentos mais nutritivos, foi liderada por lares com crianças e adolescentes de até 18 anos, com um aumento de 9,1% em ocasiões de consumo (Kantar, 2021).

Acrescenta a Katar (2021) que o brasileiro tem consciência e preferência por uma alimentação mais saudável, mas o preço ainda é uma barreira ao consumo desse segmento para 35% dos consumidores. O fator renda versus preço é a nova variável que vai afetar a velocidade e as escolhas mais saudáveis dos consumidores. Vale dizer que a percepção do conceito de saudabilidade muda entre as classes sociais no Brasil. Enquanto nas classes AB a busca por uma alimentação saudável inclui consumo de frutas, saladas, legumes, nozes, granola e iogurte, nas classes CDE abrange arroz, feijão, cereais infantis, leite em pó e sucos/vitaminas caseiras. Com a alta dos preços em 2021, o mercado assistiu a volta do consumo de alimentos básicos e mais saudáveis, como arroz, feijão e saladas. (Kantar, 2021).

Noutro giro, no levantamento do Vigitel realizado anualmente e, considerando a última década (dados de 2012 a 2021), houve pouca mudança no padrão alimentar da população brasileira. Nas capitais brasileiras, aproximadamente 21,8% do total da população acima de 18 anos consome a quantidade recomendada de frutas e hortaliças diariamente, de acordo com dados. O índice de consumo recomendado de frutas e hortaliças foi mais alto em 2015: 24,4%. Já os 21,8% registrados em 2021 representam o menor índice do período. O Vigitel também pesquisou o consumo de refrigerantes e ultraprocessados nas capitais brasileiras. Em 2021, 13,9% e 18,2% da população afirmou consumir produtos desses grupos em quantidades elevadas, respectivamente (CEDOC UMANE, 2023).

Nesse contexto de possível melhora nas práticas de consumo alimentar da população brasileira, aplicativos móveis, dispositivos de monitoramento de atividades físicas e wearables (do inglês, “tecnologias vestíveis”) têm sido utilizados para ajudar as pessoas a monitorar sua dieta, atividade física e progresso na perda de peso. Essas ferramentas podem facilitar o acompanhamento e a adesão às mudanças de estilo de vida saudáveis (SBEMO, 2023). Diversos profissionais da obesidade utilizam os aplicativos como meios de potencializar seus resultados clínicos. Normalmente, indicam uma tecnologia específica, de acordo com a abordagem clínica a ser utilizada.

Existem inúmeros aplicativos móveis que auxiliam na prática de consumo alimentar. Alguns aplicativos, como o Dietbox, apresentam informações nutricionais dos alimentos, permitem a personalização de dietas e incluem um programa de monitoramento do paciente. Outros, como o Lifesum, oferecem calculadora de calorias e dicas para o usuário manter hábitos alimentares mais saudáveis e adequados aos objetivos de quem está usando o aplicativo. O

Nutrisoft Brazil tem uma abordagem bem completa, incluindo funcionalidades de auxiliar os usuários no controle alimentar diário, proporcionando planos de educação alimentar e trazendo também notícias e receitas, contato com uma equipe de nutricionistas, recursos de controle do consumo de água, análise do progresso e avaliação do sono. O MyfitnessPal possui milhões de alimentos cadastrado, com descrição precisa e completa de suas informações nutricionais, ainda incluindo dicas de exercícios físicos para os usuários (IPGS, 2023).

Outros aplicativos já atuam auxiliando no momento de aquisição da prática de consumo alimentar. Apresentam funcionalidades como escanear o código de barras dos produtos e acessar as informações nutricionais do produto escaneado, como o FatSecret e o Desrotulando. O FatSecret ainda faz registros da alimentação do usuário e das suas atividades físicas, oferecendo a opção de um profissional fazer sugestões de alimentos mais adequados para seu consumo (IPGS, 2023).

O Quadro 3 expõe os principais atores, produtos, serviços e tecnologias existentes no mercado de soluções para a obesidade.

Quadro 3 - Atores, produtos, serviços e tecnologias do mercado de soluções para a obesidade.

	Categoria	Atuação
Profissionais	Médico (as especialidades médicas que atuam mais diretamente no tratamento da obesidade são a endocrinologia, nutrologia, medicina interna ou cirurgia bariátrica, podendo incluir a medicina integrativa)	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar a obesidade, classificá-la, avaliar as doenças associadas por meio de exames e prescrever, quando necessário, o tratamento adequado. - Desenvolver um plano de tratamento personalizado para o paciente, que pode incluir orientações sobre: alimentação saudável; atividade física; estratégias comportamentais; terapia cognitivo-comportamental; indicação de medicamentos quando necessário; e, em casos mais graves, encaminhamento para cirurgia bariátrica. - Promover o direcionamento para os outros profissionais envolvidos na abordagem terapêutica.
	Nutricionista	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar na reeducação alimentar, ensinando o indivíduo a fazer boas escolhas alimentares que promovam melhora da saúde. - Fornecer conhecimentos sobre o papel de cada nutriente, como elaborar um prato saudável e definir novos padrões de consumo alimentar. - Alertar sobre os prejuízos das dietas da moda ou muito restritivas. - Propor um plano alimentar individualizado e adequado às necessidades nutricionais de cada indivíduo, considerando preferências alimentares, aspectos financeiros e estilo de vida.
	Psicólogo e psiquiatra*	<ul style="list-style-type: none"> - Tratar as questões emocionais, tais como ansiedade, estresse, depressão e outros sentimentos negativos que podem ser causas da obesidade. - Tratar vícios e compulsão alimentar. - Tratar os preconceitos e discriminações. - Auxiliar nas mudanças de comportamento que serão necessárias para a perda de peso e com as expectativas que surgem durante esse processo.
	Educador físico	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver um programa individualizado de exercícios com foco em garantir saúde e qualidade de vida, ocasionando a perda de peso como consequência.

		- Auxiliar na criação de um hábito que se mantenha para o resto da vida, com base nas atividades que o indivíduo mais tem afinidade de praticar, diminuindo a probabilidade de desistência e viabilizando a criação do hábito para toda vida.
Produtos e serviços	Medicamentos antiobesidade	- Alguns medicamentos atuam reduzindo o apetite, enquanto outros afetam a absorção de gordura pelo organismo. - São opção para quem não tem indicação cirúrgica, ou para aqueles que realizaram o procedimento e, por algum motivo, engordaram de novo. - Exemplos: liraglutida, semaglutida, naltrexona-bupropiona e orlistat.
	Cirurgia bariátrica	- Intervenção cirúrgica que altera a anatomia do sistema digestivo, reduzindo a capacidade do estômago ou desviando o caminho dos alimentos. - Opção eficaz para o tratamento da obesidade grave, pode levar a perda significativa de peso e melhora de DCNT associadas. - As alterações anatômicas também incorrem em alterações hormonais, e isso garante um emagrecimento sempre acima de 30% do peso corporal, podendo chegar a 60%. Entretanto, não é um tratamento definitivo se não houver a mudança de hábitos.
	Produtos e suplementos para gerenciamento de peso (não medicamentosos)	-Produtos holísticos que visam ao bem-estar global e não atuam somente no controle de peso, mas também reduzindo inflamações e complicações relacionadas à obesidade e ao sobrepeso. - O mercado consiste em redutores de apetite (o picolinato de cromo, glucomanano e ácido linoléico conjugado) e em inovações que atuam no metabolismo e digestibilidade (vitaminas e minerais, aminoácidos, extratos e produtos naturais).
	Mercado de alimentação saudável	Sem glúten, vegana, vegetariana, orgânica e fitness.
Tecnologias	Aplicativos móveis, dispositivos de monitoramento de atividades físicas e wearables (do inglês, “tecnologias vestíveis”)	- Ajudam a monitorar dieta, atividade física e progresso na perda de peso. - Facilitam o acompanhamento e a adesão às mudanças de estilo de vida saudáveis. - Profissionais da obesidade utilizam as tecnologias como meios de potencializar e acompanhar resultados clínicos.

* Mesmo sendo uma especialidade médica, o papel do psiquiatra no combate à obesidade aproxima-se da atuação conjunta com psicólogos.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Isto posto, dada a multiplicidade de atores, produtos, serviços e tecnologias existentes no mercado de soluções para a obesidade, bem como as flutuações nos padrões saudáveis da prática de consumo alimentar no Brasil, os profissionais apresentam o papel inicial de conduzir o indivíduo obeso na melhor adequação de tratamento – consulta de outros profissionais, uso de medicamentos, uso de suplementos, uso de tecnologias, realização de atividade física, indicação de cirurgia bariátrica – e, em seguida, no planejamento e acompanhamento de soluções permanentes para a obesidade no seguimento da manutenção de um estilo de vida saudável.

2.2 Teoria das práticas

Dentro das ciências sociais, tradições teóricas contrastantes cresceram em torno de duas preocupações duradouras: Como as sociedades mudam? Por que elas permanecem iguais? Para entender tais questionamentos de novidade e persistência, a teoria das práticas desenvolve uma série de conceitos, expostos nesta seção, que capturam os aspectos dinâmicos da prática social, a nível teórico e prático. A primeira subseção trata do histórico e evolução da teoria. A segunda, por sua vez, dos princípios e conceitos propriamente ditos. Por fim, a terceira subseção explora o modelo teórico da teoria das práticas com foco em como elas mudam.

2.2.1 Histórico e evolução

A teoria das práticas tem raízes que remontam a Heidegger (1962) e Wittgenstein (1967). Apesar das diferenças de origem e ênfase, esses precursores filosóficos são semelhantes ao sugerir que as práticas não são simplesmente pontos de passagem entre os sujeitos humanos e a estrutura social. Em vez disso, a prática está posicionada no centro do palco. A partir dessas origens da metade do século XX, relatos mais integrados sobre teoria das práticas surgiram nas décadas de 1970 e 1980. Nessa época, os principais estudiosos que avançaram em relações teóricas baseadas na prática incluem Bourdieu (1977, 1979, 1990) e Giddens (1976, 1979, 1984) (Feldman; Orlikowski, 2011; Shove; Pantzar; Watson, 2012; Spaargaren, 2011).

Bourdieu e Giddens apresentaram papel fundamental dentro desta teoria, concentrando suas análises na teorização das práticas sociais, configurando o que poderia ser chamado de primeiro estágio dentro da teoria das práticas (Warde, 2005). Ambos dão um papel central às práticas sociais na análise da inter-relação entre indivíduo e estrutura, buscando superar o dualismo agência-estrutura que argumentavam existir na sociologia geral (Otero; Estévez; Paddock, 2018). Acrescenta Spaargaren (2011) que os sociólogos tentaram contribuir para a síntese entre as escolas de pensamento estruturalista e interpretativa dentro das ciências sociais: Bourdieu, ao introduzir conceitos como prática, habitus e campo e, Giddens, ao reformular os conceitos de agência, sistema e estrutura.

Entender a contribuição de Bourdieu e Giddens para a teoria das práticas requer a compreensão prévia da relação entre agência e estrutura. De um lado, a ideia de agência e escolha humana preconiza que a ação é, em essência, explicada pela busca de interesses

individuais, de modo que novos arranjos sociais resultam de um acúmulo de milhões de decisões individuais sobre a melhor forma de agir. De outro lado, a visão de estrutura argumenta que a mudança é resultado de forças externas, inovação tecnológica ou estrutura social, que de alguma forma afetam os detalhes da vida cotidiana (Shove; Pantzar; Watson, 2012).

Apesar de seus títulos seminais trazerem a palavra “prática” como “Esboço de uma teoria das práticas” (1977) ou “A lógica da prática” (1990), Bourdieu não desenvolveu uma teoria consistente da prática em suas obras, nas quais eram vistas como um meio de abordar sua preocupação mais central: a de teorizar o “habitus”. No entanto, Bourdieu foi influente em trazer conceitos de prática para os debates teóricos sociais da década de 1980. Nas ciências sociais, o trabalho de Bourdieu é mais conhecido, mas Giddens contribuiu sobremaneira para o campo teórico ao fornecer em 1984 o que era então o relato mais claro de como a teoria das práticas pode transcender os dualismos de estrutura e agência (Shove; Pantzar; Watson, 2012).

Embora as noções de prática figurassem em diferentes vertentes das ciências sociais ao longo dos anos 1980 e 1990, fazendo com que se considerassem várias “teorias das práticas”, elas ganharam novo impulso teórico no final do século XX, principalmente através do trabalho do filósofo Theodore Schatzki. Conforme Warde (2016) a segunda etapa da teoria das práticas é encabeçada por Schatzki em seu livro “The practice turn in contemporary theory” (2001) escrito em conjunto com Knorr Cetina e von Savigny, numa tentativa de superar as duas abordagens ontológicas dominantes: individualismo e holismo.

Influências mais recentes na teoria das práticas contemporânea incluem os trabalhos de Schatzki (1996, 2001, 2002, 2005), Reckwitz (2002), Shove e Pantzar (2005), Shove, Pantzar e Watson (2012). Reckwitz (2002, p. 243), Schatzki (1996, p. 11) e Shove, Pantzar e Watson (2012, p. 5-7) listam Giddens, Bourdieu, Lyotard e Charles Taylor como teóricos chave para a teoria das práticas, sobre os quais desenvolveram seus trabalhos.

O Quadro 4 apresenta os principais teóricos da prática e sua contribuição chave.

Quadro 4 - Principais teóricos da prática e suas contribuições chave.

Teóricos	Principal contribuição
Bourdieu (1977, 1979)	Trouxe conceitos de prática para os debates teóricos sociais da década de 1980.
Giddens (1984)	Forneceu o que era até então o relato mais claro de como a teoria das práticas podem transcender os dualismos de estrutura e agência.
Schatzki (1996, 2001, 2002, 2005)	Trabalhou o insight básico que tanto a ordem social quanto a individualidade são resultado de práticas.
Reckwitz (2002)	Elaborou o “tipo ideal de teoria das práticas”, um resumo das principais características comuns às abordagens mais proeminentes.

Shove, Pantzar e Watson (2012)	Adaptaram um quadro teórico no qual as práticas dependem da integração contínua de três elementos-chave: materiais, competência e significado.
--------------------------------	--

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Segundo Schatzki (1996) um dos principais diferenciais da teoria das práticas é o fato de não ser puramente individualista, nem holística. Em vez disso, ela apresenta imagens pluralistas e flexíveis da constituição da vida social que acomoda com sucesso complexidades, diferenças e particularidades. Sendo, portanto, consistente com muitas reivindicações críticas das teorias sociais contemporâneas ao fornecer um meio para reconhecer características ontológicas do pós-moderno sem ceder ao relativismo epistemológico. Seu insight básico é que tanto a ordem social quanto a individualidade são resultado de práticas (Schatzki, 1996, p. 13).

Em 2002, o sociólogo cultural Andreas Reckwitz procurou dar sentido a essa diversidade de abordagens e raízes até então existentes e, ao fazê-lo, forneceu um resumo convincente das principais características comuns às abordagens mais proeminentes, usando isso como uma plataforma para caracterizar um “tipo ideal de teoria das práticas” (Reckwitz, 2002, p. 244).

Para Reckwitz (2002) o valor da teoria das práticas é que incorpora uma apreciação da cultura, indo além das análises baseadas puramente em modelos de *homo economicus* ou *homo sociologicus*. Agir racionalmente e seguir as normas pressupõe compreensão e inteligibilidade que são as bases culturais necessárias para a existência das práticas (Reckwitz, 2002).

Para entender tal amplitude do paradigma teórico o pesquisador deve se envolver com a lógica central de como as práticas são produzidas, reforçadas e modificadas, além das consequências esperadas de tais práticas (Feldman; Orlikowski, 2011). A subseção a seguir focaliza nos conceitos de práticas que emergiram de tal panorama histórico.

2.2.2 Princípios e conceitos

As práticas são fenômenos sociais estudados em diversas disciplinas e, por isso, contam com uma multiplicidade de perspectivas, questões e oposições, não existindo uma abordagem de prática unificada (Nicolini, 2013; Schatzki, 2001; Welch; Warde, 2015). Ou seja, por vezes, “as teorias das práticas” podem ser referenciadas no plural por alguns autores, porque existem várias abordagens teóricas diferentes, embora relacionadas de acordo com a área de estudo.

O termo “prática” fascinou pensadores e gerou polêmicas nos últimos 150 anos de pensamento social (Schatzki, 1996). Conforme Nicolini (2013), “as teorias das práticas” são fundamentalmente projetos ontológicos no sentido de tentarem prover um novo vocabulário para descrever o mundo sob sua unidade de análise: as práticas. Acrescenta Reckwitz (2002) que a teoria das práticas não atribui o contexto social às qualidades mentais, ao discurso, ou à interação; ela representa o social em “práticas”, tratando-as como a menor unidade de análise social. Como estas são definidas, portanto, repousa no âmago de cada teoria, e escolher uma ou outra definição reduz a riqueza proveniente das diferentes abordagens (Nicolini, 2013).

Destarte, há uma distinção a ser feita entre prática e práticas, explicado por Reckwitz (2002, p. 249):

Em primeiro lugar, é necessário distinguir entre 'prática' e 'práticas' (em alemão há a útil diferença entre *Praxis* e *Praktiken*). 'Prática' (*Praxis*) no singular representa meramente um termo enfático para descrever toda a ação humana (em contraste com “teoria” e mero pensamento). “Práticas” no sentido da teoria das práticas sociais, porém, é outra coisa. Uma ‘prática’ (*Praktik*) é um tipo rotinizado de comportamento que consiste em vários elementos, interligados entre si: formas de atividades corporais, formas de atividades mentais, “coisas” e seu uso, um conhecimento prévio na forma de compreensão, know-how, estados de emoção e conhecimento motivacional. Uma prática – uma forma de cozinhar, de consumir, de trabalhar, investigar, cuidar de si ou dos outros, etc. – forma, por assim dizer, um ‘bloco’ cuja existência depende necessariamente da existência e interconexão específica desses elementos, e que não pode ser reduzido a nenhum desses elementos únicos.

Pela ausência de uma teoria das práticas totalmente integrada, o conceito de prática encontra uma certa variação entre os autores. Entretanto, conforme Warde (2005) é possível encontrar no campo teórico conceitos centrais e proposições-chave. A noção de *Praktik*, é aquela mais sobressalente para os teóricos da prática, pois define a prática como um comportamento rotinizado, que consiste em vários elementos interligados entre si, sendo particularmente instrutiva para a sociologia do consumo (Warde, 2005).

Acrescenta Giddens (1984) que além de serem entidades coordenadas de elementos, as práticas também requerem desempenho para sua existência, para serem continuamente recriadas através dos próprios meios pelos quais os atores se expressam, evidenciando o caráter recursivo da atividade humana.

Assim, Schatzki (1996) identifica duas noções centrais de prática: a prática como entidade ordenada e a prática como performance. A primeira noção, de entidade ordenada, trata

as práticas como variedades de ações que possuem um nexos disperso entre o espaço-tempo da forma de fazê-lo. Schatzi (1996, p. 89) explica:

Dizer que os fazeres e dizeres que formam uma prática constituem um nexos é dizer que eles estão ligados de certas maneiras. Três grandes vias de ligação estão envolvidas: (1) por meio de entendimentos, por exemplo, do que dizer e fazer; (2) por meio de regras, princípios, preceitos e instruções explícitas; e (3) por meio do que chamarei de estruturas 'teleoafetivas' que abrangem fins, projetos, tarefas, propósitos, crenças, emoções e humores.

Reckwitz (2002, p. 250) também explora tal nexos disperso de espaço-tempo, enquanto noção central da prática:

Uma prática é, assim, um modo rotineiro como os corpos são movidos, os objetos são manuseados, os sujeitos são tratados, as coisas são descritas e o mundo é compreendido. Dizer que as práticas são 'práticas sociais' é de fato uma tautologia: uma prática é social, pois é um 'tipo' de comportamento e compreensão que aparece em diferentes locais e em diferentes pontos do tempo e é realizado por diferentes corpos/mentes.

A segunda noção central, prática como performance, refere-se à realização das práticas, dos fazeres e dizeres que “atualiza e sustenta as práticas no sentido dos nexos” (Schatzki, 1996). A reprodução do nexos requer uma encenação regular (Warde, 2005). Acrescenta Reckwitz (2002, p. 250) que “essas atividades “mentais” convencionalizadas de compreender, saber como e desejar são elementos e qualidades necessários de uma prática da qual o indivíduo participa, não qualidades do indivíduo.”

Além de concordarem nas duas noções centrais de prática - a prática como entidade ordenada e a prática como performance – percebe-se nas definições de Schatzki e Reckwitz outro ponto em comum: os autores abordam elementos das práticas. Reckwitz (2002) traz como elementos das práticas: formas de atividades corporais, formas de atividades mentais, “coisas” e seu uso, um conhecimento prévio na forma de compreensão, know-how, estados de emoção e conhecimento motivacional. Já Schatzki (1996) trata de entendimentos, regras e estruturas teleoafetivas.

Não obstante, diversos outros teóricos das práticas tratam sobre os elementos que as constituem. Nos termos de Reckwitz, os elementos de uma prática – aqueles dos quais o 'bloco' é feito – estão ligados em e através de momentos integrativos da prática como performance, formando seu nexos (Reckwitz, 2002).

Nicolini (2013) defende que independente da diversidade de nomenclaturas, de maneira geral, os teóricos das práticas tratam de elementos como conhecimento, significado, atividade humana, ciência, poder, linguagem, instituições sociais e as transformações históricas enquanto componentes do “campo das práticas” - a interconexão das práticas humanas.

Enquanto paradigma teórico, a teoria das práticas ainda é uma paisagem intelectual com múltiplas fontes, influências e instâncias. Como tal, não há um cânone definitivo de teoria das práticas que seja amplamente aceito pela maioria dos estudiosos (Gherardi, 2006; Schatzki, 2001). Entretanto, há alguns princípios norteadores sobre os quais a teoria das práticas é atualmente compreendida e aplicada (Feldman; Orlikowski, 2011).

Conforme Feldman e Orlikowski (2011) fundamental para a teoria das práticas é a relação entre as circunstâncias específicas da ação e o mundo social em que a ação ocorre. Embora os vários teóricos das práticas enfatizem diferentes aspectos dessas relações e elaborem lógicas distintas, todas geralmente subscrevem a um conjunto chave de movimentos de teorização em que: (1) as circunstâncias específicas da ação são consequentes na produção da vida social, (2) os dualismos são rejeitados como forma de teorização, e (3) as relações são mutuamente constitutivas.

Quanto ao primeiro elemento chave, a teoria das práticas argumenta que as ações cotidianas resultam na produção dos contornos estruturais da vida social. Embora este princípio seja trabalhado de forma diferente entre os diferentes teóricos, o princípio geral da “consequencialidade” é encontrado em toda a teoria das práticas. Assim, a produtividade ou consequencialidade das práticas cotidianas é um tema consistente entre os principais teóricos da prática, seja através da lógica de estruturas sociais (Giddens, 1984), campo e habitus (Bourdieu, 1990), matrizes agrupadas de atividade humana (Schatzki, 2001) ou outras abordagens mais.

Para Bourdieu (1990), o “habitus” é um princípio de regulação de improvisações, que é objetivado nas instituições. Para Giddens (1984), as práticas são aquelas ações sociais que recursivamente produzem e reproduzem as estruturas que restringem e permitem as ações. Para Schatzki (2002), as matrizes agrupadas de atividade humana que constituem práticas decretam ordens sociais. MacIntyre (2007) descreve que o que faz de uma atividade uma prática é que a ação de se engajar nela é consequente para o desenvolvimento da atividade.

Um segundo princípio da teoria das práticas é a rejeição de dualismos, com conseqüente reconhecimento da relação inerente entre elementos que muitas vezes foram tratados dicotomicamente. Estes incluem posições conceituais como mente e corpo, cognição e ação, objetivo e subjetivo, estrutura e agência, individual e institucional, e livre arbítrio e determinismo (Reckwitz, 2002). A teoria das práticas encoraja o ceticismo em relação às oposições analíticas, fornecendo meios conceituais para redefinir e reintegrar conceitos que foram particionados e polarizados em outras teorias (Spaargaren, 2011).

A teoria das práticas de Bourdieu (1990), por exemplo, possui como foco central a desconstrução da noção tradicional de que o subjetivo e o objetivo são conceitos antagônicos e independentes. Além disso, o teórico destaca várias outras antíteses que o conceito de habitus visa transcender: de determinismo e liberdade, condicionamento e criatividade, consciência e inconsciente, indivíduo e sociedade (Bourdieu, 1990, p. 55).

No caso de Giddens (1984), um propósito primordial de seu trabalho é transcender o dualismo agência-estrutura. Giddens (1984, p. 2) explica “o domínio básico de estudo das ciências sociais, de acordo com a teoria da estruturação, não é a experiência do ator individual, nem a existência de qualquer forma de totalidade social, mas as práticas sociais ordenadas no espaço e no tempo”. Para o estudioso, é através das práticas que a constituição de agentes e estruturas não são dois conjuntos de fenômenos independentemente, um dualismo, mas representam uma dualidade.

Um terceiro princípio da teoria das práticas é a relacionalidade de constituição mútua, ou seja, nenhum fenômeno pode ser considerado independente de outros fenômenos. Os fenômenos sempre existem em relação uns aos outros, produzidos por meio de um processo de constituição mútua (Feldman; Orlikowski, 2011). Segundo Gherardi (2006, p. 31) tais práticas são chamadas de recursivas porque são “constantemente recriadas pelos mesmos meios pelas quais se expressam”. As interações específicas de fenômenos decorrentes da relacionalidade variam entre os estudiosos.

Giddens (1984) elaborou a teoria da estruturação, que preconiza que a atividade humana (agência) e as estruturas sociais (estrutura) que a moldam estão recursivamente relacionadas. Neste caso, não significa que apenas as ações recorrentes formam estruturas, mas que as estruturas estabelecidas também determinam as ações em curso (Shove; Pantzar; Watson, 2012). Apesar de não usar a linguagem da recursão, Bourdieu também propõe uma

relacionalidade em que a prática, o habitus e o campo produzem e reproduzem uns aos outros (Gherardi, 2006).

A noção de constituição mútua implica que as ordens sociais (estruturas, instituições, rotinas, etc.) não pode ser concebida sem compreender o papel da agência em produzi-los e, da mesma forma, a agência não pode ser entendida “simplesmente” como ação humana, mas deve ser entendida como sempre já configurado por condições. A natureza contínua desta relação constitutiva indica que as regularidades sociais estão sempre em construção; ou seja, são realizações contínuas (re)produzidas e possivelmente transformadas em todas as instâncias de ação (Gherardi, 2006; Reckwitz, 2002).

Os principais conceitos, noções centrais de prática, elementos das práticas e tópicos chave da teoria estão resumidos no Quadro 5.

Quadro 5 - Vocábulo da teoria das práticas.

Conceitos	Prática	Um tipo rotinizado de comportamento que consiste em vários elementos, interligados entre si (RECKWITZ, 2002).
	Vida social	Uma série de práticas recursivas, reproduzidas por agentes conhecedores e capazes, baseados em conjuntos de regras e recursos ligados a determinadas práticas sociais (SPAARGAREN, Theories of practices: Agency, technology, and culture Exploring the relevance of practice theories for the governance of sustainable consumption practices in the new world-order, 2011).
Noções centrais de prática	Entidade ordenada	As práticas como variedades de ações que possuem um nexos disperso entre o espaço-tempo da forma de fazê-lo (SCHATZKI, 1996).
	Prática como performance	A realização das práticas é o que atualiza e sustenta as práticas no sentido dos nexos (SCHATZKI, 1996).
Elementos das práticas	Schatzi (1996)	Entendimentos, regras e estruturas teleoafetivas.
	Reckwitz (2002)	Formas de atividades corporais, formas de atividades mentais, “coisas” e seu uso, um conhecimento prévio na forma de compreensão, know-how, estados de emoção e conhecimento motivacional.
	Shove, Pantzar e Watson (2012)	Materiais, competência e significado.
Tópicos chave da teoria	Feldman e Orlikowaki (2011)	1. As circunstâncias específicas da ação são consequentes na produção da vida social; 2. Os dualismos são rejeitados como forma de teorização; 3. As relações são mutuamente constitutivas.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Em resumo, segundo Spaargaren (2011) o que é reconhecido como de valor duradouro da construção da teoria das práticas é a compreensão da vida social como uma série de práticas recursivas, reproduzidas por agentes conhecedores e capazes, baseados em conjuntos de regras e recursos ligados a determinadas práticas sociais. Os agentes estão envolvidos na reprodução de uma série de práticas dentro de campos designados de vida, valendo-se de conjuntos específicos de regras e recursos constitutivo dessas práticas. Por causa

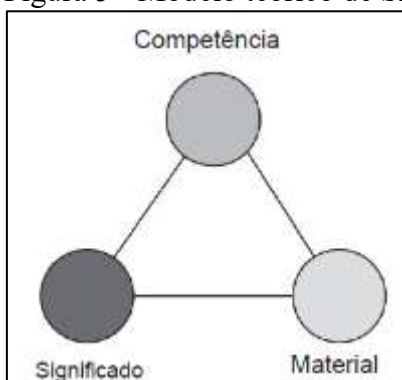
da ênfase nas práticas como “rotinas comportamentais compartilhadas”, o indivíduo não é mais no centro da análise. Práticas, em vez de indivíduos, tornam-se as unidades de análise que mais importam (Spaargaren, 2011).

Práticas que “produzem” e co-constituem os indivíduos e seus valores, conhecimentos e capacidades, e não o contrário. Olhar além do indivíduo não significa, no entanto, voltar à perspectiva estruturalista pura, que tende a esquecer a agência e a subjetividade. A teoria das práticas vai além dos indivíduos, mas enfatiza o fato de que subjetividade humana está no centro dos processos de estruturação, reprodução e mudança (Spaargaren, 2011). A subseção a seguir dedica-se a apresentar o modelo teórico da teoria das práticas, ressaltando como ocorrem os processos de mudança das práticas.

2.2.3 Modelo teórico

Com base em Reckwitz (2002), Shove, Pantzar e Watson (2012) adaptaram um modelo teórico, apresentado na Figura 5, no qual as práticas dependem da integração contínua de pelo menos três elementos-chave: (1) materiais (objetos materiais, artefatos, coisas, tecnologias e infraestrutura); (2) competências (diferentes formas de saber, compreensão, habilidades e competências); (3) significados (significados simbólicos, aspirações, emoções e ideias) (Shove; Pantzar; Watson, 2012). Conforme Blue (2016) o modelo sugere que a realização de práticas sociais, como ir de bicicleta para o trabalho ou jantar em família, envolve a integração desses “elementos genéricos”.

Figura 5 - Modelo teórico de Shove, Pantzar e Watson (2012).



Fonte: Adaptado de Shove, Pantzar e Watson (2012).

Quanto ao primeiro elemento, os materiais, quase não aparecem nos escritos de Giddens (1984) ou Bourdieu (1990), cujas teorias são de fato quase inteiramente sociais (Shove; Pantzar; Watson, 2012). No entanto, esses aspectos são importantes para vários teóricos das práticas. Røpke (2009), ao rever contribuições recentes para a teoria das práticas sugere que atualmente existe um amplo acordo de que as coisas devem ser tratadas como elementos da prática.

Schatzki defende que a prática é algo corporificado, materialmente mediado, estabelecendo matrizes da atividade humana centralizada em torno do entendimento compartilhado da prática (Schatzki, 2001) e explora as várias maneiras pelas quais “as práticas estão intrinsecamente conectadas e entrelaçadas com os objetos” (Schatzki, 2002, p. 106). Em outras palavras, trata-se de uma forma de “conhecimento tácito incorporado” (Bispo; Soares; Cavalcante, 2014).

Reckwitz (2002, p. 253) explica que as coisas estão centralmente e inevitavelmente aplicadas na produção e reprodução da prática: “Realizar uma prática muitas vezes significa usar coisas particulares de uma certa maneira. Pode parecer trivial sublinhar que para jogar futebol precisamos de bola e gols como “recursos” indispensáveis.”

Quanto ao segundo elemento do modelo teórico, as competências, observa-se que para a maioria dos teóricos, o know-how, conhecimento prévio e compreensão são considerados cruciais. Giddens (1984) descreve como consciência prática, habilidade deliberadamente cultivada ou, mais abstratamente, como entendimentos compartilhados de desempenho bom ou apropriado. Reckwitz (2002, p. 249) aborda como “um conhecimento prévio na forma de compreensão, know-how”. Já Schatzi (1996, p. 89) trata as competências como “regras, princípios, preceitos e instruções explícitas”.

Segundo Shove, Pantzar e Watson (2012), em seu modelo, competências referem-se a como o indivíduo agrupa múltiplas formas de compreensão e conhecimento prático sobre determinada prática; são essencialmente sobre como as ligações são feitas entre os elementos dos quais as práticas são compostas.

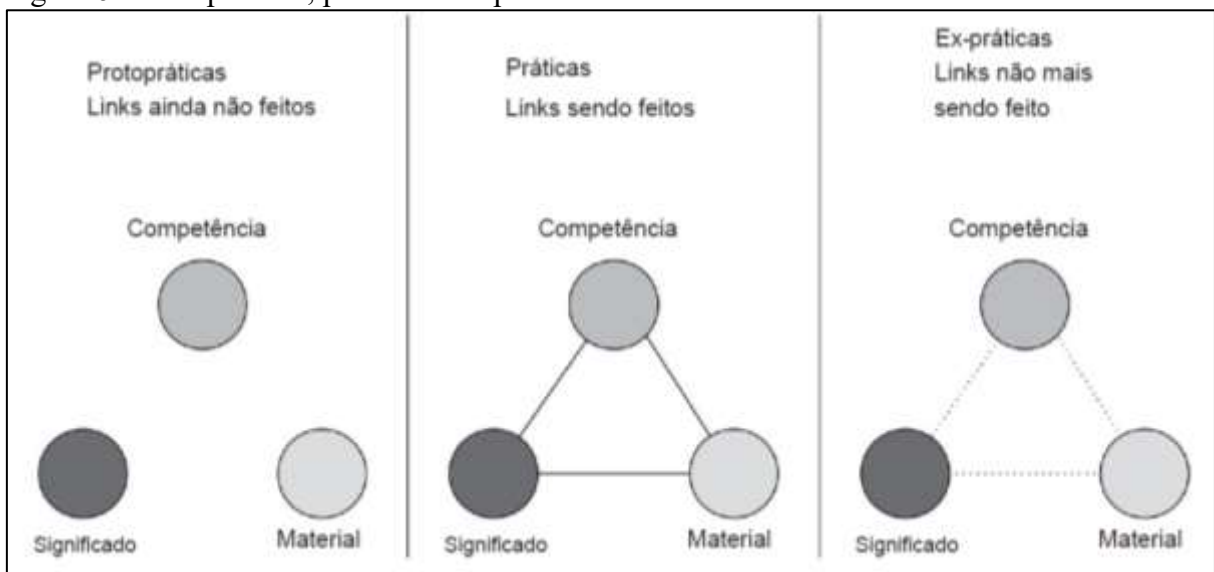
O terceiro e último elemento das práticas, os significados, retrata a representatividade social e simbólica do engajamento em determinada prática. Esse elemento é simbolizado nos trabalhos de Reckwitz (2002) como formas de atividades mentais, estados de emoção e conhecimento motivacional. Já na obra de Schatzki (1996), são as estruturas

“teleoafetivas” - que compreendem fins, projetos, tarefas, propósitos, crenças, emoções e humores – centrais para a organização e ordenação da prática e para a localização da prática social dentro de um contexto espacial e temporal.

O modelo de Shove, Pantzar e Watson (2012) pressupõe que os elementos das práticas definidos estão de alguma forma "lá fora no mundo", esperando para serem ligados entre si. “Compreender uma prática é entendê-la holisticamente, seus elementos, suas interconexões, sua história, sua integração, sua existência” (Ferreira; Christino, 2021, p. 7). Segundo Shove, Pantzar e Watson (2012), os elementos formadores de uma prática existem, possuem uma história, e a prática só passa a existir quando esses elementos são conectados e performados.

Da interdependência entre materiais, competências e significados, emergem três possibilidades teóricas relacionadas: a protoprática, na qual os elementos relevantes existem, mas não estão vinculados; as práticas, na qual os elementos estão interconectados formando o nexo da prática e permitindo sua performance, e; a ex-práticas, quando os vínculos não são mais sustentados e as práticas se desintegram (Shove; Pantzar; Watson, 2012). A Figura 6 ilustra esses três cenários.

Figura 6 - Protopráticas, práticas e ex-práticas.



Fonte: Adaptado de Shove, Pantzar e Watson (2012).

Nesse sentido, Shove, Pantzar e Watson (2012) ressaltam a centralidade da ligação: para que as configurações específicas permaneçam eficazes, as ligações entre os elementos

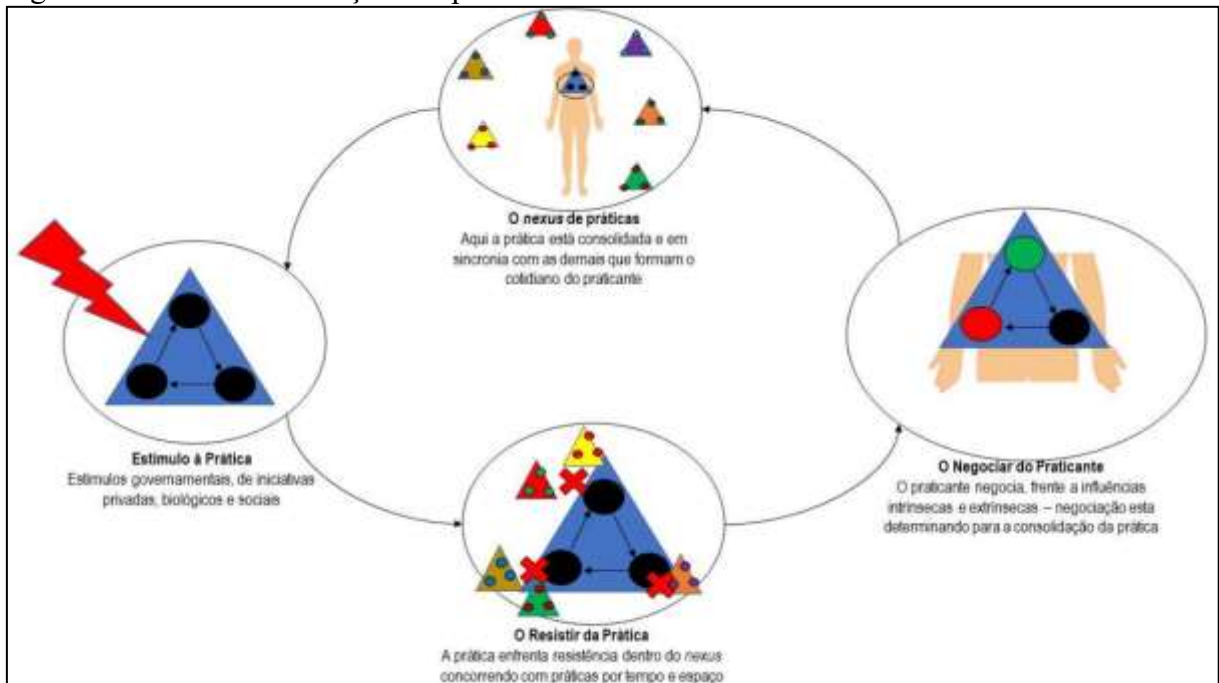
definidores têm de ser renovadas uma e outra vez. Isso sugere que estabilidade e rotinização não são pontos finais de um processo linear de normalização. Em vez disso, eles devem ser entendidos como realizações contínuas nas quais elementos semelhantes são repetidamente ligados de maneiras análogas. Assim, o modelo se propõe a revelar que as práticas dependem de combinações específicas de materiais, significados e competência; que a condução evolui à medida que esses ingredientes mudam; e que tais mudanças são, em parte, consequência do trabalho integrador envolvido (Shove; Pantzar; Watson, 2012).

Ferreira e Christino (2021) realizaram uma revisão sistemática de 15 anos da literatura das bases de dados da Web of Science e Scopus com o objetivo de propor uma operacionalização da teoria da prática aplicada ao consumo. Para Ferreira e Christino (2021) as mudanças e reestruturações nas práticas ocorrem incentivadas por estímulos que podem ser provenientes de iniciativas governamentais, empresariais, biológicas ou por estímulos sociais.

À partir da análise de diversos estudos relevantes sobre as práticas, Ferreira e Christino (2021) pontuam os critérios para que os estímulos sejam bem sucedidos e, de fato, auxiliem na evolução da prática: (a) considerar todos os elementos formadores da prática; (b) demarcar o escopo da prática, o que inclui conhecer todo o seu nexos, uma vez que uma prática não existe sozinha, mas em consonância com outras já estabelecidas no cotidiano do praticante – com tempo e espaço limitantes de sua dinâmica e; (c) relevar os contextos nos quais a prática está inserida – uma vez que dependendo do contexto, uma mesma prática pode ser performada de forma diferente. Dentro desse nexos existirão as práticas integrativas, que serviram de suporte, apoio e motivação de outras ou metapráticas (Ferreira; Christino, 2021).

Essas práticas tradicionais, já estabelecidas e formadas ao longo da vida do praticante, incorrem numa resistência quando o estímulo à evolução perturba a ordem do nexos, tornando-se assim práticas concorrentes, que competirão principalmente, por tempo e espaço e fatores delimitadores do cotidiano e estilo de vida dos atores. O praticante assume qual prática aderir a fim de adequá-las às suas demandas temporais e espaciais, aos significados concebidos ao longo da vida, e à sua inteligibilidade prática (Ferreira; Christino, 2021).. A Figura 7 demonstra o ciclo de evolução das práticas.

Figura 7 - O ciclo de evolução das práticas.



Fonte: Ferreira e Christino (2021, p. 9).

Blue (2016, p. 42) exemplificam a prática de fumar utilizando o modelo de Shove, Pantzar e Watson (2012):

Para dar um exemplo concreto, fumar regularmente depende de uma integração de materiais: não só cigarros, fósforos e isqueiros, mas também plantações de tabaco, fábricas, sistemas de transporte, infraestruturas de varejo, economia e assim por diante; competência: saber onde, quando e como fumar, por exemplo, não apenas como acender um cigarro e inalar, mas como fumar da maneira 'correta' para uma determinada situação social (por exemplo, fumar em uma cervejaria é claramente diferente de fumar no intervalo do trabalho), e; significado: entender fumar como uma coisa normal e socialmente aceitável a se fazer, variavelmente associada ao relaxamento, sociabilidade, masculinidade, glamour e dureza. É difícil fumar se um ou mais desses elementos estão faltando: se não houver isqueiro, nenhuma noção de fumar como uma coisa normal a fazer, ou nenhum conhecimento incorporado de como fumar, por exemplo. Na medida em que as práticas são constituídas por seus elementos, as práticas sociais mudam à medida que esses elementos são reconfigurados. De fato, os elementos materiais e simbólicos do tabagismo passaram por uma série de transformações ao longo do século passado.

A investigação dos elementos da prática de fumar, por Blue (2016), por meio do modelo de Shove, Pantzar e Watson (2012) permitiram inferências sobre como tal prática insaudável emerge e muda na sociedade, bem como prevenir e tratar a DCNT tabagismo. Isto posto, o uso do modelo teórico aplicado ao consumo alimentar por indivíduos em tratamento

de obesidade deve conduzir a entendimentos e contribuições semelhantes, focados na prática de consumo alimentar, determinante da DCNT obesidade.

Tal modelo teórico de Shove, Pantzar e Watson (2012) será utilizado como a terceira categorias do quadro teórico apresentado na subseção a seguir.

2.3 Quadro teórico: a conexão entre teoria das práticas, consumo e consumo alimentar.

Conforme Warde (2005) existe hoje um enorme corpo de trabalho sobre consumo que ainda carece de consolidação teórica, mesmo dentro de uma única disciplina - inclusive, na sociologia. O termo “consumo”, como usado atualmente, é um conceito sincrético, apresentando uma ambivalência crônica entre dois sentidos contrastantes, de compra e de uso, ambos igualmente inscritos na linguagem cotidiana e na análise acadêmica. Apesar da importância da compra de mercadorias no fornecimento das condições da vida cotidiana, o consumo não pode ser restrito nem definido pela troca de mercado. Enquanto a economia se preocupa predominantemente com os termos de troca, outras ciências sociais concentram-se no significado simbólico e no uso dos itens (Warde, 2005).

Desde a virada do século XXI, a pesquisa sociológica do consumo tem um forte foco no consumo comum e rotineiro. Shove (2010) explica que a ênfase exagerada nas atitudes, comportamentos e escolhas dos indivíduos no consumo foram sujeitas a extensa crítica na literatura. Em resposta, segundo Evans (2019), o desenvolvimento de abordagens sociológicas para o consumo, em sua maior parte, seguiu sugestões da teoria das práticas.

Uma abordagem do consumo através da teoria das práticas surgiu nos estudos de sociologia do consumo, como parte de uma nova onda de interesse em teoria das práticas, emanando de um desejo de ir além do dualismo dominante de agência-estrutura em oposição nesse campo teórico (Ropke, 2009). Segundo Warde (2014) a teoria das práticas fornece uma estrutura analítica geral para a compreensão do consumo, cujas ênfases capturem aspectos importantes e relevantes negligenciados pelas abordagens anteriormente dominantes do consumo - modelos de escolha individual e expressivismo cultural -, oferecendo uma lente para ampliar aspectos de processos sociais comuns que geram padrões observáveis de consumo (Warde, 2014).

Evans (2019) explica que observar o consumo pelas lentes da teoria das práticas parte da posição ontológica de que as “práticas” – em contestação aos indivíduos, estruturas

sociais ou discursos – são o locus primário do social. Acrescenta Castañeda (2010) que uma análise dos fenômenos do consumo à luz de teoria das práticas envolve noções de conduta que observam as regras da rotina, da emoção, do materialismo e do desejo. Muitas práticas estão envolvidas no consumo que, portanto, não pode ter uma definição restrita, considerando apenas a troca nos mercados (Castañeda, 2010; Evans, 2019).

A teoria das práticas começou a ser aplicada explicitamente à análise do consumo apenas em 2005 com o artigo de Warde intitulado "Consumption and theories of practice", que é considerado a primeira aplicação programática da teoria das práticas no campo do consumo, seguindo uma linhagem clara de Schatzki (1996) e Reckwitz (2002) (Røpke, 2009; Welch; Warde, 2015).

Para explicar o consumo pela ótica da teoria das práticas, Warde (2005) procura ampliar o conceito de práticas ao distinguir entre práticas dispersivas — que compreendem um “como fazer” e o compartilhamento coletivo do conhecimento — e integrativas, que constituem domínios particulares da vida social, podendo incluir outras práticas dispersivas (Castañeda, 2010; Warde, 2005).

No referido artigo, Warde (2005) traz uma perspectiva de consumo como um momento em quase todas as práticas e não como a prática em si, estabelecendo que boa parte do consumo ocorre não por si só, mas dentro e por causa das práticas. Logo, as práticas são ontologicamente anteriores às ações e são elas que orientam o consumo, da mesma forma que quase todas, se não todas, as práticas integrativas, exigem e implicam o consumo (Warde, 2005).

“Práticas integrativas” são, segundo Schatzki (1996, p. 98) “as práticas mais complexas encontradas e constitutivas de domínios particulares da vida social”. Estas incluem, às vezes de forma especializada, práticas dispersas, que fazem parte dos componentes do dizer e do fazer que permitem a compreensão das práticas integrativas, juntamente com a capacidade de seguir as regras que regem a prática e sua particular estrutura teleoafetiva. Segundo Warde (2005) estas são as práticas que geralmente interessam à sociologia do consumo.

Pela ótica das práticas integrativas, o consumo em si não é uma prática, mas sim um momento em quase todas as práticas. De uma maneira geral, os itens são apropriados e a sua forma de implantação são regidos pelas convenções da prática. A apropriação ocorre dentro das práticas: os carros são gastos e a gasolina é queimada no processo de automobilismo (Warde, 2005).

Com esta perspectiva, Warde (2005, p.146) entende que “o conceito de "consumidor" [...] evapora. Em vez disso, os principais pontos focais tornam-se a organização da prática e os momentos de consumo impostos”. Warde (2005, p.137) define:

Entendo o consumo como um processo pelo qual os agentes se engajam na apropriação e apreciação, seja para fins utilitários, expressivos ou contemplativos, de bens, serviços, performances, informações ou ambientes, adquiridos ou não, sobre os quais o agente tem algum grau de discricção.

Sobre a definição de consumo pela teoria das práticas de Warde, Castañeda (2010, p. 250) explica que o consumo pode ser entendido como um processo em que os consumidores constituem os agentes das práticas de consumo e se engajam em atos de apropriação e apreciação de bens, serviços, experiências, informações ou ambientes, comprados ou não. Para tal, apresentam algum grau de discernimento para atender a propósitos diversos: utilitários, expressivos ou contemplativos, entre outros (Castañeda, 2010).

Assim, o consumo pode ser considerado uma prática dispersiva porque ocorre em diferentes lugares, frequentemente, de forma inescapável e momentânea, sem muito foco para grande parte dos indivíduos, indo além do que as pessoas podem registrar ou refletir, seguindo um arranjo de regras socialmente já determinadas. Adicionalmente, as práticas de consumo são integrativas porque envolvem nexos de fazeres e discursos que estão relacionados com outras práticas – cozinhar, exercitar-se, relacionar-se, trabalhar, receber - tanto com o que as pessoas têm afinidade em consumir, quanto com o que evitam consumir (Castañeda, 2010; Evans, 2019).

A definição de consumo de Warde (2005), segundo Evans (2019), aponta para a apropriação e a apreciação como momentos – ou evoluções no engajamento - do consumo. Em outros trabalhos mais recentes, Warde emprega o conceito de aquisição ao lado de apropriação e apreciação, e sugere que elas são “as três dimensões fundamentais do consumo” (Warde 2014, p. 281). Portanto, dos trabalhos de Warde extrai-se que existem três momentos concretos de consumo (aquisição, apropriação, apreciação) que surgem dentro e por causa das práticas. Estes três “As” são explicados em Evans (2019):

Aquisição: refere-se aos processos de troca e às formas pelas quais as pessoas acessam os bens, serviços e experiências que consomem - convida a questões sobre os arranjos políticos, econômicos e institucionais que sustentam a produção e entrega, e o volume e distribuição do consumo.

- a) **Apropriação:** refere-se ao que as pessoas fazem com os bens, serviços e experiências depois de adquiridos. Ela convida a focar em como os objetos de troca comercial podem ganhar significado ou ser incorporados à vida cotidiana das pessoas. Por exemplo, quando uma mercadoria assume um significado particular para alguém – uma roupa que é apreciada por favorecer o físico ou servir como um lembrete de uma experiência compartilhada com um outro significado – diz-se que foi apropriada.
- b) **Apreciação:** refere-se às maneiras pelas quais as pessoas obtêm prazer e satisfação com o consumo. Ele convida a um foco nas estruturas de julgamento moral, social e estético e lembra as noções bourdieusianas de gosto, distinção e estratificação.
- c) Assim, conforme Warde (2005) o padrão de consumo de um indivíduo é a soma dos momentos de consumo que ocorrem na totalidade de suas práticas. Se o indivíduo é apenas o ponto de interseção de muitas práticas, e as práticas são a base do consumo, surge uma nova perspectiva sobre o comportamento do consumidor. Novas explicações das identidades contemporâneas e do papel do consumo na formação da identidade se apresentam. Cada indivíduo adquire itens de diferentes práticas. Padrões de consumo – de gastos, posses, portfólios de atividades culturais – podem, portanto, ser explicados e contabilizados em parte pelo volume de práticas e comprometimento com as práticas.

A principal implicação da teoria das práticas é que as fontes da mudança de comportamento estão no desenvolvimento das próprias práticas. O conceito de prática combina inerentemente a capacidade de dar conta tanto da reprodução quanto da inovação (Reckwitz, 2002). Então, sob a ótica da teoria das práticas, observar o consumo é identificar como se dão os nexos entre os elementos das práticas e como eles se reorganizam e evoluem ao longo da execução da prática em termos de relevância e significado (Warde, 2005).

As consequências da contribuição de Warde no campo do estudo do consumo sob a ótica da teoria das práticas, conforme Evans (2019), não são triviais. Em primeiro lugar, sugere que as explicações devem ir além do arbítrio dos indivíduos soberanos, a fim de explorar os requisitos compartilhados para realizar um desempenho satisfatório de uma prática particular. Em segundo lugar, expande o olhar dos estudos sobre consumo além das “compras” - que é

uma prática que envolve momentos claros e múltiplos de consumo - para abranger um foco em atividades que não são coloquialmente entendidas como “consumir” (Evans, 2019).

Assim como os estudos de consumo em sentido amplo revelaram (Warde, 2005, 2016; Shove, 2010) de acordo com House (2019), a aplicação de teoria das práticas ao estudo do consumo alimentar, especificamente, também indicou como as noções de “escolha do consumidor” podem oferecer uma compreensão limitada do consumo alimentar. Embora as preferências e percepções individuais indubitavelmente exerçam alguma influência na ingestão alimentar, o consumo alimentar ocorre sempre no interior de diferentes práticas sociais dentro dos ritmos e rotinas da vida diária das pessoas (House, 2019).

Além das práticas diretamente associadas ao abastecimento e alimentação, a prática de consumo alimentar inclui práticas que de alguma forma têm relação com o consumo alimentar, como práticas de trabalho, práticas de cuidado, práticas de viagem e assim por diante (Halkier; Jensen, 2011; Warde, 2016). Os eventos de consumo alimentar podem ser situados dentro de (potencialmente concorrentes) “metapráticas” encenadas por meio de um emaranhado de práticas interdependentes, como maternidade (Molander, 2011), “consumo crítico” (Bellotti & Mora, 2016) e consumo alimentar ético ou ambiental (Fonte, 2013).

Os estudos sobre alimentação têm sido tradicionalmente ligados a dois campos: nutrição e agricultura. No entanto, ambos têm esquecido de conectar essas questões com a natureza mais social e estruturante do ato de comer. Apesar de anos de tradição de estudos de consumo, pesquisa sobre alimentação permanecem amplamente focadas no produto, produção e abastecimento, com pouca atenção prestada aos aspectos mais sociais e simbólicos da alimentação, como refeições e relações (Warde, 2016).

Warde (2016, p. 23) observa que "as pesquisas teóricas no campo da alimentação têm sido decepcionantes", algo que buscou modificar com uma abordagem teórico-prática em seu livro publicado em 2016 intitulado “The practice of eating”. Este trabalho constituiu mais uma empreitada de Alan Warde sobre consumo (Warde, 2005; 2014), desta vez buscando consolidar um referencial teórico sintético para os estudos do consumo e da alimentação por meio da teoria das práticas.

De acordo com Lindblom (2019), Warde se propõe a posicionar a alimentação como parte da trajetória das teorias do consumo. Outros trabalhos foram publicados pelo autor sobre os estudos do consumo alimentar a exemplo do capítulo de livro intitulado “What sort of

practice is eating?” (Warde, 2013) e o artigo “Changes in the practice of eating: a comparative analysis of time-use” (Warde, 2007).

Em seu livro, Warde visa a delinear "um pequeno conjunto de conceitos consistentes e relacionados" (Warde, 2016, p.53) capturando os aspectos corporais, culinários e sociais da alimentação. Para que o consumo alimentar pudesse ser estudado enquanto objeto científico, Warde (2016) objetivou o ato de comer sob três categorias analíticas:

- a) eventos e ocasiões, que se constituem com base em três dimensões – o tempo, a localização e a companhia –, as quais, por sua vez, geram significados culturais e sociais em relação às performances do comer a partir das suas justaposições e permutações;
- b) a comida, os menus e os pratos, que juntos definem o que é elegível comer, ou seja, para além de uma escolha individual, esses elementos conformam um padrão social e cultural detectável nas performances relativas ao comer;
- c) “incorporação”, que envolve questões como dietas, desordens alimentares, saúde e suas relações com autodisciplina e autocontrole e “modos à mesa”, evidenciando a dimensão estético-afetiva das preferências alimentares e as técnicas corporais que são aprendidas e são colocadas em prática em cada contexto social para alimentação.

Warde (2016, p. 78) acredita que estas três categorias elementares são aplicáveis a qualquer estudo empírico de consumo alimentar e fornecem uma base para coleta e análise de dados, sendo possível evidenciar as práticas do comer sob diversas dimensões, tanto culturais, como sociais e biológicas. De acordo com Johnston (2018) embora esta análise em três partes ofereça clareza, a maior utilidade dos estudos do consumo alimentar sob a ótica da teoria das práticas reside na descentralização da noção comum de que a escolha individual do consumidor constitui o esteio do mundo alimentar.

Como estudiosos como Giddens e Bourdieu argumentam, muitas escolhas envolvem pouco em termos de deliberação formal e reflexiva e, em vez disso, dependem fortemente de hábitos, rotinas e consciência prática incorporada. Entender como se compra alimentos, pede-se uma refeição ou escolhe-se o cereal matinal acaba sendo apenas indiretamente relacionado à consciência formal. Ao focar a atenção em hábitos, rotinas e

consciência prática, Warde (2016) fornece melhores explicações para a prática de consumo alimentar (Johnston, 2018).

De acordo com Lindblom (2019), Warde especifica ainda que a prática de comer está longe de ser um caso singular e direto. Warde (2016) introduz um conceito teórico adicional – a prática composta – visando a captar a complexidade da alimentação, constituída essencialmente por várias práticas integrativas adjacentes (como comprar e preparar a comida, decifrar o que é comestível, que formas de alimentação e refeições são adequadas a que ocasiões, etc.).

Cada prática integrativa é regida por uma lógica particular, como, por exemplo, a etiqueta, que possui suas regras de condutas próprias, vindo a influenciar sobre o que se come, onde se come, como se come e com quem se come. Porém, o ato de comer não é definido somente por essa prática integrativa de etiqueta, mas também é composto por outras práticas, como a redação dos manuais de cozinha, ou mesmo a definição da composição do menu, ou ainda a origem e a forma de produção do próprio alimento (Schubert, 2017).

Diante do exposto, um quadro teórico é proposto (Quadro 6) com base nas principais definições da literatura acadêmica sobre teoria das práticas, consumo e consumo alimentar, evidenciando suas relações e interseções.

Quadro 6 - Quadro teórico: a conexão entre teoria das práticas, consumo e consumo alimentar

Categoria	Unidades de registro	Significado das unidades de registro
Categoria 1 - As três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar (Warde, 2016)	C1U1 - Eventos e ocasiões	Tempo
		Localização
		Companhia
	C1U2 - A comida, os menus e os pratos	O que é elegível comer, enquanto padrão social e cultural detectável.
	C1U3 - Incorporação	Desordens alimentares
		Dieta (Autodisciplina e autocontrole)
		Saúde
Disjunções entre hábitos pessoais e padrões sociais		
	Dimensão estético-afetiva das preferências alimentares.	
	Modos à mesa	
Categoria 2 - A prática de consumo alimentar composta por suas práticas integrativas (House, 2019; Warde, 2016).	C2U1 - Práticas integrativas subjacentes ao consumo alimentar	Os eventos de consumo alimentar podem ser situados dentro de “metapráticas” encenadas por meio de um emaranhado de práticas interdependentes.
Categoria 3 - Os elementos da prática de consumo alimentar	C3U1 - Materiais	Referem-se a objetos materiais, artefatos, coisas, tecnologias e infraestrutura.

(Blue, 2016; Reckwitz, 2002; Schatzki, 2001, 2002; Shove; Pantzar; Watson, 2012)	C3U2 - Competência	Diferentes formas de saber, compreensão, habilidades e competências.
	C3U3 - Significado	Significados simbólicos, aspirações, emoções e ideias.
Categoria 4 - As três dimensões fundamentais do consumo que surgem dentro e por causa das práticas (Warde, 2005, 2014)	C4U1 - Aquisição	Os processos de troca e às formas pelas quais as pessoas acessam os bens, serviços e experiências que consomem.
	C4U2 - Apropriação	Como os objetos de troca comercial podem ganhar significado ou ser incorporados à vida cotidiana das pessoas.
	C4U3 - Apreciação	Obtenção do prazer e satisfação com o consumo.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Segundo Warde (2016), concentrar-se nas três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar (categoria 1) e nas suas práticas integrativas (categoria 2) evidencia questões como incorporação, objetos materiais e convenções à tona, relevando o papel dos hábitos, rotinas e consciência prática do consumidor. Explorando tais categorias, o modelo visa a explicar a relação entre os alimentos consumidos, o processo de incorporação no corpo e a organização social em torno da alimentação. Warde (2016) sustenta que todas as performances de consumo alimentar envolvem a permutação dos três elementos interrelacionados e das práticas integrativas, e que os conceitos associados constituem uma estrutura analítica eficaz para descrever padrões de comportamento e como se modificam, no caso, ao longo do tratamento da obesidade.

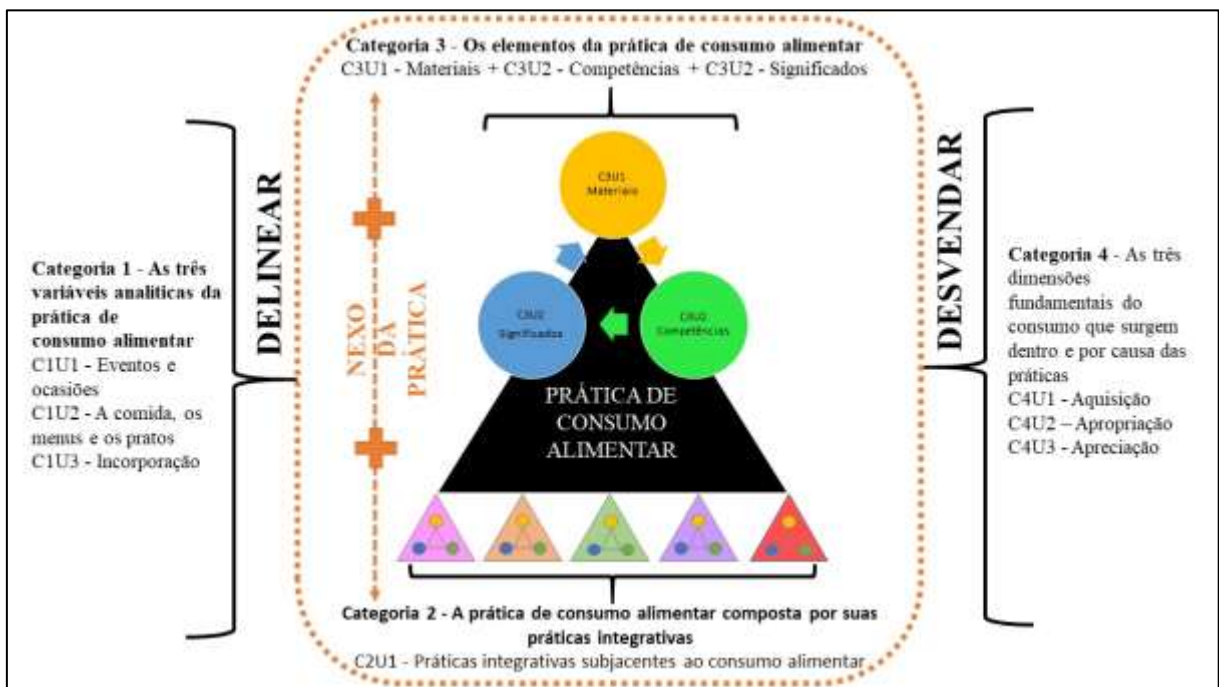
Adicionalmente, o modelo de Shove, Pantzar e Watson (2012) (apresentado na subseção 2.2.3) ao apoiar-se basilarmente nos trabalhos de Reckwitz (2002) - reconhecidamente um dos maiores teóricos das práticas, sem deixar de se enriquecer de outros grandes teóricos seminais como Giddens (1984), Bourdieu (1990) e Schatzki (1996, 2001, 2002) - oferece a dupla vantagem de tornar a aplicação empírica da teoria das práticas mais viável e inteligível, frente às oscilações teóricas existentes sobre “as teorias das práticas”, ao passo que abrange e não negligencia o extenso arcabouço teórico existente nesse campo do conhecimento. Ele desmembra em categorias simples os elementos da prática de consumo alimentar (categoria 3) - materiais, competências e significados – permitindo compará-los antes e durante o tratamento da obesidade.

Por fim, dos trabalhos de Warde (2005, 2014) extrai-se que existem três momentos concretos de consumo (categoria 4) - aquisição, apropriação, apreciação - que surgem dentro e

por causa das práticas, de modo a evidenciarem as características de envolvimento do indivíduo com a prática de consumo alimentar antes e durante o tratamento da obesidade.

A Figura 8 apresenta em esquema de imagem a proposta do quadro teórico e a relação entre as categorias. Primeiramente, o estudo da categoria 1 permite delinear a prática de consumo alimentar. A partir desses contornos, é possível identificar o nexo da prática – composto pelas práticas integrativas (categoria 2) e os elementos da prática (categoria 3). De posse das informações das três categorias, desvenda-se as três dimensões fundamentais do consumo que surgem dentro e por causa das práticas de consumo alimentar (categoria 4).

Figura 8 - Esquema gráfico do quadro teórico: a conexão entre teoria das práticas, consumo e consumo alimentar.



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Em resumo, o quadro teórico visa a fornecer uma matriz de análise capaz de comparar as mudanças nas práticas de consumo alimentar antes e durante o tratamento de obesidade. A proposta de estudo do quadro teórico reflete a necessidade de empreender um exame detalhado de como os nexos são adquiridos e, então, adaptados para o desempenho específico do consumo alimentar e o que muda nesses nexos entre antes e durante o tratamento de obesidade. Nesse sentido, as práticas possuem desenvolvimentos e histórias que podem oferecer respostas para entender porque as pessoas fazem o que fazem e da forma que fazem e

porque essas práticas mudam após o início do tratamento da obesidade, quando se trata do seu consumo alimentar (Warde, *Consumption and theories of practice*, 2005).

3 METODOLOGIA

Esta seção apresenta o detalhamento da metodologia de pesquisa que será utilizada com o objetivo de investigar as mudanças nas práticas de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade.

3.1 Delineamento da pesquisa

Epistemologicamente, por utilizar como base a teoria das práticas, notadamente do campo das ciências sociais, a presente pesquisa possui caráter interpretativista. O interpretativismo é uma perspectiva teórica que se contrapõe ao positivismo, pois desenvolve interpretações da vida social e do mundo sob uma perspectiva cultural e histórica (Esteban, 2010). Este paradigma busca entender o mundo pelo ponto de vista dos atores, em um nível de experiência subjetiva, visto que os fenômenos sociais não são entidades objetivas, mas regras e significados que evoluem nas ações de seus atores (Scherer, 2005).

Assim, conforme Scherer (2005), o mundo social é construído pela interação entre indivíduos; a realidade não é dada, é construída, é um processo de interpretação a partir do qual o pesquisador pode interferir e construir sua pesquisa. Mais do que considerar uma realidade, são consideradas múltiplas, como resultado da construção social oriunda das experiências e interação dos indivíduos (Creswell; Creswell, 2021).

Como os fenômenos não irão existir fora da interpretação do observador, a análise de forma objetiva não é possível, portanto são utilizados métodos qualitativos em pesquisas interpretativista, uma vez que os métodos quantitativos podem levar a observações errôneas (Marsh; Furlong, 2002). Assim, quanto à natureza, a pesquisa em questão é classificada como qualitativa. Conforme Flick (2009) o valor da pesquisa qualitativa para o estudo das relações sociais deve-se ao fato da pluralização das esferas da vida, permitindo a análise de casos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos.

Acrescenta Creswell e Creswell (2021) que a pesquisa qualitativa é uma pesquisa interpretativista por essência, com o investigador tipicamente envolvido numa experiência intensiva com os participantes, na qual busca compreender os indivíduos em seus contextos específicos, utilizando uma abordagem aberta que revele os significados e símbolos. Concorda

Triviños (1987) que o uso da descrição qualitativa procura captar não só a aparência do fenômeno como também suas essências, procurando explicar sua origem, relações e mudanças, e tentando intuir as consequências. Ainda, segundo Gil (1999), o contato direto com a situação estudada, permite ao pesquisador buscar o que é comum, mas permanecendo aberto para perceber a individualidade e os significados múltiplos.

Nos estudos interpretativistas e qualitativos, bem como sobre teoria das práticas, o “significado” que as pessoas dão às coisas e à sua vida é foco de atenção especial pelo pesquisador. Nesses projetos há sempre uma tentativa de capturar a “perspectiva dos participantes”, isto é, examina-se como os informantes encaram as questões que estão sendo focalizadas, ou para o propósito específico desse estudo, como os indivíduos em tratamento de obesidade revelam a prática de consumo alimentar antes e durante o tratamento da obesidade (Bogdan; Biken, 2003).

Para Flick (2009) os aspectos essenciais de qualidade da pesquisa qualitativa consistem na escolha correta de métodos e teorias oportunos, no reconhecimento e na análise de diferentes perspectivas, nas reflexões dos pesquisadores a respeito de sua pesquisa como parte do processo de produção de conhecimento, e na variedade de abordagens e métodos. Nesse sentido, buscou-se a validade e qualidade da presente pesquisa através do adequado ajustamento entre teoria, prática e metodologia, por meio da escolha da teoria das práticas como instrumento metodológico adequado de investigação do consumo alimentar, conforme apresentando no quadro teórico (Quadro 6) da subseção 2.3. Este embasa a coleta de dados em entrevista semiestruturada, que foram tratados através do método desenvolvido por Bardin (2016) para análise de conteúdo seguindo uma abordagem qualitativa e interpretativista.

Diante do exposto, o presente estudo não busca generalizações e saturações, mas compreender a prática de consumo alimentar para os indivíduos em tratamento de obesidade, entendendo que tal prática é embebida de significados e símbolos múltiplos que apenas podem ser obtidos através de uma perspectiva de pesquisa sem conceitos pré-estabelecidos (abordagem qualitativa) e que permita múltiplas compreensões (abordagem interpretativista). Tal processo amplo, visa também a amparar a investida de comparar a prática de consumo alimentar antes e durante o tratamento de obesidade.

3.2 Sujeitos da pesquisa

A ABESO e a SBEM (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia) lançaram em conjunto um documento oficial que propõe uma nova maneira de classificar a obesidade baseada na trajetória do peso, intencionando a melhor avaliar a redução da obesidade e possíveis benefícios subjacentes do tratamento. Segundo os autores, até hoje, a maior parte das pessoas ainda acredita que o objetivo do tratamento da obesidade seja “normalizar” o IMC, como se só assim, tornando-se magro, fosse possível obter benefícios clínicos e ter um organismo mais saudável. Contudo, uma perda de peso modesta — geralmente acima de 5% — já está relacionada a vantagens para a saúde, independentemente do valor do IMC ao final do tratamento que levou a esse emagrecimento (Halpern, 2022).

A proposta da ABESO e SBEM parte do peso máximo que uma pessoa alcançou na vida — com exceção de peso da gravidez, lactação ou o de outras situações especiais. Depois, avalia-se o quanto de peso ela já perdeu no seu processo de emagrecimento e calcula-se a porcentagem que essa perda representaria daquele valor mais alto. Para quem tem um IMC entre 30 e 39,9 kg/m² - obesidade grau I (IMC de 30,0 a 34,9) e obesidade grau II (IMC de 35,0 a 39,9) -, perdas que representem de 5% a 10% do valor mais alto de peso corporal alcançado na vida indicam uma obesidade reduzida. Já perdas acima de 10% apontam para uma obesidade controlada, com uma redução de risco importante para a saúde. Se, no entanto, o indivíduo tem um IMC igual ou maior do que 40kg/m² (obesidade grau III), para a obesidade ser considerada reduzida, a perda deve representar mais de 10% do peso mais alto e deve ultrapassar 15% para caracterizar a obesidade controlada (Halpern, 2022).

Aspirando investigar as mudanças permanentes de prática de consumo alimentar que mantém a obesidade controlada, os sujeitos da pesquisa são indivíduos em tratamento de obesidade que mantém a obesidade controlada. Por se tratar de uma doença crônica que não tem cura, considera-se que uma vez obeso e em tratamento, o indivíduo sempre estará em tratamento. Ou seja, para serem participantes, devem ter sido diagnosticados com tal DCNT, estar voluntariamente em tratamento e manter a obesidade controlada nos parâmetros de (Halpern, 2022).

De acordo com Creswell e Creswell (2021) a ideia por trás da pesquisa qualitativa é a seleção intencional dos participantes que podem auxiliar de forma mais efetiva o pesquisador no entendimento do problema e da questão de pesquisa. Tais sujeitos foram

recrutados intencionalmente através do círculo social da entrevistadora, que conhecia os participantes e seu processo longo de controle da obesidade. Para manter o anonimato, os sujeitos não tiveram os seus nomes revelados e foram substituídos por números. Por questões éticas, não foram acessados documentos ou exames médicos dos participantes, os indivíduos deverão se autodeclarar obesos e em tratamento.

Por fim, cabe mencionar que a presente pesquisa buscará constituir um grupo de indivíduos que consiga de fato expressar e construir conhecimento sobre a prática de consumo alimentar. Charmaz (2006) acena que a extensão do objeto e a complexidade do estudo é que devem orientar o tamanho da amostra. Segundo as recomendações de Trivinõs (1987, p. 132):

[...] uma espécie de representatividade do grupo maior dos sujeitos que participarão no estudo. Porém, não é, em geral, a preocupação dela a quantificação da amostragem. E, ao invés da aleatoriedade, decide intencionalmente, considerando uma série de condições (sujeitos que sejam essenciais, segundo o ponto de vista do investigador, para o esclarecimento do assunto em foco; facilidade para se encontrar com as pessoas; tempo do indivíduo para as entrevistas, etc.)

Portanto, selecionou-se intencionalmente os participantes, sem buscar a saturação das informações, mas sim a profundidade no tratamento dos relatos. A amostra refletiu, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões do fenômeno estudado. Por isso, preocupou-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão (Minayo, 2017).

3.3 Coleta de dados

Os métodos qualitativos não são construídos a partir de uma teoria ou uma abordagem metodológica unificada, podendo adotar várias posturas e técnicas, incluindo o uso de observação, entrevista e análise de documentos influenciada pelo tipo de paradigma de pesquisa adotado pelo pesquisador (Gray, 2012). Ele emprega diferentes concepções filosóficas, estratégias de investigação, métodos de coleta, análise e interpretação de dados (Creswell; Creswell, 2021).

De acordo com Creswell e Creswell (2021) os passos para a coleta de dados incluem o estabelecimento dos limites para o estudo por meio de grupos e recrutamento; a coleta de informações a partir de observações e entrevistas não estruturadas ou semiestruturadas, assim

como de documentos e materiais visuais; e também o estabelecimento do protocolo para registro das informações.

O primeiro passo da coleta de dados foi exposto persistentemente na subseção anterior, que trata sobre a seleção dos sujeitos da pesquisa. Seguindo para a segunda etapa da coleta de dados segundo Creswell e Creswell (2021), optou-se pelo método de entrevista, mais especificamente, semiestruturada, em consonância com o objetivo deste estudo e com as categorias do quadro teórico da subseção 2.3 (Quadro 6). De acordo com Gil (1999), a entrevista é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizadas nas pesquisas sociais, pois apresenta maior abrangência, eficiência na obtenção dos dados, classificação e quantificação.

Corroborando Flick (2009) que a pesquisa qualitativa trabalha essencialmente com dois tipos de dados: os dados verbais, que são coletados em entrevistas semiestruturadas e, com as narrativas. Em consonância com o autor, a presente pesquisa fez uso de entrevistas semiestruturadas, momento nas quais puderam ser observadas narrativas adicionais que permitiram cumprir o objetivo de investigar as mudanças na prática de consumo alimentar antes e durante o tratamento de obesidade, além de compará-las.

Manzini (1990) define a entrevista semiestruturada em roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Acrescenta Triviños (1987) que a entrevista semiestruturada tem o objetivo de realizar questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses relacionadas diretamente à pesquisa, para descrição de fenômenos sociais, bem como para a sua explicação e a compreensão de sua totalidade. Geralmente, as entrevistas semiestruturadas baseiam-se em um roteiro constituído de “[...] uma série de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista” (Laville; Dionne, 1999, p. 188).

Portanto, um roteiro de entrevista semiestruturada de 71 questões foi elaborado, convergente com os objetivos da pesquisa e o quadro teórico (Quadro 6) e adaptável à análise da investigação pretendida, com base na literatura acadêmica de referência em obesidade, consumo alimentar e teoria das práticas. Os tópicos da entrevista são apresentados no Quadro 7 e o roteiro de entrevista completo no APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA. O instrumento é composto basicamente por questões subjetivas, visando a maior captação possível de símbolos e significados na coleta e no tratamento dos dados, sobre a prática de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade. De

acordo com a condução das entrevistas, ainda foram permitidas narrativas complementares, no intuito de enriquecer as análises.

Quadro 7 - Tópicos da entrevista.

	Dimensão/categorias	Unidades de registro	Significado das unidades de registro
Bloco 1	Dados sociodemográficos	Gênero, idade, cidade, estado civil, quantidade de filhos, grau de escolaridade, profissão, renda familiar.	Informações gerais sobre o grupo entrevistado.
	Informações sobre o tratamento da obesidade	Métricas e marcos do tratamento de obesidade.	Informações relevantes sobre o momento em que o tratamento de obesidade iniciou e as métricas corporais antes e depois do tratamento.
Bloco 2	Categoria 1 - As três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar (Warde, 2016)	C1U1 - Eventos e ocasiões	Tempo.
			Localização.
			Companhia.
		C1U2 - A comida, os menus e os pratos	O que é elegível comer, enquanto padrão social e cultural detectável.
			Desordens alimentares.
			Dieta (Autodisciplina e autocontrole).
			Saúde.
	C1U3 – Incorporação	Disjunções entre hábitos pessoais e padrões sociais.	
		Dimensão estético-afetiva das preferências alimentares.	
		Modos à mesa.	
	Categoria 2 - A prática de consumo alimentar composta por suas práticas integrativas (House, 2019; Warde, 2016).	C2U1 - Práticas integrativas subjacentes ao consumo alimentar.	Os eventos de consumo alimentar podem ser situados dentro de “metapráticas” encenadas por meio de um emaranhado de práticas interdependentes.
	Categoria 3 - Os elementos da prática de consumo alimentar (Blue, 2016; Reckwitz, 2002; Schatzki, 2001, 2002; Shove; Pantzar; Watson, 2012)	C3U1 – Materiais	Referem-se a objetos materiais, artefatos, coisas, tecnologias e infraestrutura.
C3U2 – Competência		Diferentes formas de saber, compreensão, habilidades e competências.	
C3U3 - Significado		Significados simbólicos, aspirações, emoções e ideias.	
Categoria 4 - As três dimensões fundamentais do consumo que surgem dentro e por causa das práticas (Warde, 2005, 2014)	C4U1 - Aquisição	Os processos de troca e às formas pelas quais as pessoas acessam os bens, serviços e experiências que consomem.	
	C4U2 - Apropriação	Como os objetos de troca comercial podem ganhar significado ou ser incorporados à vida cotidiana das pessoas.	
	C4U3 - Apreciação	Obtenção do prazer e satisfação com o consumo.	

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

O roteiro de entrevista utilizado é composto por dois blocos de questões. O primeiro, dividido em dois momentos, traz oito perguntas sobre o perfil sociodemográfico dos sujeitos e cinco sobre o momento em que começaram o tratamento para obesidade. Ao segundo bloco da entrevista cabem cinquenta e oito questionamentos sobre a prática em si de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade, seus elementos e suas conexões, completando o nexo da prática.

No segundo bloco foram feitos os questionamentos formulados sobre as categorias da análise de conteúdo: categoria 1 – três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar; categoria 2 – a prática de consumo alimentar composta por suas práticas integrativas; categoria 3 – os elementos da prática de consumo alimentar; e, categoria 4 – as três dimensões fundamentais do consumo que surgem dentro e por causa das práticas. Nesse bloco de questões, para cada unidade de registro do quadro teórico (Quadro 6), foi perguntado como era a realidade antes (AT) e, em seguida, durante o tratamento de obesidade (DT).

Não obstante ter um momento específico no roteiro, na categoria 2, as práticas integrativas ao consumo alimentar foram captadas ao longo de toda a entrevista. As categorias de análise foram definidas antes da realização das entrevistas, de acordo com o quadro teórico (Quadro 6). Novas categorias não foram criadas durante a coleta e análise de dados. Depois que o entrevistado respondeu todas as questões, considera-se que houve uma boa compreensão de como a questão central foi respondida (Creswell; Creswell, 2021).

Por fim, quanto a terceira etapa no procedimento de coleta de dados segundo Creswell e Creswell (2021), determinou-se o protocolo para registro de informações, para o caso específico, o protocolo de entrevista. O protocolo de entrevista consiste em vários componentes importantes: as informações básicas sobre a entrevista, uma introdução, perguntas do conteúdo da entrevista com sondagem e as instruções finais (Creswell; Creswell, 2021).

Antes de iniciar as entrevistas, os entrevistados tiveram acesso e já enviaram assinado virtualmente o termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes (APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO). As entrevistas foram iniciadas após os indivíduos serem informados do objetivo da pesquisa - pesquisa acadêmica para dissertação de mestrado em Administração e Controladoria da Universidade Federal do Ceará que visa a investigar as mudanças nas práticas de consumo

alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade – e concordarem também verbalmente com as questões éticas e a gravação de áudio.

Cumpridas as etapas iniciais, as entrevistas prosseguiram com as perguntas específicas do objeto de investigação: informações sociodemográficas, métricas e marcos do tratamento de obesidade e características da prática de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade. Conforme orienta Creswell e Creswell (2021) as perguntas foram expressas de maneira amigável para o entrevistado, analisando o fenômeno central em suas partes. Não houve dificuldade de compreensão e resposta por parte dos participantes da pesquisa, uma vez que o consumo alimentar é parte integrante do cotidiano de qualquer pessoa e é uma prática natural que permeia a existência humana sem necessidade de um conhecimento específico. O Quadro 8 resume a duração das quatro entrevistas e a data de sua realização.

Quadro 8 - Data e duração das entrevistas.

	E1	E2	E3	E4
Data de realização	11/08/2023	03/10/2023	10/10/2023	11/10/2023
Duração da entrevista	52 minutos	43 minutos	49 minutos	67 minutos

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

As entrevistas foram realizadas virtualmente através do aplicativo Google Meet. Durante as entrevistas, o áudio foi gravado usando o gravador do Iphone 13. As instruções finais foram dirigidas para os agradecimentos e a orientação de disponibilização do resultado da pesquisa após concluída.

3.4 Análise de dados

De posse dos dados coletados e finalizada a etapa das entrevistas, realizou-se o tratamento e a análise dos dados. Conforme Gil (1999), nessa etapa da pesquisa deve-se analisar e interpretar os dados visando a obter as respostas ao problema proposto. Acrescenta Dey (1993) que a análise envolve o processo de desmembrar dados em unidades menores para revelar os elementos e a estrutura que os caracterizam.

Acrescenta Gray (2012) que as descrições podem estabelecer a base para a análise, mas o pesquisador deve ir além delas: interpretar, entender e explicar os dados. Assim, por meio da análise dos dados, pode-se chegar a novas ideias. Os dados podem ser desmembrados em novas partes constitutivas, possibilitando conexões entre esses conceitos e a base para novas descrições (Gray, 2012).

Como técnica de análise de dados, foi escolhida a análise de conteúdo, que conforme Chizzotti (2006, p. 98) tem por objetivo “compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”. Segundo Trivinõs (1987) a análise de conteúdo é um método que pode ser aplicado tanto na pesquisa quantitativa, como na investigação qualitativa. Bardin (1977, p. 41) afirma:

A leitura efectuada [sic] pelo analista, do conteúdo das comunicações, não é, ou não é unicamente, uma leitura “à letra”, mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano. Não se trata de atravessar significantes para atingir significados, à semelhança da decifração normal, mas atingir através de significantes ou de significados (manipulados), outros “significados” [...].

Assim, segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo possui função heurística, que aumenta a prospecção à descoberta, trazendo à tona o que está em segundo plano na mensagem que se estuda, buscando outros significados intrínsecos na mensagem. Segundo a autora, através da análise das comunicações, é possível se obter mensagens e indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de variáveis inferidas dessas mensagens.

Foram adotadas as fases da análise de conteúdo dispostos em Bardin (2016): (1) a pré-análise; (2) a exploração do material; (3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A primeira fase, de pré-análise, é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais (Mozzato; Grzybovski, 2011). Nela, serão preparadas as transcrições das entrevistas, com o auxílio do software de transcrição brasileiro Reshape.

Segundo Bardin (2016, p.147) a categorização na análise de conteúdo “é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos”. No caso da análise de conteúdo, as categorias são classes que reúnem unidades de registro sob um título genérico, em razão das características comuns destes elementos. A categorização tem como objetivo principal fornecer através da condensação, uma representação simplificada de dados brutos. A análise de conteúdo assenta-se na crença de que a categorização (passagem de dados brutos para dados organizados) não introduz desvios, mas permite conhecer índices invisíveis, ao nível de dados brutos (Bardin, 2016).

Para a análise de conteúdo, foram escolhidas quatro categorias que fundamentam a investigação da prática de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade, em consonância com o quadro teórico exposto no Quadro 6: categoria 1 – três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar (Warde, 2016); categoria 2 – a prática de consumo alimentar composta por suas práticas integrativas (House, 2019; Warde, 2016); categoria 3 – os elementos da prática de consumo alimentar (Blue, 2016; Reckwitz, 2002; Schatzki, 2001, 2002; Shove; Pantzar; Watson, 2012); e, categoria 4 – as três dimensões fundamentais do consumo que surgem dentro e por causa das práticas (Warde, 2005, 2014).

Nessas quatro categorias delineadas para o presente estudo, pôde-se observar os cinco indicativos de qualidade de uma categorização trazido por Bardin (2016): a exclusão mútua, cada elemento não existe em mais de uma categoria; a homogeneidade, uma mesma categoria só funciona como uma dimensão de análise; a pertinência, as categorias estão adaptadas ao material de análise e ao quadro teórico escolhido; a objetividade e fidelidade, as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma categoria, será codificada da mesma maneira; e a produtividade, as categorias produzem resultados férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos.

Na segunda fase, as decisões tomadas na primeira em termos de categorização foram sistematicamente implementadas sobre o material já organizado, no sentido de extrair mensagens das transcrições das entrevistas que correspondam às unidades de registro (Bardin, 2016). Esta é a fase da descrição analítica, na qual todo o material coletado será submetido a um estudo aprofundado, orientado pelos objetivos de estudo e referenciais teóricos (Mozzato; Grzybovski, 2011).

Para auxiliar no tratamento e categorização das transcrições das entrevistas foi utilizado o software ATLAS.ti versão 23.2.3, uma ferramenta de apoio ao intérprete humano no manuseio de material de pesquisa, notas e teorias associadas. O aplicativo facilita as atividades envolvidas na análise e interpretação de dados qualitativos, particularmente seleção, marcação de dados e anotação, além de funcionar como um banco de dados para a análise qualitativa de corpos maiores de dados textuais, gráficos, de áudio e de vídeo. Ele oferece ferramentas para gerenciar, extrair, comparar, explorar e remontar peças significativas de grandes quantidades de dados de maneira criativa, flexível e sistemática (ATLAS.ti, 2022).

No Atlas TI, para cada categoria do estudo foi criado um código mãe, de primeiro nível, e para cada unidade de registro, um código hierarquicamente inferior, de segundo nível. Os códigos que corresponderam a antes do tratamento são marcados com “AT” e aqueles de depois do início do tratamento são marcados com “DT”. Todas as categorias e unidades de registro possuem um código “AT” e um “DT”. Ainda foi criado um código para “sugestões para o mercado de soluções da obesidade”, buscando coletar insights dos entrevistados para as contribuições da presente pesquisa. Essa estrutura gerou um total de 28 códigos e 789 citações, que podem ser visualizados na Figura 9.

Para cada citação direta da fala dos entrevistados utilizada ao longo da análise e discussão dos resultados, será indicado na referência da citação a que número do Atlas.ti tal citação corresponde, na seguinte grafia “E4: 248”, significando: entrevistado 4, citação 248. Criando, assim, uma correspondência entre as informações apresentadas no trabalho e a base de dados total do Atlas.ti.

Figura 9 - Estrutura de códigos e quantidade de citações por código no Atlas TI.

Nome	Magnitude
AT - As três dimensões fundamentais do consumo que surgem dentro e por causa das práticas	29
AT - Apreciação	11
AT - Apropriação	5
AT - Aquisição	13
AT - As três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar	86
AT - A comida, os menus e os pratos (2)	60
AT - Eventos e ocasiões	1
AT - Incorporação	25
AT - Os elementos da prática de consumo alimentar	174
AT - Materiais	49
AT - Significados	95
AT - Competências	31
DT - As três dimensões fundamentais do consumo que surgem dentro e por causa das práticas	40
DT - Apreciação	16
DT - Apropriação	16
DT - Aquisição	8
DT - As três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar	69
DT - A comida, os menus e os pratos	37
DT - Eventos e ocasiões	3
DT - Incorporação	29
DT - Os elementos da prática de consumo alimentar	217
DT - Materiais	50
DT - Significados	108
DT - Competências	59
Mudança nas práticas compostas de consumo alimentar	202
AT - Práticas integrativas	70
DT - Práticas integrativas	134
Sugestões para o mercado de soluções da obesidade	7

Fonte: Dados da pesquisa no Atlas TI (2023).

Na terceira fase, os resultados brutos obtidos na fase anterior serão tratados de maneira a serem significativos e válidos (Bardin, 2016). Conforme Mozzato e Grzybovski (2011) esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados, na qual ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações. Sobre as mensagens observadas e categorizadas foram feitas interpretações e inferências, na seção 4, que evidenciaram as mudanças na prática de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo desta seção é apresentar os principais resultados, além de analisá-los à luz da literatura referenciada anteriormente, no intuito de investigar as mudanças nas práticas de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade.

A primeira subseção (4.1) apresenta a caracterização dos sujeitos da pesquisa, que são indivíduos em tratamento de obesidade que mantém a obesidade controlada nos parâmetros de Halpern (2022). Em seguida, os resultados de cada categoria da análise de conteúdo - que são as categorias do quadro teórico apresentado no Quadro 7 – serão apresentados em uma subseção própria (4.2 a 4.5), comparando antes e depois do início do tratamento de obesidade.

A segunda subseção (4.2) trata da categoria 1 - as três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar. A terceira subseção (4.3) revela a categoria 2 – a prática de consumo alimentar composta por suas práticas integrativas. A quarta subseção (4.4), por sua vez, desvenda a categoria 3 - os elementos da prática de consumo alimentar. E, a quinta subseção (4.5) desenvolve a categoria 4 - as três dimensões fundamentais do consumo que surgem dentro e por causa das práticas. Ainda, há a subseção 4.6, que evidencia as possíveis contribuições através do presente estudo para o mercado de solução da obesidade.

4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Para esta pesquisa, foram entrevistados quatro sujeitos. Como forma de manter o anonimato e por questões éticas, a identidade dos entrevistados não é revelada. Optou-se pela sua identificação a partir de números, de 1 a 4. O bloco 1 das entrevistas iniciou com perguntas sociodemográficas dos entrevistados, cujos resultados são apresentados no Quadro 9.

Quadro 9 - Perfil sociodemográfico dos entrevistados.

	E1	E2	E3	E4
Gênero	M	M	F	M
Idade	27 anos	33 anos	30 anos	33 anos
Cidade	Caridade (CE)	São Paulo (SP)	Fortaleza (CE)	São Paulo (SP)
Estado civil	Solteiro	Casado	Casada	Solteiro
Filho	0	0	1	0
Escolaridade	Superior completo	Mestrado	Superior completo	Superior completo
Profissão	Enfermeiro	Economista	Psicóloga especialista em obesidade	Diretor de inovação
Renda residencial	R\$ 10.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 50.000,00

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Analisando o perfil dos entrevistados, percebe-se a predominância do sexo masculino no grupo, sendo três homens e uma mulher. Apenas a entrevistada do sexo feminino tem filhos. Todos são da mesma geração, com as idades variando entre 27 e 33 anos.

Um entrevistado habita em Caridade, uma cidade do interior do Ceará, o que produz certa heterogenia para se captar as práticas de consumo alimentar nas capitais versus interior. Um entrevistado mora em Fortaleza, capital do Ceará, e dois entrevistados habitam em São Paulo capital.

As rendas familiares são bem diversas entre os entrevistados, variando em até 500%. Três entrevistados possuem ensino superior completo, apenas o economista tem grau de mestrado. Observa-se uma amostra heterogênea entre as profissões, visto que não se repetem, com destaque para a psicóloga com foco em obesidade, que traz insights relevantes sobre as nuances psicológicas da obesidade no lugar de fala de paciente.

Seguindo o primeiro bloco de perguntas, foi solicitado aos entrevistados que estabelecessem um marco temporal para o início do tratamento da obesidade, que seria de extrema relevância para a pesquisa, de forma que pudessem utilizá-lo para comparar as práticas de consumo alimentar antes e depois. Também foi requisitado que informassem, na métrica de sua preferência, o maior grau de obesidade já vivenciado e a situação atual, no intuito de acessar a redução do grau de obesidade permeado pelas mudanças das práticas de consumo alimentar. O Quadro 10 resume tais informações relevantes sobre o momento em que o tratamento de obesidade iniciou, os resultados alcançados e o marco temporal estabelecido pelos entrevistados.

Quadro 10 - Informações sobre o tratamento da obesidade dos entrevistados.

Entrevistado	E1	E2	E3	E4
Início do tratamento	Março de 2022	Final de 2018	Janeiro de 2013	Outubro de 2020
Tempo em tratamento	19 meses	60 meses	120 meses	24 meses
Maior grau de obesidade vivenciado	IMC 60,86 (obesidade grau III) 195kg	IMC 31,7 (obesidade grau I) PGC 35% - 110kg	IMC 45,79 (obesidade grau III) 110kg	IMC 50,93 (obesidade grau III) 180kg
Situação de obesidade atual	IMC 34,33 (obesidade grau I) 110kg	IMC 25,7 (sobrepeso) PGC 12% - 90kg	IMC 24,14 (normal) 58kg	IMC 27,16 (sobrepeso) 96kg
Altura do indivíduo	1,79 metros	1,87 metros	1,55 metros	1,90 metros
% de perda de peso corporal	-43,60%	-18,20%	-47,30%	-87,50%
Marco temporal do início do tratamento	Início da preparação para cirurgia bariátrica	Buscar uma vida mais saudável	Cirurgia bariátrica	Cirurgia de remoção de vesícula

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

O grupo de entrevistados é bem diverso sobre o tempo em tratamento de obesidade, variando de um período de 19 meses até 120 meses. Se classificada a obesidade pelo parâmetro do IMC determinado pela OMS (WHO, 2000) apresentado na Figura 1, três entrevistados já vivenciaram o maior grau de obesidade existente, a obesidade grau III ou mórbida; entretanto percebe-se que há uma heterogeneidade nos IMC, variando entre 31,7 e 60,86 kg/m². Apenas um entrevistado teve como situação máxima a obesidade grau I, com IMC de 31,7 kg/m². Cabe salientar que atualmente apenas a entrevistada 3 está enquadrada no conceito de “normal” dos parâmetros de obesidade da OMS (WHO, 2000), mas conforme se evidencia na Figura 1, o sobrepeso é considerado ainda uma pré-obesidade.

Os questionamentos sobre a acuracidade do IMC como parâmetro de aferição da obesidade, conforme apresentado na subseção 2.1.1, podem ser vistos na narrativa do entrevistado 2 (ABESO, 2022). Ele comenta ter uma rotina de treinos bem intensa por ser triatleta e que ganhou muita massa muscular nesse processo. Em outra métrica, a de percentual de gordura corporal (PCG), antes do início do tratamento chegou a ter 35% de PCG e atualmente declara que gravita entre 16 a 12% de PCG, o que representaria uma redução de 54,2% a 65,71% apenas na massa gorda do indivíduo, embora seu peso só tenha variado 18,2%.

Conforme se observa no **Erro! Fonte de referência não encontrada.**, todos os entrevistados atingiram mais de 15% de redução de peso corporal – E1: -43,6%; E2: -18,2%; E3: -47,3%; E4: -87,5% –, o que de acordo com os parâmetros de Halpern (2022), corresponde à obesidade controlada, com uma redução de risco relevante para a saúde.

Cabe salientar que o entrevistado 4, o que atingiu maior redução de peso corporal (-87,5%) não se submeteu à cirurgia bariátrica, nem fez uso de medicamentos antiobesidade nesse período a partir de outubro de 2020, em que realmente considera que iniciou o seu tratamento para obesidade, dedicando o sucesso do seu tratamento apenas à mudança das práticas de consumo alimentar, mesmo que tenham resultado inicialmente de uma cirurgia de remoção de vesícula. Inclusive, antes do marco inicial do tratamento, o entrevistado já havia experienciado em duas ocasiões o emagrecimento guiado por remédios, o que fazia com que o peso corporal voltasse muito rápido, identificando a partir dessa nova tentativa pautada nas suas práticas de consumo alimentar o sucesso do tratamento da obesidade.

Antes desse momento eu não estava tentando emagrecer. Assim, obviamente você sempre tá tentando, mas sem nenhuma consciência, sem nenhum método, sem nenhuma disciplina. O que eu já tinha tentado antes foi, em um momento, com um

endócrino, mas foi muito pautado por remédios, então, inibidor de apetite, antidepressivo, e eu cheguei a perder 30 quilos em 3 meses, voltou muito, muito rápido. E depois, aí, tentativas esparsas. E teve um outro momento, quando eu tava com o meu psiquiatra, e aí, tava tomando antidepressivo, junto com isso, eu também acabava inibindo apetite, mas tudo que foi pautado em remédio, voltava muito rápido. Dessa vez, não. Foi um processo que tá acontecendo, tá natural, e não foi quase que uma decisão por completo. Eu tava tendo que fazer por causa da cirurgia, acabei perdendo peso e falei: “nossa, até que tá mais fácil do que eu imaginava”. Então, eu mudei a alimentação de uma forma muito mais correta, comecei a registrar calorias e tudo mais, e engrenou. [...] Foi quando eu consultei a nutricionista, e aí, também ganhei muito mais conhecimento e começou a entrar no ritmo e funcionar bem. (E4: 248)

Os entrevistados 1 e 3 se submeteram à cirurgia bariátrica, em agosto de 2023 e janeiro de 2013, respectivamente. Já os entrevistados 2 e 4 controlaram a obesidade apenas através da mudança de práticas de consumo alimentar. O entrevistado 1 considera que nunca tinha realmente tentado controlar a obesidade antes do marco inicial do tratamento para obesidade. Os entrevistados 2 e 3 declararam que passaram a vida entrando e saindo de dietas. O entrevistado 4 considera que até o seu marco inicial do tratamento da obesidade, sempre estava tentando emagrecer, mas sem nenhum método, consciência ou disciplina. Os entrevistados 1 e 4 ainda estão em processo de emagrecimento, enquanto os entrevistados 2 e 3 já se consideram em um peso corporal saudável.

4.2 As três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar

Esta subseção trata do objetivo específico de delinear as três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar antes e durante o tratamento de obesidade, relativo à categoria 1 de análise.

A prática de consumo alimentar é determinada pelas escolhas de alimentos, que variam amplamente e são influenciadas por fatores intrínsecos e extrínsecos, que vão desde determinantes biológicos, até contextos econômico e social nos quais a pessoa está inserida (Dunker, 2019). Segundo Warde (2016), para se entender o escopo completo da prática de consumo alimentar, é preciso observar a relação entre os alimentos consumidos, o processo de incorporação e a organização social em torno da alimentação. Assim, o autor objetivou o ato de comer sob três categorias analíticas: eventos e ocasiões; a comida, os menus e os pratos; e, a incorporação, conforme mostra o Quadro 11.

Quadro 11 - Categoria 1: as três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar.

Unidades de registro	Significado das unidades de registro
C1U1 - Eventos e ocasiões	Tempo
	Localização
	Companhia
C1U2 - A comida, os menus e os pratos	O que é elegível comer, enquanto padrão social e cultural detectável.
C1U3 - Incorporação	Desordens alimentares
	Dieta (Autodisciplina e autocontrole)
	Saúde
	Disjunções entre hábitos pessoais e padrões sociais
	Dimensão estético-afetiva das preferências alimentares.
	Modos à mesa

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

O modelo teórico de Warde (2016) objetiva possibilitar o estudo empírico sobre práticas de consumo alimentar para fornecer uma base para coleta e análise de dados, sendo possível delinear e evidenciar as práticas do comer sob as dimensões culturais, sociais e biológicas. Não obstante, o roteiro de entrevista baseado nessas unidades de registro possibilitou insights valiosos também para a análise das outras três categorias do Quadro 6.

Visando a descrever a prática de consumo alimentar antes e durante o tratamento de obesidade, cada entrevistado foi interrogado sobre as três unidades de registro do Quadro 11, com foco nas mudanças que ocorreram em cada uma delas depois do início do tratamento para obesidade.

4.2.1 *Eventos e ocasiões*

O entrevistado 1 revelou que antes do tratamento da obesidade, a alimentação era predominantemente realizada no ambiente familiar, com alimentos saudáveis e naturais, tais como proteínas animal, cereais e grãos. Entretanto, as situações de consumo alimentar que ocorriam fora do ambiente familiar, normalmente à noite, eram pautadas em consumo de fast-food. O entrevistado 1 também relatou que eram comuns lanches hipercalóricos ao longo do dia. Antes do tratamento da obesidade, o consumo alimentar era determinado pela disponibilidade e dificuldade em dizer não a alimentos não saudáveis. A falta de preocupação com a alimentação, o convívio social e a ausência de opções de menu saudáveis na faculdade e no trabalho também influenciavam.

À noite, por exemplo, eu gostava de comer pizza, eu gostava de comer pastel ou algum sanduíche. Qualquer alimento que fugisse da regra habitual que eu comeria em casa.

Que é um alimento preparado por você. Basicamente, proteína e algum cereal. Algum grão, por exemplo. Arroz e carne ou arroz, carne e salada. Então, eu sempre buscava esses alimentos à noite. Agora, acho que, ao longo do dia, sempre tinha outros alimentos hipercalóricos. Como, por exemplo, biscoito ou algum outro alimento que não tivesse um agregamento [sic] de valor nutricional bom. E apenas um pouquinho. E ali eu ia aumentando o percentual de gordura. Essa situação eu classificaria como manutenção. O que era mesmo um fator causal eram as situações que me faziam comer mais. Era uma situação de estresse, era uma situação de ansiedade. E aí, isso daí fazia comer mais. E no comer mais dessas situações, eu sempre buscava alimentos extra consumo familiar. Que foram esses que eu citei. Principalmente, esses de consumo externos. O que a gente chamaria de fast-food. Pronto. Lógico, no interior, eu não ia fazer pedido por aplicativo. Mas, é facilmente encontrado. (E1: 16).

Após o tratamento para a obesidade, o entrevistado 1 passou por um processo de reeducação alimentar e começou a fazer dieta, incorporando uma rotina para o consumo alimentar. Adquiriu conhecimentos sobre o valor nutricional dos alimentos e as quantidades e menus corretos para cada ocasião do dia. Diante das novas competências adquiridas sobre alimentação, o entrevistado 1 passou a fazer escolhas conscientes e levar sempre consigo as suas refeições para todos os lugares, o que resultou em maior controle sobre a alimentação em situações de sociabilidade e trabalho. Declara que o consumo alimentar sempre aconteceu mais só, independente de antes ou depois do início do tratamento.

Mas o meu novo hábito adquirido é o de levar a minha própria comida para vários locais. O que mudou foi o meu poder de escolha. Tipo, antes eu comia o que tivesse. Hoje eu sei que determinados alimentos eu não como, em hipótese alguma. E dentro do que tiver. Se eu tiver levado comida pra mim. Eu posso complementar com algo que eu olho ou escolher 100% do externo. Ou comer o que eu estou levando. Mas sempre considerando que há alimentos que eu não como. (E1: 132).

O entrevistado 2 relata que antes do tratamento da obesidade tinha uma rotina alimentar irregular, composta apenas das três refeições principais. Ele geralmente não tomava café da manhã e almoçava em restaurantes próximo ao trabalho. O jantar, na maioria das vezes, consistia em entrega de comida, como pizza ou hambúrguer, com pouca preocupação com alimentos saudáveis. Após o início do tratamento, o entrevistado 2 passou a ter horários e menus bem definidos para suas refeições. Concentra-se em consumir uma combinação de carboidratos, proteínas e gorduras e prefere alimentos naturais, como frutas, legumes e verduras. Ele também menciona que sua alimentação está associada à prática de atividade física.

Agora eu tenho horários bem definidos para as minhas refeições. Então, é muito claro o que eu como em cada horário do dia, quais são as minhas opções do que eu como em cada horário do dia. Eu tenho muito claro que eu como sempre uma combinação de carboidrato, proteína e gordura. É a alimentação mais natural possível, com menos

procedimentos do chão para a mesa. Então, frutas, legumes, verduras, quanto menos ação humana na comida, melhor para mim. (E2:169).

Antes do início do tratamento, o entrevistado 2 comia mais refeições preparadas fora de casa, de restaurantes, presencialmente ou delivery. Pós início do tratamento, ele prepara todas as suas refeições, então come em casa ou leva marmitas preparadas por ele mesmo. O entrevistado declara que depois do início do tratamento da obesidade tem uma abordagem mais controlada e planejada em relação à alimentação, evitando situações em que pode perder o controle. O entrevistado ainda mencionou que independente de antes ou depois do tratamento para a obesidade, continua fazendo a maioria das suas refeições sozinho.

No contexto do consumo alimentar antes do tratamento da obesidade, a entrevistada 3 declarou que não tinha cuidado com a escolha dos alimentos. Fazia cinco refeições por dia: café, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar. Relata que antes do tratamento a alimentação durante a manhã era na escola, numa roda de amigos. E durante o dia, a partir do almoço, a alimentação era realizada em casa, mas só o almoço era acompanhado da família. Nas demais refeições, costumava se alimentar sozinha. Justamente nessas situações em que se alimentava sozinha, a entrevistada optava por alimentos não saudáveis, da mesma forma que o entrevistado 1. Por uma questão de preconceito com o corpo obeso, dificilmente comia em público.

Eu me alimentava muito mais em casa, certo? Mas quando eu tava aí dentro da obesidade, eu comprava muito fora de casa para comer em casa. Tipo assim, passava no McDonald's, comprava vários sanduíches para comer em casa. Eu dificilmente comia em público. (E3: 75).

Antes do tratamento da obesidade, a entrevistada 3 morava com os pais, que tinham uma empregada doméstica responsável por cozinhar todas as refeições. Quando a entrevistada 3 casou e saiu da casa dos pais, engajou mais ainda em mudanças nas suas práticas de consumo alimentar, pois passou a preparar a própria alimentação: “Hoje sou eu que preparo a minha alimentação. [...] Então eu me sinto com um poder maior de escolha, de conseguir parar e escolher do que era antes.” (E3: 78).

No cotidiano, a entrevistada 3, assim como todos os outros entrevistados, passou a ter um cuidado maior na preparação das refeições e ter o hábito de levar consigo sua própria alimentação, de forma que mesmo comendo fora de casa, tenha disponível a alimentação preparada em casa para evitar consumir alimentos fora da rotina alimentar saudável que permite

a manutenção do peso corporal adequado, segundo relata. No entanto, ainda há eventos de comer emocionalmente, quando a entrevistada 3 está estressada ou em momentos de ócio.

O entrevistado 4, antes do tratamento da obesidade, tinha sua alimentação baseada em comidas de baixa qualidade nutricional, compradas em restaurantes e pedidas pelo IFood. Ele relata que nunca tomava café da manhã. Na hora do almoço, estava trabalhando, então comia em algum restaurante perto, podendo ser acompanhado de colegas ou não. Na hora do lanche, declara que escolhia “alguma besteira, porque também estava com algum nível de ansiedade. [...] Ah, deixa eu pegar uma Pringles aqui na lojinha da empresa, deixa eu pegar uma bolacha, um salgado [...] bem coisa de cantina” (E4: 125). À noite, ao voltar para casa do trabalho, comia algum lanche, normalmente alimentos processados. E o jantar, era “IFood 100% dos dias, 100% dos dias mesmo” (E4: 125). O entrevistado 4 cozinhava aos fins de semana, mas sempre um menu hipercalórico: “É, tipo, nhoque, massa, essas coisas.” (E4: 125).

Ao iniciar o tratamento para a obesidade, o entrevistado 4 começou a desenvolver conhecimentos sobre alimentação através de conteúdos de comida fitness do TikTok e do Instagram, quando procurou uma nutricionista para concretizar a sua consciência em torno da alimentação. Passou a ter uma rotina alimentar bem definida e preparar 100% do seu menu. Nesse momento, iniciou a utilização de um aplicativo chamado MyFitnessPal para registrar as calorias ingeridas no dia. A partir da determinação das métricas diárias de consumo alimentar, o entrevistado relata que “[...] mudou por completo [...]” (E4: 23).

Hoje em dia eu realmente quase não como fora, eu sempre preparo 100% da minha comida. [...] Hoje realmente é uma alimentação totalmente focada em alimentos que eu preparo, alimentos naturais, então por exemplo, [...] meu café da manhã de modo geral vai ser alguma fruta, alguma proteína, então ovo, um peito de peru, alguma coisinha mais específica e um shake de whey protein, que eu preparo. (E4: 24).

O entrevistado 4 relata, entretanto, que após o início do tratamento da obesidade tem dificuldades em praticar o consumo alimentar em ambientes sociais, para evitar episódios de compulsão.

[...] Eu ainda tenho muita dificuldade em me expor em situações sociais, e aí hoje, tô bem melhor, mas eu me privava de situações sociais pra não afetar minha dieta. Então acho que esse foi um dos principais pontos. E hoje eu considero esse ponto ainda não bem resolvido. [...] Por mais que esteja bem mais resolvido, eu ainda tenho muitos episódios de compulsão. Então se colocar na minha frente uma batata frita, uma coxinha, uma empadinha, não sei o quê, eu vou querer comer, assim, eu ainda tenho essa dificuldade. (E4: 140).

Percebe-se que o fato de morarem só, com colega ou com a família determinam diferenças entre os eventos e ocasiões de consumo alimentar entre os entrevistados. Por exemplo, o entrevistado 2, que morava com um colega, sempre pedia delivery em ocasiões em que estava socializando com o colocatário. Já os entrevistados 1 e 4 que moravam com os pais antes do tratamento da obesidade, eram servidos de menus, segundo eles “normais”, determinados pela família, e nesses momentos não eram alimentos que supostamente deveriam ser a causa da obesidade. Contudo, nos eventos e ocasiões de consumo alimentar extra ambiente familiar era que ocorriam os excessos.

Você abre o IFood, você vai pedir uma salada ou uma pizza, então era muito... tá acompanhado de alguém, vendo uma bobagem na TV, aí acaba abrindo uma cerveja porque tá fumando, porque tá pedindo alguma coisa, então era um comportamento mais social até do que alimentar! (E2: 173).

Antes do tratamento da obesidade, o maior consumo alimentar era no ambiente familiar. A alimentação em si, eu não classificava como... “Ah, essa que eu estou consumindo hoje é o fator causal da minha obesidade”. Contudo, o grau de obesidade já definido meio que tinha uma manutenção com os alimentos que eu consumia no dia a dia em casa. E aí, em casa, eu não tinha uma alimentação tão ruim... Eu sempre tinha uma capacidade, desde criança, a comer salada, a comer qualquer alimento que outras crianças não gostariam. E que outras crianças, obesas, não comeriam. Pelo contrário. Eu comia, e ainda como, e gostava. Contudo, nas situações extra casa, em que o meu hábito, não era só aquilo. À noite, por exemplo, eu gostava de comer pizza, eu gostava de comer pastel ou algum sanduíche. Qualquer alimento que fugisse da regra habitual que eu comeria em casa. (E1: 134)

Os entrevistados 2 e 3, consideram que não dedicavam tempo e atenção ao consumo alimentar antes do tratamento, pois consumiam alimentos de acordo com o que estava disponível. Já os entrevistados 1 e 4 entendem que dedicavam tempo e atenção ao consumo alimentar antes do tratamento, pois comer era uma parte muito importante de suas vidas, com bastante significado.

Eu dedicava porque comida era uma coisa muito importante, era uma fonte de prazer, só que ela não era necessariamente uma atenção que focava na qualidade, ela focava no sabor, era pedir a melhor coisa do IFood, era preparar uma comida que, inclusive, eu adorava cozinhar, né, nos finais de semana, [...] vou fazer um nhoque, né, eu vou fazer aquele molho que fica ali duas horas cozinhando, eu gostava, sentia prazer nisso, mas eu fazia grandes quantidades e com baixa qualidade nutricional. Então eu dedicava muita atenção, mas não era uma atenção bem empenhada. (E4: 128).

Entretanto, todos os entrevistados responderam que depois do tratamento da obesidade dedicam tempo e atenção ao consumo alimentar, pois preparam suas alimentações: “Em fator positivo eu não dedicava tempo e atenção. Não. Em fator negativo sim. Porque eu

passava muito tempo comendo. [...] Mudou porque eu passo mais tempo me dedicando a preparar o alimento saudável” (E1:13).

O Quadro 12, apresenta um resumo da unidade de registro eventos e ocasiões (C1U1) da prática de consumo alimentar captados nas entrevistas, comparando antes e depois do início do tratamento.

Quadro 12 - C1U1: Mudanças entre AT e DT dos eventos e ocasiões da prática de consumo alimentar.

Categoria 1 – C1U1: Eventos e Ocasões		
Significado das unidades de registro	AT	DT
Tempo	Os entrevistados 2 e 3, consideram que não dedicavam tempo e atenção ao consumo alimentar antes do tratamento, pois consumiam alimentos de acordo com o que estava disponível. Já os entrevistados 1 e 4 entendem que dedicavam tempo e atenção ao consumo alimentar antes do tratamento, pois comer era uma parte muito importante de suas vidas, com bastante significado.	Todos os entrevistados passaram a dedicar mais tempo e atenção ao consumo alimentar depois do início do tratamento, em virtude de prepararem suas próprias refeições para sempre terem o menu adequado disponível e estarem atentos quanto a consumir alimentos compatíveis com sua dieta em todos os eventos e ocasiões.
Localização	Os entrevistados 1 e 3, que moravam com os pais, relataram que as refeições preparadas e servidas em casa, antes do tratamento da obesidade, tinham menus comuns à maioria dos lares, sem preocupação com a composição dos alimentos, mas que também não consideravam a causa do desenvolvimento da sua obesidade. Noutro giro, comer comida preparadas fora de casa, presencialmente ou em restaurantes, representavam menus hipercalóricos e menos saudáveis para todos os entrevistados. Na realidade, mais do que a localização do ato de comer, mas onde o alimento foi preparado é que determinava o consumo saudável ou insaudável, uma vez que através da tecnologia e da preparação necessária, qualquer alimento pode estar disponível em marmitas ou delivery a qualquer momento.	Após o início do tratamento de obesidade, todos os entrevistados declararam a importância de ter consigo disponível sempre os alimentos que fazem parte da rotina alimentar predeterminada que os auxilia na manutenção de uma obesidade controlada. De tal forma, que todos os entrevistados começaram a engajar fortemente na preparação dos seus alimentos e de estratégias para que o menu esteja disponível em todos os eventos e ocasiões, independentemente da localização.
Companhia	Percebe-se que o fato de morarem só, com colega ou com a família determinam diferenças entre os eventos e ocasiões de consumo alimentar entre os entrevistados. O entrevistado 2, que morava com um colega, pedia delivery em ocasiões em	O fato de levarem a marmita com dietas para os locais e terem horários pré-determinados para as refeições reverbera em uma rotina alimentar mais metódica, nem sempre compatível com a rotina alimentar de outras pessoas. Por isso, pode haver mais ocasiões em que os

	<p>que estava socializando com o colocatário.</p> <p>Os entrevistados 2 e 4 que tinham uma rotina de trabalho corporativa incorriam em menus insaudáveis nas refeições de trabalho.</p> <p>Já os entrevistados 1 e 3 que moravam com os pais antes do tratamento da obesidade, eram servidos de menus, segundo eles “normais”, determinados pela família, e nesses momentos não eram alimentos que supostamente deveriam ser a causa da obesidade.</p> <p>Foi relatado pelos entrevistados 1, 3 e 4 que os momentos de compulsão alimentar ocorriam quando estavam desacompanhados.</p> <p>A entrevistada 3 evitava ocasiões de comer em público por preconceito com o corpo obeso.</p>	<p>entrevistados comam só, depois do início do tratamento.</p> <p>O entrevistado 2 declarou que passou a realizar a maioria das suas refeições sozinho.</p> <p>Os entrevistados 3 e 4 declararam que ainda há momentos de compulsão alimentar, que ocorrem normalmente quando estão sozinhos.</p> <p>Os momentos de consumo alimentar que ocorrem pela socialização ainda representam menus mais hipercalóricos e insaudáveis para todos os entrevistados, por isso, podendo às vezes serem evitados, para a manutenção da dieta e da obesidade controlada.</p>
--	---	---

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Em resumo, todos os entrevistados declararam que antes do tratamento não tinham cuidado com a escolha dos alimentos, realizando as práticas de consumo alimentar de uma forma automática e livre, consumindo o que estava mais fácil e à disposição, sem preocupação com a qualidade nutricional dos alimentos: “Era súbito, era aleatório. O que aparecia!” (E2: 172). Também relatam a ausência de conhecimentos sobre alimentação. Para todos os entrevistados, adquirir competências sobre nutrição foi fundamental para engajar no tratamento para a obesidade, pois começaram a se sentir mais capazes de realizar as escolhas corretas, independente dos eventos e ocasiões.

Após o início do tratamento de obesidade, todos os entrevistados declararam a importância de ter consigo disponível sempre os alimentos que fazem parte da rotina alimentar predeterminada que os auxilia na manutenção de uma obesidade controlada. De tal forma, que todos os entrevistados começaram a engajar fortemente na preparação dos seus alimentos e de estratégias para que o menu esteja disponível em todos os eventos e ocasiões.

Foi relatado pelos entrevistados 1, 3 e 4 que os momentos de compulsão alimentar ocorriam quando estavam desacompanhados. Mas noutro giro, os momentos de consumo alimentar que ocorriam pela socialização sempre representavam menus mais hipercalóricos e insaudáveis para todos os entrevistados.

4.2.2 *A comida, os menus e os pratos*

Visando a analisar a elegibilidade dos alimentos antes e depois do tratamento da obesidade, enquanto padrão social e cultural detectável, os entrevistados foram perguntados sobre a comida, os menus e os pratos (Warde, 2016). Por ser indissociável dos eventos e ocasiões, alguns alimentos já foram citados no tópico anterior e serão pertinentemente resumidos no APÊNDICE C – A COMIDA, OS MENUS E OS PRATOS ANTES E DEPOIS DO INÍCIO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE (C1U2).

No geral, os quatro entrevistados declararam que não haviam restrições de consumo alimentar antes do tratamento da obesidade. Segundo entrevistado 1, ele não tinha filtro sobre o menu, as quantidades e a forma de mastigar, que foram adquiridos após o início do tratamento da obesidade.

Antes do tratamento. Eu considerava tudo. Tudo que eu pudesse comer. Tudo que eu encontrasse pela frente. Eu comia. Tudo, tudo mesmo. E em grandes quantidades inclusive. Por exemplo, refrigerante. Quando eu lembro das diversas dessas vezes que eu tomava muito refrigerante porque eu não bebia bebida alcoólica. Aí na grande maioria das vezes que eu estivesse comendo com amigos e tal, eu ia estar tomando refrigerante. Era muito raro eu pedir um suco. E aí era muito refrigerante, muito salgadinho. Qualquer tipo de alimento. Não tinha restrição alimentar. (E1: 58).

Fatores como a falta de conhecimento, disponibilidade, sabor e vontade determinavam o consumo momentâneo e automático, o que ocasionava menus abrangentes: “Eu comia muito de tudo, eu realmente não tinha nem frescura pra comer [...] eu era muito inconsequente, eu realmente não tinha noção que se eu comesse uma porção de coxinha que eu pedia em casa, podia ter 7 mil calorias e isso não faz nenhum sentido.” (E4: 39).

Os entrevistados 1 e 3, que moravam com os pais, relataram que as refeições preparadas e servidas em casa, antes do tratamento da obesidade, tinham menus comuns à maioria dos lares, sem preocupação com a composição dos alimentos, mas que também não consideravam a causa do desenvolvimento da sua obesidade: “Era muito uma alimentação que hoje eu considero normal, assim. Não era nenhuma alimentação saudável, mas também não era uma alimentação muito prejudicial. Era tapioca, existiam as frutas, né? Mas nada de muito exagero, era algo bem controlado.” (E3: 81).

O entrevistado 2 menciona como a segunda principal mudança que ocorreu entre antes e depois do tratamento da obesidade a prática de seguir um padrão de menu para garantir

o consumo alimentar funcional. A primeira principal mudança pontuada pelo entrevistado diz respeito à mudança de percepção da relação com a comida, de hedonista para funcional.

E a segunda principal mudança é a ideia de sempre saber o que eu vou comer, eu sempre sei o que eu vou comer! Então eu sempre tenho isso pronto, se eu não tenho alguma coisa pronta para jantar, eu já fico ligado para deixar isso pronto, não é pronto necessariamente, mas na mão, é algo que eu tenha altíssima disponibilidade, para evitar de me questionar, se eu me fizer essa pergunta, eu posso tomar a decisão que não é a melhor do ponto de vista funcional. (E2: 51, grifo do autor).

Após o início do tratamento para obesidade, todos os entrevistados mencionaram que não possuem restrição de menus, mas que escolhem não consumir alimentos considerados insaudáveis, justamente para manter a obesidade controlada. Para os entrevistados 1 e 4, alguns itens deixaram de ser consumidos através do processo e não são consumidos até hoje por uma questão de escolha, mas não por considerarem proibidos.

Hoje eu tenho restrição alimentar. Com salgados. Com algum tipo de fritura. Já tenho uma introdução do que eu poderia comer antes [em virtude da cirurgia bariátrica]. Contudo, é uma escolha, não mais comer. Não é mais pela restrição física da cirurgia. [...] Hoje em dia eu sei que eu posso comer tudo e qualquer coisa, que eu sei que eu não entalo. Contudo, eu não como. (E1: 59).

Hoje, com a maturidade, [...] eu escolho não comer nada de fritura, escolho não comer. Acho que eu não como macarrão faz anos, literalmente assim, um ano e meio, é só se não tiver outra opção mesmo, porque um monte de amigo tá comendo macarrão. (E4: 40).

Para o entrevistado 2, depois do início do tratamento da obesidade, todos os alimentos podem ser consumidos, entretanto, o conhecimento que adquiriu ao longo do seu tratamento fez com que conseguisse entender o “preço” para o corpo da escolha de determinados itens e como gerenciar essa repercussão nas outras refeições e na saúde física como um todo.

Noção do preço. O preço que eu pago em cada alimento. Antes eu não tinha essa noção, eu não sabia qual era o preço que eu estava pagando para comer uma pizza, meia pizza numa terça-feira. Em vez de comer uma salada, eu estou comendo uma pizza. O que eu estou trocando? Eu não tinha essa noção. Hoje eu posso comer uma pizza numa terça-feira. Se eu tiver muito claro a quantidade que eu estou comendo, como isso se compõe com todas as outras refeições que eu fiz no dia, com as refeições que eu vou fazer no começo do outro dia, na forma como eu estou treinando, enfim. Tudo vale, mas eu entendo o custo de cada coisa. (E2: 53).

A entrevistada 3 concorda que todo tipo de alimento é elegível ao consumo alimentar, mas sempre realiza uma análise crítica do que será consumido, diferente do consumo

automático que existia antes do tratamento da obesidade: “Hoje em dia eu ainda considero tudo ser elegível. Eu não tenho muito essa mentalidade dos alimentos proibidos em si. Mas hoje em dia eu levo muito mais em consideração, de fato, o que eu vou consumir. A qualidade do produto, por exemplo.” (E3: 80). Declara, ainda, que não restringe a sua prática de consumo alimentar apenas à menus light ou fit.

O entrevistado 1 acrescenta, ainda, que depois do tratamento da obesidade a escolha do seu menu é funcional, focada na suplementação de nutrientes que necessita, pelo fato de ter se submetido à uma cirurgia bariátrica: “[...] é muito focada em repor vitaminas e minerais que eu perco facilmente pela cirurgia.” (E1: 77).

A partir das entrevistas, foi possível identificar 103 diferentes comidas, menus e pratos, sendo 54 antes do tratamento da obesidade (AT) e 53 depois do início do tratamento (DT). Apenas 4 dessas comidas, menus e pratos foram citadas nos dois momentos: arroz, ovo, pizza e proteína. Arroz, ovo e proteína, enquanto alimentos saudáveis; e, pizza, como uma opção insaudável.

Sobre a lista, foi feita uma análise se tal item é julgado saudável, insaudável ou neutro, com base nas recomendações de uma dieta saudável pela OMS apresentadas no Quadro 2 - Conselhos práticos da OMS para manter uma alimentação saudável. Na realidade antes do tratamento da obesidade (AT), dos 54 itens, 13 são saudáveis (24%), 34 insaudáveis (63%) e 7 neutros (13%). Depois do início do tratamento da obesidade, 50 itens são saudáveis (94%), nenhum neutro e apenas 3 insaudáveis (6%).

A partir da análise com base no Quadro 2 foi possível notar a melhoria da saudabilidade das comidas, menus e pratos. Antes do início do tratamento da obesidade, apenas 24% dos itens eram considerados saudáveis, sendo modificado para 94% dos itens depois do início do tratamento. De forma análoga, antes do tratamento, 63% dos itens eram insaudáveis, reduzindo para apenas 6% dos itens depois do início do tratamento da obesidade.

O Quadro 13, apresenta um resumo da unidade de registro comidas, menus e pratos (C1U2) da prática de consumo alimentar, comparando antes e depois do início do tratamento.

Quadro 13 – C1U2: Mudanças entre AT e DT das comidas, menus e pratos da prática de consumo alimentar.

Categoria 1 – C1U2: A comida, os menus e os pratos		
Significado das unidades de registro	AT	DT
O que é elegível comer, enquanto padrão social e cultural detectável.	Não havia cuidado com a escolha dos alimentos, realizando o consumo alimentar de forma automática e livre, consumindo o que estava mais fácil e à disposição, sem preocupação com a qualidade nutricional dos alimentos. Dos 103 alimentos identificados e resumidos no Apêndice C, 54 itens são AT. Destes, 13 são saudáveis (24%), 34 insaudáveis (63%) e 7 neutros (13%).	A comida, os menus e os pratos adquiriram um significado funcional, compatível com os objetivos do consumo alimentar de cada entrevistado. Ao longo do tratamento, os entrevistados entenderam o “preço” para o corpo da escolha de determinados itens e como gerenciar essa repercussão nas outras refeições e na saúde física como um todo. Dos 103 alimentos identificados e resumidos no Apêndice C, 53 itens são DT. Destes, 50 são saudáveis (94%), nenhum neutro e apenas 3 insaudáveis (6%).

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

O APÊNDICE C – A COMIDA, OS MENUS E OS PRATOS ANTES E DEPOIS DO INÍCIO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE (C1U2) apresenta os 103 itens categorizados entre comidas, menus e pratos; os códigos das citações no Atlas TI; o momento em que foram citados, se AT ou DT; e, a análise de sentimento. Foi elaborado com o auxílio do Atlas TI, como resultado do processo de codificação necessária à análise de conteúdo.

4.2.3 Incorporação

Objetivando analisar a mudança na dimensão estético-afetiva das preferências alimentares e as técnicas corporais que são reproduzidas, aprendidas e colocadas em prática em cada contexto social para alimentação, os entrevistados foram perguntados sobre o processo de incorporação da alimentação, que envolve questões como dietas, desordens alimentares, saúde, “modos à mesa” e as relações com autodisciplina e autocontrole (Warde, 2016).

O entrevistado 1 relata as diversas mudanças que ocorreram no processo de incorporação entre antes e depois do início do tratamento da obesidade. Na jornada de mudança de prática de consumo alimentar, teve o apoio de um profissional formado em fonoaudiologia e nutrição, que ensinou competências da prática de mastigar e a importância do mindfulness no momento da alimentação, impactando em última instância no aumento da saciedade.

Eu observava que eu comia muito rápido. E esse alimento não era deglutido corretamente. E aí, veio a "fono" [fonoaudióloga] com a "nutri" [nutricionista]. Porque ela era formada nas duas opções. E ela me ensinou a mastigar corretamente. [...] E aí, aprendendo isso, eu passei a demorar mais comendo. [...] Passava mais tempo mastigando, sem o celular, sem qualquer outra coisa que fosse uma coisa de escape. Focar só naquilo! No máximo, uma conversa com alguém ou um almoço de família. Aquela situação de demorar mais tempo mastigando me fazia ter um aumento da saciedade. [...] Então essas compreensões, fizeram enxergar muita coisa que eu fazia errado. E eu passei a corrigir antes da cirurgia. E deu certo. Muito certo mesmo. (E1: 44).

Nos últimos anos, o termo dieta vem sendo associado a restrições alimentares e planos alimentares altamente restritivos, que priorizam a exclusão de determinados nutrientes ou grupos alimentares (ABESO, 2022). Para todos os entrevistados, dieta era significado de restrições severas momentâneas, mas que depois de passado o período de limitação, poderiam voltar a desempenhar a mesma prática de consumo alimentar de anteriormente, conforme se observa nas palavras do entrevistado 4.

Era sempre achar que dieta era dieta, ou seja, era uma coisa temporária. Então, já tinha ouvido falar da reeducação alimentar mesmo e meio que ignorava isso e tratava "dieta é uma coisa que você vai fazer por três meses e depois você pode voltar a ser exatamente o que era". Parece uma coisa totalmente idiota de pensar hoje em dia, né? Mas na minha cabeça, é assim, realmente não caía a ficha aqui. Ah, eu vou passar três meses comendo salada, emagrecer, depois eu posso voltar a comer meus nhoques aqui, que tudo vai tá tudo bem. Então, assim, tinha esse primeiro ponto. E o segundo ponto de tratar a dieta sempre como algo extremamente restritivo. [...] E hoje em dia, eu já entendi [...]. Porque, inclusive, se eu parar, se eu mudar e voltar a comer o que eu comia, eu vou voltar a engordar. Eu estou comendo normal, então eu entendo que dieta, na verdade, é o que eu como todo dia, basicamente. (E4: 126).

Partindo do pressuposto que tinham uma compreensão equivocada do real significado de dieta, os entrevistados 2, 3 e 4 descrevem a sua relação disfuncional com dietas antes do início do tratamento da obesidade, relatando que sempre entravam e saíam de dietas. O entrevistado 1, por sua vez, declara que nunca se considerou realmente fazendo dieta.

Era bem disfuncional. O que você pensar que de dieta eu já tentei. E principalmente na época, que era 13 anos atrás ou mais, a gente não tinha muito o entendimento desse contexto das dietas. [...] Então, ninguém tinha essa preocupação nutricional, ninguém tinha preocupação se fazia bem, se fazia mal, ninguém tinha esse entendimento. Então, era bem... eu digo que **era uma "guerra"** assim. A gente vivia em dieta, mas ao mesmo tempo, logo em seguida, tinha todo o exagero alimentar, então ficava essa gangorra em relação a isso. Mas eu digo que eu sempre estive dentro desse quadro das dietas antes do meu tratamento com obesidade. (E3: 73, grifo do autor)

A ABESO (2022) entende que o resgate do significado real da palavra "dieta" contribui com a aderência da população ao seguimento de alimentação saudável e suaviza algo

aparentemente difícil de seguir. O termo “dieta” corretamente empregado representa alimentar-se de forma saudável, do ponto de vista qualitativo e quantitativo, conforme já definido no Quadro 1 (ABESO, 2022). Percebe-se na fala dos entrevistados que quando se referem ao pós-tratamento, não usam o termo “dieta”, evidenciando o caráter pejorativo do termo que ainda carregam consigo. Inclusive, demonstram em suas falas, por vezes que, para eles, o termo dieta ainda não é associado com um plano alimentar calculado e adaptado às necessidades nutricionais e de saúde (ABESO, 2022): “hoje eu não considero dieta, hoje eu considero a minha alimentação normal.” (E4: 35).

Depois do início do tratamento da obesidade, os entrevistados 2 e 3 que viviam em “guerra” (E3: 73) ou numa “gangorra” (E2: 86) com as dietas, não seguem uma dieta prescrita. Nas palavras do entrevistado 2 nota-se que independente de seguir uma dieta prescrita, o importante é conhecer as melhores escolhas e fazê-las diariamente. A percepção do entrevistado 2 sobre dietas – seguir um plano alimentar – mudou de uma relação de culpa e prêmio e adquiriu o significado funcional da comida, que é construtivo para outros aspectos da vida prática, possibilitando que ele tomasse melhores decisões “na margem”, a cada dia.

É o que eu descrevi, de culpa e prêmio. Normalmente a dieta era uma coisa... Vou lá vai, vou fazer uma dieta. Ah, não, tenho que fazer isso aqui. Em dois meses era insustentável, e aí eu começava a me premiar no fim de semana. Depois eu caía na comida de novo, voltava tudo de novo. **Então era uma relação de gangorra.** (E2: 86, grifo do autor).

Então, eu ganhei uma consciência sobre a alimentação muito maior. Isso é importante porque faz com que você tenha a noção, você começa a tomar decisões melhores na margem. Você não precisa, ou eu estou de dieta ou não estou de dieta. Você toma decisões melhores ali no dia a dia. Cada decisão você consegue tomar uma decisão melhor. (E2: 152).

A entrevistada 3 relata que no início do tratamento da obesidade ainda seguia dietas. Da mesma forma que o entrevistado 2, percebeu que o que manteria a obesidade controlada não seria necessariamente seguir uma dieta e sim a mudança para uma alimentação saudável adquirida através de conhecimentos.

Logo de início, no pós-tratamento, eu ainda tinha um pouco dessa mentalidade de fazer dietas, de seguir certinho aquele plano alimentar, enfim. E justamente com os estudos e tal, eu fui vendo que não era bem isso que ia se manter. A mudança alimentar, a mudança de estilo de alimentação é bem diferente do você fazer uma dieta. (E3: 35).

Os entrevistados 1 e 4 relataram que hoje seguem um plano alimentar predeterminado. Os entrevistados 1 – que se submeteu a cirurgia bariátrica – e o entrevistado 4 – que se submeteu à cirurgia de remoção de vesícula – transparecem rigidez e seguimento desse plano, pois conforme as falas dos seus menus, ainda fazem restrições de alimentos. Cabe salientar que eram os que possuíam maior IMC antes do tratamento e enfrentaram emagrecimentos expressivos (E1: IMC inicial de 60,86 e perda de peso corporal de 43,6%; E4: IMC inicial de 50,93 e perda de peso corporal de 87,5%). Os entrevistados 1 e 4 também demonstram que desenvolver competências sobre nutrição é a chave para entender o consumo alimentar saudável e manter a obesidade controlada.

Hoje eu não considero a minha alimentação a dieta. Ela é uma reeducação alimentar, dentro de um plano. Eu como de tudo. Não é aquela coisa, você vai comer só frango e salada. Não! Tem de tudo. E tem dias por exemplo, que eu como comidas que não tem nada a ver com dieta. Mas que desde a minha reeducação de alimento e de atividade física eu sei que se eu comer um determinado alimento mais calórico, ao fim do dia eu vou para a academia, ao fim do dia eu tenho mais gasto do que eu faria no dia comum ou em uma determinada semana. (E1: 132).

Conforme evidenciado na subseção 2.1, segundo a ABESO (2022) a recomendação de dieta equilibrada é o caminho tanto para a prevenção como para o tratamento da obesidade e suas comorbidades. De acordo com a European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), “dieta” é um dos principais determinantes para a saúde futura de um indivíduo, especialmente na prevenção de doenças cardiometabólicas e câncer (Cederholm, 2017).

Sobre a relação da prática de consumo alimentar com a saúde antes do tratamento, todos os entrevistados declararam que não havia essa preocupação de exercer uma prática de consumo alimentar focada para a saúde, conforme preconiza a OMS no Quadro 2 e o guia alimentar brasileiro (Ministério Da Saúde, 2014): “Na época, eu julgo até que eu não ligava muito para essa questão de saúde, de uma alimentação saudável voltada para essa questão de um cuidado, mas sim de um cuidado mais físico [estético], mesmo também de costume de casa.” (E3: 75).

Apenas os entrevistados 1 e 4 relataram que tinham problemas de saúde – além da obesidade - e deficiências em virtude da prática de consumo alimentar. O entrevistado 4 discorre que não entendia o valor da composição alimentar para a saudabilidade do corpo e possuía vários quadros de saúde como colesterol alto, triglicerídeos altos, diabetes e déficit de vitaminas e nutrientes. Também mencionou que atribuía à obesidade 50% da causa de sua depressão.

Não tinha esse controle [da relação da alimentação com a saúde], mas meus exames de sangue diziam que não funcionava, assim, era realmente tudo alternado, colesterol alto, triglicéridos, diabetes, tudo, tinha bastante déficit de vitaminas, então realmente não tinha. [...] Eu não sabia essa história que um corpo que se alimenta de proteínas, tem um formato e uma saúde diferente do que um corpo que se alimenta de carboidratos, pra mim comida era comida, [...] eu sabia o que era carboidrato, eu sabia o que era proteína, mas eu não associava, não caía essa ficha pra mim. (E4: 47).

Hoje, após o início do tratamento e de perder 87,5% do seu peso corporal, o entrevistado 4 declara que o processo de mudança de prática alimentar está sendo mais fácil e prazeroso do que imaginava, mas que ainda carrega consigo questões de saúde da época em que estava na obesidade mórbida, como problemas no joelho, flacidez na pele e as “paranoias” decorrentes dos transtornos alimentares que sofreu no processo. Mas, tais fatos, funcionam como um lembrete de que a mudança de prática alimentar deve ser permanente para a manutenção da obesidade controlada.

Eu fico pensando: “Nossa, por que eu não fiz isso antes? Por que eu não fiz isso lá com 14 anos?” Porque eu não ia carregar as marcas na pele, não ia ter todos os problemas que eu tenho hoje, de joelho, de não sei o que, de não sei o que, porque, no final do dia, eu continuo carregando as minhas paranoias, troquei paranoias por paranoias, né? Tipo, não tem obesidade, mas eu ainda tenho minha flacidez na pele, ainda tenho várias outras coisas que me incomodam, mas acho que o papel é ser um gatilho de sentir que tá sempre ali e que eu não posso me descuidar, basicamente é isso. (E4:127)

O entrevistado 1 também comenta que antes do tratamento da obesidade a sua alimentação não tinha a composição necessária de nutrientes de uma dieta equilibrada. A ausência da dietoterapia antes do tratamento catalisou o aparecimento de hipertensão com 21 anos. Embora ingerisse grandes quantidades de alimentos, ainda possuía deficiência de vitaminas e minerais, o que impactava na sua disposição cotidiana. Outros tipos de DCNT como diabetes não ocorreram e o seu quadro de hipertensão era controlado por remédios. O entrevistado demonstra que a relação com as dietas mudou, pois hoje entende o valor da reeducação alimentar, principalmente acompanhada de um nutricionista, necessária ao tratamento da obesidade e manutenção do peso corporal.

Até uma certa idade, com 5 ou 6 anos, eu não tinha isso [obesidade]. Depois eu passei a ter um ganho de peso muito rápido. Muito mesmo! E aí quando se tornou obesidade em si, até uma determinada idade, acho que 18 ou 19 anos, eu não tinha ali uma preocupação tão grande. Mas aos 21 anos, eu me vi preocupado! Quando eu mesmo tive que escolher qual era o meu medicamento para tratamento de hipertensão. Não é normal alguém com 21 anos ter hipertensão. **Aí foi no dia que eu percebi que a obesidade em si ela tinha iniciado o lado ruim na minha vida.** Ela já deu meu primeiro sinal de alerta. Eu sou com 21 anos uma pessoa hipertensa! Com 21 anos eu

era a pessoa que, habitualmente, tinha uma alimentação ruim todo santo dia. Por conta da obesidade, por conta da ausência de um tratamento com nutricionista, por conta da ausência de uma reeducação alimentar orientada por profissionais. (E1: 131, grifo do autor).

Eu acho que eu não tinha uma composição adequada [de nutrientes na alimentação] antes do tratamento. Eu tinha uma deficiência altíssima de vitamina D! [...] Era surpreendente, para os médicos a minha quantidade de colesterol e quantidades dos resultados gerais de exames. Não eram tão ruins. Eu não tinha por exemplo glicemia alta. Era sempre normal. O meu colesterol era limite. Ele não era alto. Ele era limite do normal para o alto. [...] Agora essa questão de vitaminas e minerais... Quando passava especificamente para isso, eu era uma pessoa do corpo muito grande com deficiência de vitamina. Por isso que eu acordava pela manhã com a sensação que tinha sido atropelado por um caminhão, que não dormia direito, que sentia cansaço. Então antes disso eu tinha uma deficiência muito grande dessa composição de vitaminas. (E1: 76).

No contexto depois do início do tratamento para obesidade em que o entrevistado 1 começou a seguir uma dieta focada em repor os nutrientes que ele perde em virtude da cirurgia bariátrica, ressalta o poder da prática de consumo alimentar adquirida na manutenção da saúde, pois hoje deveria ter deficiência de nutrientes, que não apresenta, pela dieta e suplementação realizadas.

Hoje, a minha composição de nutrientes é muito focada em repor vitaminas e minerais que eu perco facilmente pela cirurgia. Contudo, com a minha suplementação, que é o que eu faço né? Suplementação mais alimentação focada, nesses alimentos para repor também esses nutrientes, ela é excelente! Porque o normal é que eu tenha deficiência. [...] pela alteração anatômica da cirurgia. Mas eu não tenho. Não ainda! Eu faço exames contínuos. Os últimos agora eu não tive, nem deficiência de vitamina D [cuja deficiência era “altíssima” antes do tratamento], nem de outros minerais. Nada! É bem surpreendente, porque o normal seria que eu tivesse. (E1: 76).

O entrevistado 2 ressalta como a mudança nas práticas de consumo alimentar depois do início do tratamento da obesidade impactou na sua qualidade de vida, pois hoje ele considera a alimentação saúde. Antes do tratamento, o entrevistado tinha uma relação hedonista com o consumo alimentar, conforme já mencionado.

É uma relação de um componente de bem-estar, a comida é um componente de bem-estar para mim. Hoje, eu entendo que boa parte do meu bem-estar tá associado à minha saúde, saúde mental, saúde intestinal, saúde... Em outras palavras, em português, claro, né? Se eu comer uma pizza numa terça-feira, eu vou passar a quarta-feira mal. Eu vou dormir pior, vou trabalhar pior, vou ficar mais estressado, enfim, isso me afeta de diversas outras maneiras. (E2: 170).

Sobre a dimensão estético-afetiva da prática de consumo alimentar, os entrevistados 1 e 2 relataram que a estética não tinha influência nas práticas de consumo alimentar antes do tratamento da obesidade, pois sabiam que a forma com que exerciam o consumo alimentar os

conduzia à obesidade. Para o entrevistado 2, a estética passou a ter alguma importância, mas ainda não é o fator mais relevante, e sim a saúde. Já para o entrevistado 1, essa relação da alimentação com a estética mudou radicalmente depois do início do tratamento da obesidade.

Mudou 100%. 100%. Porque eu sei que hoje o hipercalórico, ele me ajuda a ganhar peso. E o hipo me faz perder peso, dentro do meu déficit de alimentação. E essa questão por exemplo de consumir mais proteína, para ter mais força durante o treino. [...] Porque eu sei que, tudo isso que eu faço, reverbera lá no peso. E aí reverberando no peso, tem uma alteração estética. Antes por exemplo, eu não tinha preocupação nenhuma. Hoje eu tenho total. Antes da cirurgia eu não tinha preocupação nenhuma com essa possível queda na quantidade de pele. Hoje eu tenho. Próxima segunda eu tenho uma consulta marcada, com o cirurgião plástico. Então tudo mudou! Mudou completamente. (E1: 135).

Para o entrevistado 4, em algum momento a estética teve influência sobre a prática de consumo alimentar antes do tratamento, estimulando-o a emagrecer, mas a frustração nesse processo o levou a um quadro de depressão: “Acho que todas as vezes que eu quis emagrecer, foi sempre mais por uma insatisfação estética do que por saúde. Mas chegou um momento que eu abandonei a ideia. Por isso que também veio junto com o quadro de depressão.” (E4: 129). Depois do início do tratamento declara que a influência da estética ainda é bem alta na sua prática de consumo alimentar e que entende que a estética pode o levar a tomar decisões equivocadas se for o fator preponderante da prática.

Mas hoje em dia eu confesso que estou bem pautado pela estética. Consigo dar um exemplo muito prático dessa semana. Voltei extremamente inchado de Fortaleza. [...] Estou mudando minhas decisões alimentares porque eu quero me sentir menos inchado. Então, de certa forma eu considero que a saúde agora está em dia. Está ok. De novo, deixou de ser uma questão. E uma coisa está vindo acompanhada da outra. Sei que também tem seus problemas, né? Porque depois eu posso tomar decisões erradas por conta da estética, né? Mas por enquanto está sob controle. (E4: 130).

Já a entrevistada 3 relata que todo o seu consumo alimentar era pautado na estética antes do início do tratamento da obesidade: “Então, a minha preocupação física era muito voltada também para essa questão do que eu consumia.” (E3: 76). Logo no início do tratamento, ainda tinha decisões baseadas na estética. Entretanto, com o tempo, foi percebendo que esse componente mais atrapalha do que ajuda e vem buscando um padrão corporal que a deixe confortável consigo mesma.

Eu me lembro que logo o meu pós- imediato [da cirurgia bariátrica] [...] o meu sonho de corpo era ter o corpo das Kardashians. Eu me lembro que era o meu sonho, tinha certeza que ia ficar daquele jeito. E aí, não tem nada a ver com o meu corpo. E assim, hoje mesmo, atualmente, eu não tenho nenhum exemplo. Na verdade, eu acho que

mais atrapalha do que ajuda. Então, eu busco, na verdade, atualmente o corpo que me deixa confortável comigo. (E3: 38).

Ainda na dimensão estético-afetiva da prática de consumo alimentar, estão os transtornos alimentares, que são as perturbações no comportamento relacionado à alimentação que reverberam no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que comprometem significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. Desde a publicação da 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em 2013, são considerados transtornos alimentares: o transtorno de compulsão alimentar, bulimia nervosa, anorexia nervosa, alotriofagia, transtorno de ruminação, além de condições parciais e/ou ainda sem classificação específica (Kalil; Pisciolaro, 2017).

Antes do tratamento da obesidade, todos os entrevistados relataram algum nível de transtorno de compulsão alimentar. Depois do tratamento da obesidade, mencionaram permanecer com tal transtorno os entrevistados 2 e 3 (em ocasiões pontuais) e 4. O entrevistado 4 também relatou que sofreu de bulimia durante o tratamento da obesidade: “[...] teve episódios de compulsão, teve bulimia, teve muita coisa no caminho até chegar onde está hoje.” (E4: 125).

Sobre os modos à mesa o entrevistado 1 relata que depois do início do tratamento da obesidade houve mudanças em três aspectos, que antes do tratamento não havia atenção: de quantidade, de melhor escolha de menu e da forma correta de mastigar.

Sim, eu sinto. Porque antes, por exemplo, eu não tinha essa escolha, do que seria a melhor opção para comer. E também não tinha esse filtro sobre quantidade do que comer. E mais a grosso modo, também o outro filtro de como comer corretamente, do mastigar. Estes são os três antes da cirurgia. No pós cirúrgico, no pós tratamento, eu tive a adoção desse filtro, de quantidade, de melhor escolha e essa mastigação também. (E1:108; 109).

Para o entrevistado 2 os modos à mesa antes do tratamento eram “horríveis”: “Horríveis! Comia rápido, suja a mesa inteira, enche a boca, “caga a roupa”. Não deixava para as pessoas.” (E2: 168). Ele relata que não houveram mudanças nos modos à mesa entre antes e depois do início do tratamento para obesidade, que ainda continua comendo impulsivamente.

Bem pensado isso, eu não tinha feito essa reflexão. Não melhorou muito. Eu ainda sou "guloso exagerado", sujo, cago tudo, tipo, nervoso pra comer, "cago a mesa", sujo a mesa, ainda não consigo, eu acho lindo quem senta assim, pratinho, aí mastiga devagarzinho, aí termina de encolher pra pegar outra, não é isso que eu faço, eu como rápido e impulsivamente já melhorou muito, mas assim, falta muito. (E2: 169).

A entrevistada 3 relata que as mudanças dos seus modos à mesa são relativas à atenção que ela passou a conferir à prática de consumo alimentar depois do tratamento.

Mas eu acho que hoje eu consigo prestar um pouco mais de atenção na minha alimentação. Antes, sei lá, ia comer no meu quarto, assistir televisão, não tinha essa preocupação realmente. E hoje eu já me preocupo em sentar na mesa, em fazer um preparo de uma mesa posta para mim, que é algo que eu gosto. Então, assim, hoje eu tenho essa preocupação com o momento. Antes não, era qualquer coisa, em qualquer lugar servia. (E3: 77;78).

O entrevistado 4, por sua vez, discorre que em casa, sempre come no sofá e com distrações; e, em restaurantes, sempre é o primeiro a terminar a comer, pois come muito rápido. Menciona que não houveram tantas mudanças nos seus modos à mesa entre antes e depois do início do tratamento, pois foram adquiridos há 30 anos; mas que no momento em que cria consciência da forma como está incorporando o alimento, tenta modificar o comportamento de imediato.

Os entrevistados 1 e 3 declararam que não observavam tanta diferença entre as suas práticas de consumo alimentar e as da sociedade no geral antes do tratamento da obesidade. Também entendem que a sociedade como um todo evoluiu em práticas de consumo alimentar saudáveis e que, por isso, hoje que as adotam depois do início do tratamento, não notam considerável dissonância entre o seu padrão de consumo alimentar e o da sociedade.

Já os entrevistados 2 e 4 mencionaram que, o fato de terem uma relação excessivamente negativa com a comida, de compulsão, é que poderia ser um fator de dissonância entre suas práticas e do restante da sociedade. O entrevistado 4 ainda relata que tentava maquiagem a forma como comia para não parecer tão distante das outras pessoas.

Eu vou olhar minha vida adulta, né. Como infância eu tive talvez a alimentação do brasileiro médio, de classe média, de baixa informação. Que é tipo arroz, feijão, fritura e tudo mais. Que eu acho que o brasileiro médio não tem essa consciência nutricional. Mas como adulto, com certeza. Tanto que os episódios de compulsão sempre agora aconteciam sozinhos. Então eu era aquela pessoa que às vezes quando tava comendo com todo mundo no almoço comia umas coisas gordas, mas às vezes também comia um alface ali pra enganar. Punha tipo não sei o que, pra não parecer tão diferente do todo. Mas que à noite eu sabia que não era normal eu comer um pote de sorvete inteiro. Assim como também eu saber que não é normal alguém viver 100% de IFood, que é uma coisa extremamente pautada na renda. Quando eu pedia IFood, não é que eu tava pedindo comida pra um, tava pedindo comida pra dois. Então ficava muito evidente isso, né. Tipo, é prato pra dois. Ah, acho que funciona pra mim, eu como muito mesmo. Então claramente era diferente do padrão médio ali, né. O famoso, ah, rende tantas porções pra uma pessoa. (E4: 136).

Os entrevistados 2 e 4 também consideram que atualmente a sociedade está mais engajada em práticas de consumo alimentar saudáveis, assim como eles, portanto, havendo alguma consonância entre suas práticas e da sociedade no geral, no círculo social que convivem. Contudo, os entrevistados 2 e 4 julgam que a prática de consumo alimentar depois do início do tratamento representa um esforço maior para eles do que para a média da população, pois devem prestar uma atenção maior para controlar a obesidade que vivenciavam antes do início do tratamento.

Porque eu realmente acho que as pessoas não têm a consciência do que comem. Mas acho que tá mais próximo, especialmente do meu círculo. Porque o meu círculo é bem informado. Então, digamos, como quantidades mais normais de comida. Eu como coisas mais normais. Não tem episódios de tá comendo uma caixinha de Pringles todo dia. [...] Mas ao mesmo tempo, eu sinto que não é padrão ter tanto nível de controle. Eu controlo minhas calorias. Por exemplo, eu controlo 100% das minhas calorias até hoje. Eu sei quantas calorias eu vou comer. Se eu comer alguma coisa fora do dia, eu vou tentar imaginar. Ah, isso aqui tinha tantas calorias. Tentar ali no olhómetro estabelecer isso, que é uma coisa que as pessoas não fazem. (E4: 133).

A partir das entrevistas, foi elaborado o Quadro 14 que compara a unidade de registro incorporação, antes e depois do início do tratamento da obesidade.

Quadro 14 – C1U3: Mudanças entre AT e DT na incorporação da prática de consumo alimentar.

Categoria 1 – C1U3: Incorporação		
Significado das unidades de registro	AT	DT
Desordens alimentares	Todos os entrevistados mencionaram sofrer de compulsão alimentar antes do tratamento da obesidade.	Depois do tratamento da obesidade, os entrevistados 2, 3 e 4 relataram ainda ter episódios de compulsão, tendo o entrevistado 4 também mencionado episódios bulímicos.
Dieta (Autodisciplina e autocontrole)	Todos os entrevistados entendiam por dieta uma investida restritiva e temporária, em que passado o tempo da dieta, poderiam voltar a ter seus hábitos alimentares insaudáveis anteriores. O entrevistado 1 declarou que nunca tinha tentado dietas, pois não se importava com a saúde ou estética. Já os entrevistados 2, 3 e 4 de forma geral, viviam entrando e saindo de dietas, mas sem nenhum método, disciplina ou consciência.	Todos os entrevistados começaram a entender o valor da reeducação alimentar permanente, que seria o verdadeiro significado de dieta de acordo com a ABESO (2022). Para todos os entrevistados, os conhecimentos adquiridos sobre nutrição foram o catalisador da saída da obesidade e permanência da obesidade controlada. Os entrevistados 2 e 3, atualmente, não seguem uma dieta prescrita, pois consideram que os conhecimentos adquiridos reverberam nas melhores escolhas alimentares cotidianamente, sem a necessidade de tal guia. Os entrevistados 1 e 4, que ainda estão em

		processo de emagrecimento, seguem dietas prescritas.
Saúde	<p>A relação das práticas de consumo alimentar com saúde não era clara nem importava para nenhum dos entrevistados antes do início do tratamento da obesidade. Apenas os entrevistados 1 e 4 relataram que tinham DCNT e deficiências em virtude da prática de consumo alimentar. O entrevistado 4 possuía vários quadros de saúde como colesterol alto, triglicerídeos altos, diabetes e déficit de vitaminas e nutrientes. Também mencionou que atribuía à obesidade 50% da causa de sua depressão.</p> <p>O entrevistado 1 relatou o aparecimento de hipertensão com 21 anos, além de deficiência de vitaminas e minerais, o que impactava na sua disposição cotidiana.</p>	<p>Entretanto, para todos, essa relação começou a ser de elevada importância após o início do tratamento.</p> <p>Os entrevistados 1 e 4 conseguiram, através da alimentação, o controle de DCNT – hipertensão, diabetes, colesterol alto –, bem como a suplementação adequada de nutrientes.</p> <p>O entrevistado 2 foi o que demonstrou maior atenção à saúde relacionada as suas práticas de consumo alimentar depois do início do tratamento da obesidade, declarando que a alimentação impacta na sua saúde em vários aspectos.</p>
Disjunções entre hábitos pessoais e padrões sociais	<p>Os entrevistados 1 e 3 declararam que não observavam diferença entre as suas práticas de consumo alimentar e as da sociedade no geral antes do tratamento da obesidade. Já os entrevistados 2 e 4 mencionaram que, o fato de terem uma relação excessivamente negativa com a comida, de compulsão, é que poderia ser um fator de dissonância entre suas práticas e do restante da sociedade. O entrevistado 4 ainda relata que tentava maquiagem a forma como comia para não parecer tão distante das outras pessoas.</p>	<p>Todos os entrevistados consideram que a sociedade atualmente está mais preocupada com um padrão de consumo alimentar saudável. Assim, o fato de terem engajado no tratamento da obesidade, aproxima suas práticas de consumo alimentar das práticas da sociedade.</p>
Dimensão estético-afetiva das preferências alimentares	<p>Sobre o componente da estética nas decisões alimentares, os entrevistados 1 e 2 declararam que antes do tratamento da obesidade ela não influenciava, pois sabiam que a forma que conduziam sua prática de consumo alimentar os manteria no quadro de obesidade.</p> <p>Para os entrevistados 3 e 4, a estética tinha relevância, embora soubessem que os hábitos não eram compatíveis com a estética almejada.</p> <p>O entrevistado 4 teve quadro de depressão por não conseguir atingir padrões estéticos.</p>	<p>Depois do início do tratamento, a estética ganhou uma representatividade muito grande para o entrevistado 1, mas para o entrevistado 2 ainda é baixa, sendo a saúde o principal componente.</p> <p>No sentido inverso, a entrevistada 3 tinha grande preocupação inicial com a estética nas suas práticas de consumo alimentar antes e logo no início do tratamento da obesidade, mas depois de um tempo de tratamento, percebeu que está mais atrapalha do que ajuda no processo, hoje buscando o corpo que a deixa confortável consigo mesmo.</p> <p>Já o entrevistado 4 continua relevando bastante o componente, fazendo escolhas alimentares pautados nele.</p>
Modos à mesa	<p>Os entrevistados, no geral, declararam que não havia atenção aos modos à mesa antes do início do tratamento. E que, nem sempre, comiam à mesa, podendo ser no sofá ou na cama.</p> <p>As refeições normalmente ocorriam com distrações, sem prestar atenção ao</p>	<p>Para os entrevistados 1 e 3 ocorreram mudanças expressivas nos modos à mesa, pois depois do início do tratamento da obesidade passaram a dedicar mais atenção ao momento da prática de consumo alimentar.</p> <p>Para o entrevistado 1 houve mudanças em</p>

	momento do consumo alimentar.	três aspectos, que antes do tratamento não havia atenção: de quantidade, de melhor escolha de menu e da forma correta de mastigar. Já para os entrevistados 2 e 4 não ocorreram alterações expressivas, já que os maus hábitos foram adquiridos por toda a vida, ainda comem rápido e sem dar muita atenção ao momento. Mas que no momento em que criam consciência da forma como estão incorporando o alimento, tentam modificar o comportamento de imediato.
--	-------------------------------	---

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Desenhada a prática de consumo alimentar de todos os entrevistados, antes e depois do início do tratamento da obesidade, através das três unidades de registro da categoria 1, a subseção a seguir destina-se a revelar e catalogar as práticas integrativas subjacentes ao consumo alimentar.

4.3 A prática de consumo alimentar composta por suas práticas integrativas

Esta subseção refere-se ao objetivo específico de observar a prática de consumo alimentar composta por suas práticas integrativas antes e durante o tratamento de obesidade. O Quadro 15 apresenta a categoria 2 e sua unidade de registro única.

As práticas sociais também interagem. Em algumas situações, eles competem por recursos, incluindo tempo e energia das pessoas. As práticas integrativas também podem apoiar e sustentar uma à outra. Por exemplo, comer muitas vezes depende de cozinhar, de entender etiquetas, de ler manuais. De qualquer maneira, as práticas se conectam e, ao fazê-lo, formam sistemas complexos ou pacotes que têm vida própria, desenvolvendo a prática composta. A trajetória de qualquer prática provavelmente afetará as trajetórias de outras e terá consequências para diferentes aspectos da vida cotidiana (Blue, 2016).

Quadro 15 - Categoria 2: a prática de consumo alimentar composta por suas práticas integrativas.

Unidades de registro	Significado das unidades de registro
C2U1 - Práticas integrativas subjacentes ao consumo alimentar.	Os eventos de consumo alimentar podem ser situados dentro de “metapráticas” encenadas por meio de um emaranhado de práticas interdependentes.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Certas práticas supõem e exigem a reprodução de outras. Nos casos em que as sequências são importantes e onde uma prática produz elementos (por exemplo, competências

ou materiais) dos quais outra depende, as práticas de pré e co-requisitos “colaboram” na reprodução de complexos mais extensos em que todas têm uma parte a desempenhar (Shove, Pantzar, Watson, 2012)..

Segundo Ferreira e Christino (2021), para entender como uma prática evolui, é preciso demarcar o escopo da prática, o que inclui conhecer todo o seu nexos, uma vez que uma prática não existe sozinha, mas em consonância com outras já estabelecidas no cotidiano do praticante, com tempo e espaço limitantes de sua dinâmica. Dentro desse nexos estão as práticas integrativas, que servem de suporte, apoio e motivação ou metapráticas (Ferreira; Christino, 2021).

4.3.1 Práticas integrativas subjacentes ao consumo alimentar

A partir das entrevistas, foi possível identificar 59 práticas integrativas que compõem a prática de consumo alimentar, sendo 31 antes do tratamento da obesidade (AT) e 46 depois do início do tratamento (DT). Algumas dessas práticas, no total de 18, foram citadas nos dois momentos. Os APÊNDICE D – PRÁTICAS COMPOSTAS À PRÁTICA DE CONSUMO ALIMENTAR ANTES DO INÍCIO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE (C2U1) e APÊNDICE E – PRÁTICAS COMPOSTAS À PRÁTICA DE CONSUMO ALIMENTAR DEPOIS DO INÍCIO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE (C2U1) trazem as práticas integrativas, o número de entrevistados que as citou, a quantidade de citações para cada uma, os códigos das citações no Atlas TI e um exemplo de citação para cada prática. Adicionalmente, ao final de cada quadro, têm-se a linha de totais, contendo: a quantidade total de práticas identificadas, a média do número de entrevistados que citou as práticas, e o número total de citações.

O Quadro 16, a seguir, resume todas as práticas integrativas à prática de consumo alimentar identificadas na pesquisa, evidenciando se foram citadas antes do início do tratamento da obesidade, depois do início ou nos dois momentos.

Quadro 16 – C2U1: Comparativo entre AT e DT das práticas integrativas subjacentes à prática de consumo alimentar.

Categoria 2 – C2U1: Práticas integrativas subjacentes ao consumo alimentar

Práticas	AT	DT
Adoecer (transtorno alimentar)	X	X
Adoecer (transtorno físico)	X	
Adoecer (transtorno psicológico)	X	X
Adquirir conhecimentos sobre alimentação	X	X
Alcançar metas de consumo alimentar		X
Apoiar-se psicologicamente	X	
Apoiar-se psicologicamente (contexto emocional negativo)	X	X
Apoiar-se psicologicamente (contexto emocional positivo)		X
Assar		X
Comprar em feira		X
Comprar em hortifrúti		X
Comprar no supermercado	X	X
Consultar-se com profissionais da obesidade	X	X
Controlar a alimentação		X
Cozinhar	X	X
Cuidar da saúde		X
Descuidar da saúde	X	
Despreocupar-se com a estética	X	
Dormir	X	X
Emagrecer	X	X
Enfrentar a obesidade		X
Equipar a cozinha (com itens para receitas hipercalóricas)	X	
Equipar cozinha (com itens para receitas funcionais)		X
Escolher profissionais		X
Estocar a alimentação		X
Estudar	X	
Fazer atividade física		X
Fazer balão intragástrico	X	
Fazer cirurgia bariátrica	X	
Fazer dieta	X	X
Fazer restrição alimentar	X	X
Ficar estressado		X
Frequentar/comprar em restaurante	X	X
Fritar	X	
Fumar	X	
Incorporar o alimento	X	X
Ingerir bebida alcoólica	X	X
Instruir um cozinheiro		X
Ir ao shopping	X	
Ler receitas	X	X
Ler tabela nutricional/rótulo		X
Levar marmita		X
Pedir delivery	X	X
Planejar a alimentação		X
Preocupar-se com a estética	X	X
Preparar a alimentação		X
Preparar marmitas		X
Preparar mesa posta		X
Programar locais de compra da alimentação		X
Registrar calorias		X
Relaxar	X	
Sair para comer		X

Seguir nas redes sociais		X
Socializar	X	X
Socializar com a família		X
Suplementar a alimentação		X
Ter o "dia do lixo"	X	
Trabalhar		X
Viajar		X

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Sobre as práticas integrativas à prática de consumo alimentar antes do início do tratamento da obesidade, cada prática foi citada em média por 2 entrevistados diferentes, incorrendo num total de 77 citações para as 31 práticas observadas. Para aquelas identificadas depois do início do tratamento, permaneceu o número médio de 2 entrevistados diferentes mencionando cada prática, tendo ocorrido um total de 151 citações para as 46 práticas constatadas.

Sobre as práticas que se repetem entre antes e depois do tratamento da obesidade, cabe salientar que a prática “adoecer (transtorno alimentar)” foi citada por todos os entrevistados antes do tratamento, quando explicam a sua compulsão alimentar. Apenas o entrevistado 4 pontuou outro transtorno alimentar, a bulimia, conforme já mencionado no subseção 4.2.3. Depois do início do tratamento, tal prática somente tem ocorrência na fala de dois entrevistados, 2 e 4, referenciando o fato de ainda terem episódios de compulsão alimentar, embora mais pontuais e controlados.

Já “adoecer (transtorno psicológico)” apenas foi citada pelo entrevistado 4, antes do início do tratamento, uma vez que creditava 50% da causa da sua depressão à obesidade. No pós tratamento, foi aludida pelo entrevistado 1, que se viu num quadro de compulsão por gastos depois da cirurgia bariátrica.

A prática “adquirir conhecimentos sobre alimentação” foi mencionada antes do tratamento pela entrevistada 3, quando cita que buscava em “revistas de boa forma” conhecimentos sobre alimentação. Entretanto, no contexto pós início de tratamento, todos os entrevistados discorrem sobre essa prática no sentido de demonstrar que desenvolver conhecimentos sobre a alimentação é basilar para manter a obesidade controlada.

No que diz respeito à prática “apoiar-se psicologicamente (contexto emocional negativo)”, os entrevistados 1, 3 e 4 mencionaram o fato de a prática de consumo alimentar ser “[...] A minha forma de lidar com todas as minhas emoções [...]” (E3: 136). Mas apenas os

entrevistados 3 e 4 revelaram que ainda tem essa prática em alguma medida depois do início do tratamento da obesidade.

Sobre a prática “comprar no supermercado”, somente os entrevistados 3 e 4 mencionaram essa prática antes do início do tratamento. Depois do início do tratamento, todos os entrevistados indicaram tal prática como a principal de aquisição de alimentos, relevando o papel que os ingredientes certos têm em garantir a disponibilidade dos menus das dietas para a manutenção da obesidade controlada. Mesmo os entrevistados que trouxeram tal prática antes do início do tratamento, pontuam durante as entrevistas que os itens que eram comprados no supermercado mudaram.

A prática “consultar-se com profissionais da obesidade” foi apontada pelos entrevistados 3 e 4 antes do início do tratamento. A entrevistada 3 relata consultas com nutricionista, mas que não geravam impacto na sua prática de consumo alimentar: “eu acho que eu ia, entrava por um ouvido e saia pelo outro” (E3:120). O entrevistado 4 pontuou que já tinha consultado endocrinologista e psiquiatra, cujas prescrições reverberaram em emagrecimento pautado por remédios, com conseqüente reganho rápido do peso. O entrevistado 4 também menciona que ia a consultas com nutricionistas por orientação dos pais, mas que tal abordagem não alcançava sucesso na redução da obesidade, pois os profissionais não conseguiam acessá-lo. Depois do início do tratamento da obesidade, todos os entrevistados nomeiam tal prática, evidenciando as equipes multidisciplinares que os acompanham na manutenção da obesidade controlada, cujas relevâncias serão pontuadas na subseção 4.4.2, do elemento da prática de consumo alimentar “competências”.

Antes do início do tratamento da obesidade, os entrevistados 1 e 4 mencionam que executavam a prática de “cozinhar”, sem se importar com a questão calórica e a forma que impactaria na obesidade. Depois do início do tratamento, entretanto, todos os entrevistados narram a prática, indicando que ter controle sobre a forma que os alimentos são preparados é relevante para a manutenção da obesidade controlada. Essa prática também aparece várias vezes relacionada a outras práticas como “levar marmita”, “controlar a alimentação”, “estocar a alimentação”, “planejar a alimentação” e “preparar a alimentação”.

Já a prática “dormir” foi referenciada apenas pelo entrevistado 2, tanto antes quanto depois do início do tratamento da obesidade. Antes, ele diz que dormia mal por se alimentar

mal. Exatamente por ter mudado a sua prática de consumo alimentar, entende que a prática reverberou no fato de dormir e acordar melhor, com mais saúde e disposição.

A prática de “emagrecer” foi citada pelos entrevistados 2, 3 e 4, antes do início do tratamento, indicando que buscavam reduzir o peso corporal, mas “[...] sem nenhuma consciência, sem nenhum método, sem nenhuma disciplina.” (E4: 248). Depois do início do tratamento, foi mencionada pelos mesmos entrevistados, como resultado do processo de mudança da prática de consumo alimentar.

Sobre “fazer dieta” percebe-se que essa prática tem significados diferentes nos dois contextos. Antes do início do tratamento, foi citada pelos entrevistados 1, 2 e 3, associada a restrições alimentares e planos alimentares altamente restritivos. Depois do início do tratamento, todos os entrevistados transpareceram fazer dieta por seguirem uma prática de consumo alimentar saudável, do ponto de vista qualitativo e quantitativo (ABESO, 2022) - mesmo que não nomeiem com esse termo por referência à representatividade da palavra antes do início do tratamento da obesidade.

A prática “fazer restrição alimentar” foi mencionada pelo entrevistado 2 antes do início do tratamento, no contexto das dietas restritivas que realizava. Depois do início do tratamento, foi pontuada pelos entrevistados 1 e 4, que escolhem não comer determinados tipos de alimentos pela questão calórica ou pela dificuldade de incorporação em virtude da cirurgia bariátrica (E1) ou de remoção da vesícula (E4).

Antes do início do tratamento da obesidade, a prática “frequentar/comprar em restaurante”, era realizada pelos entrevistados 2 e 4, intensamente, em virtude das suas rotinas de trabalho ou dos pedidos de delivery, como uma forma de socialização ou recompensa emocional. A entrevistada 3 relacionava o consumo em restaurantes aos momentos de compulsão alimentar, em que comprava quantidades exageradas para comer sozinha. Depois do início do tratamento da obesidade, a prática é mencionada pelos entrevistados 2 e 4, ainda no contexto de socialização, mas que agora está mais ligado a relevar as companhias do que o sabor do alimento.

Já a prática “incorporar o alimento”, antes do início do tratamento, é citada pelo entrevistado 2 como uma conjuntura negativa em que a prática de consumo alimentar reverberava na sua saúde fazendo-o digerir mal, dormir mal, ter baixa produtividade; e, pela entrevistada 3, quando demonstra a pouca atenção que dava ao momento da alimentação em si.

Depois do início do tratamento, é pontuada pelo entrevistado 1, como uma competência aprendida e necessária à prática de consumo alimentar saudável.

Antes do início do tratamento, a prática de “ingerir bebida alcóolica” é mencionada pelo entrevistado 2 juntamente com os momentos de socialização em que ocorria a prática de consumo alimentar insaudável; e, pelo entrevistado 4, em relevância às calorias decorrentes de tal prática, que era exagerada, e reverberava no peso corporal. O entrevistado 4 foi o único que mencionou a prática depois do início do tratamento, pontuando que hoje a ingestão de bebida alcóolica é bem controlada, de acordo com as orientações da OMS (WHO; 2018, 2021) do Quadro 2.

A prática de “ler receitas” foi indicada pelo entrevistado 4 antes do início do tratamento em conjunto com a prática de “cozinhar” menus hipercalóricos. Depois do início do tratamento, é trazida na fala do entrevistado 1, que utiliza as receitas disponibilizadas pela nutricionista que o acompanha para desempenhar sua prática de consumo alimentar.

Sobre a prática de “Pedir delivery” antes do início do tratamento, esta era parte importante do consumo alimentar insaudável pontuado pelos entrevistados 1, 2 e 4. Depois do início do tratamento, mencionam tal prática indicando que houve uma redução drástica desse tipo de consumo.

Apenas os entrevistados 3 e 4 revelaram a prática de “preocupar-se com a estética” antes do início do tratamento da obesidade. Entretanto, depois do tratamento, todos os entrevistados indicaram tal preocupação em alguma medida.

Por fim, independente de antes ou depois do início do tratamento, a prática de “socializar” foi trazida pela relevância do componente social da prática de consumo alimentar. Antes do tratamento foi mencionada pelos entrevistados 1, 2 e 4. Depois do início do tratamento, a representatividade da prática foi trazida pelos entrevistados 2 e 4.

Cabe explorar ainda algumas práticas compostas à prática de consumo alimentar que foram mencionadas em apenas um contexto, ou antes ou depois do início do tratamento da obesidade. A prática “adoecer (transtorno físico)” apenas se revelou antes do início do tratamento da obesidade, relacionada com quadros de enxaqueca e problemas no joelho do entrevistado 4. O mesmo raciocínio aplica-se para a prática “descuidar-se da saúde”, relacionada com alimentar-se sem se preocupar com o impacto na saúde e com o desenvolvimento de DCNT, que são consideradas “doenças de estilo de vida” (Blue, 2016).

Depois do início do tratamento, não houve nenhuma menção a estas duas práticas relacionadas à prática de consumo alimentar, o que demonstra que a mudança para padrões saudáveis da prática reverberou positivamente na saúde.

Já a prática “Fritar” foi mencionada unicamente antes do início do tratamento, enquanto a prática “Assar”, depois do início do tratamento, num resultado da mudança de modo de preparação dos alimentos com menor utilização de gorduras de acordo com as recomendações da OMS (WHO; 2018, 2021) do Quadro 2. De mesmo modo, o uso dos utensílios modificou a prática de “equipar cozinha (com itens para alimentos hipercalóricos)”, antes do início do tratamento, para “equipar cozinha (com itens para receitas funcionais)”, depois do início do tratamento.

Das práticas que apenas foram mencionadas depois do início do tratamento, merece destaque a prática “apoiar-se psicologicamente (contexto emocional positivo)”, indicando a mudança de *mindset* para o entrevistado 4 que, depois do tratamento, obtém prazer e satisfação com a prática de consumo alimentar não apenas com o sabor do alimento, mas também em cumprir seu plano alimentar e ter uma alimentação saudável.

A prática de consumo alimentar saudável, para os entrevistados, também implica em manter a alimentação da dieta sempre disponível. Portanto, novas práticas surgiram no contexto pós tratamento, como: “levar marmita”, “controlar a alimentação”, “estocar a alimentação”, “planejar a alimentação”, “preparar a alimentação” e “instruir um cozinheiro”. outras práticas como “programar locais de compra da alimentação”, “comprar em hortifrúti” e “comprar em feira” surgem depois do início do tratamento pela relevância dos alimentos naturais e frescos para a prática de consumo alimentar saudável. A entrevistada 3 também comenta que a prática de “preparar mesa posta” reverbera nas melhores escolhas alimentares.

Depois do início do tratamento da obesidade, a prática de “adquirir conhecimentos sobre alimentação” refletiu na prática de “ler tabela nutricional/rótulo”, comentada por todos os entrevistados, devido a importância de se saber o que está consumindo para alimentação saudável e manutenção da obesidade controlada. Outra fonte de conhecimento citada por todos os entrevistados foram as redes sociais, razão pela qual emerge a prática “seguir nas redes sociais”.

A conexão entre a prática de consumo alimentar e a prática integrativa “fazer atividade física” também só surge depois do início do tratamento da obesidade, assim como

preconiza a OMS como as duas formas de combate da obesidade (WHO, 2021). Já as práticas “alcançar metas de consumo alimentar”, “controlar a alimentação” e “registrar calorias” revelaram-se, depois do início do tratamento, nas falas do entrevistado 1 e 4 que seguem planos alimentares prescritos.

Além das práticas integrativas, compõem o nexo da prática de consumo alimentar os elementos da prática, que serão apresentados na subseção a seguir.

4.4 Os elementos da prática de consumo alimentar

Esta subseção busca desenvolver o objetivo específico de revelar os elementos da prática de consumo alimentar antes e durante o tratamento de obesidade.

Reckwitz (2002, p. 249) diz que uma prática “consiste em vários elementos, interligados uns aos outros... 'coisas', know-how, estados de emoção e conhecimento motivacional”. O modelo de Shove, Pantzar e Watson (2012) sistematiza essa ideia básica da teoria das práticas, apresentada na Figura 5, sugerindo que a realização de práticas envolve a integração ativa e interdependente de três elementos genéricos: materiais, competências e significados.

Usando os elementos do modelo teórico de Shove, Pantzar e Watson (2012) como unidades de registro, conforme apresenta o Quadro 17, buscou-se identificá-los na prática de consumo alimentar, desvendando as mudanças nesses elementos e relações a partir do início do tratamento de obesidade. Conforme Shove, Pantzar e Watson (2012) na medida em que as práticas são constituídas por seus elementos, as práticas sociais mudam no passo em que esses elementos são reconfigurados.

Quadro 17 - Categoria 3: os elementos da prática de consumo alimentar.

Unidades de registro	Significado das unidades de registro
C3U1 – Materiais	Referem-se a objetos materiais, artefatos, coisas, tecnologias e infraestrutura.
C3U2 - Competência	Diferentes formas de saber, compreensão, habilidades e competências.
C3U3 - Significado	Significados simbólicos, aspirações, emoções e ideias.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Acrescenta Blue (2016) que compreender como as práticas mudam é, em parte, uma questão de compreender a circulação e a disponibilidade dos elementos necessários. Concentrar-se em como esses elementos evoluíram e foram reconfigurados permite abordar

questões fundamentais sobre como as práticas sociais mudam e como essas mudanças podem ser dirigidas e moldadas (Blue, 2016).

4.4.1 Materiais

Quanto aos elementos materiais, os entrevistados 1, 2 e 4 mencionam em tom jocoso o “telefone” como um utensílio essencial à prática de consumo alimentar antes do tratamento da obesidade, fazendo referência à alimentação baseada em comidas de delivery, de baixo valor nutricional – pizza, hambúrguer, sushi, risoto, pratos feitos, porção de coxinha.

Todos os entrevistados pontuaram mudanças quanto aos materiais utilizados na prática de consumo alimentar antes e durante o tratamento da obesidade. O entrevistado 1 esclarece em sua fala essa mudança, fazendo uma referência ao fato de as comidas de delivery não estarem mais presentes com tanta frequência em seu padrão de consumo alimentar: “Mudou né. Porque antes eu colocaria só fogão e telefone. Fogão, geladeira e telefone. E hoje eu colocaria mais fogão e geladeira. Entende a minha explicação?” (E1: 144).

O entrevistado 2 menciona poucos objetos materiais antes do início do tratamento da obesidade: telefone (E2: 2); garfo (E2: 3), faca (E2: 4), prato (E2: 5) e frigideira (E2: 6). O fato de consumir alimentos em restaurante rotineiramente reverberava em pouca importância dos utensílios: “O telefone era importante, né? Sem telefone eu não conseguia pedir, mas era o único. Se eu tivesse uma casa sem faca e garfo, eu ia pedir pizza todo dia, hambúrguer, sushi, acho que as três. As três coisas que eu pedia, nem garfo e faca eu precisava.” (E2: 180). Todavia, após o início do tratamento da obesidade, para o entrevistado 2 o leque de materiais foi ampliado, pois ganharam importância na manutenção da pluralidade e facilidade em conduzir a prática de consumo alimentar saudável.

Uso mais panelas. Panelas são melhores. Itens de silicone. Minha alimentação é sempre colocada em vidro, nunca em plástico. É...Então são potes de vidro, panelas, Saleiro, pimenteiro, é... Faca, né? Água, coisas pra cortar, coisas pra fracionar, coisas pra moer [...] Liquidificador, coisa que eu usava menos hoje eu uso bastante. Triturador. É muito mais amplo. (E2: 181).

Em concordância com o declarado pelo entrevistado 2, para a entrevistada 3 os objetos e utensílios utilizados na prática de consumo alimentar antes do tratamento eram mínimos. Ela retrata essa realidade através da alegoria do guardanapo, quando indagada sobre os objetos materiais utilizados antes do tratamento para desempenhar a prática: “Me veio na

cabeça um guardanapo. Era algo que eu realmente não tinha essa preocupação. Então, assim, era pegava e já ia comendo. Ou pegava e subia. Não queria ter esse trabalho.” (E3: 88).

No entanto, houve uma mudança significativa nesses recursos materiais. Para a entrevistada 3, depois do início do tratamento da obesidade é dada importância em colocar a mesa de forma adequada e ter um momento dedicado à alimentação, o que reflete em uma maior atenção às escolhas alimentares. Os objetos e utensílios têm a função de auxiliar nesse cuidado e tornar o processo de consumo mais gratificante e prazeroso.

Hoje em dia eu tenho essa preocupação em sentar a mesa, em colocar a mesa, ter esse momento da alimentação em si. Quando eu coloco a mesa, por exemplo, eu sinto que é um cuidado que eu estou tendo comigo. Então, eu digo que o cuidado vai desde esse momento. Eu percebo até, as minhas escolhas, elas mudam diante da forma como eu estou encarando aquele momento. Então, se eu coloco a mesa, se eu tenho todo esse cuidado, conseqüentemente eu percebo que eu tenho um cuidado também melhor com o que eu vou consumir. (E3: 89).

Noutro giro, antes do tratamento da obesidade, o entrevistado 4 possuía muitos utensílios para a prática de consumo alimentar, pois investia em sua cozinha e gostava de comprar e ter todos os itens de um bom cozinheiro. Ele relata que tais materiais eram importantes para sua prática de consumo alimentar, pois sentia prazer em passear em magazines de cozinha, cozinhar receitas “diferentes” ao final de semana (normalmente relacionadas com comidas hipercalóricas) e em receber os amigos para momentos de refeição.

[...] Muitas panelas, muitas frigideiras. Eu tinha o que eu falei. Fazia nhoque, tinha amassador de batata, tinha o "escorredor", tinha isso aqui. Eu tinha o boleiro. Tinha tudo pra fazer, tudo que era necessário de receitas diferentes. Tinha muito equipamento na cozinha. Gostava de louças diferentes. Então tem coleção de prato, coleção de pôr a mesa posta, de receber os amigos. Então eu realmente investia na minha cozinha. Não necessariamente em equipamentos. Tinha o liquidificador, forno, essas coisas, mas... Eu meio que assim, tipo...”Deixa eu ver aqui o que um bom cozinheiro tem”. Facas boas, tudo mais. [...] (E4: 155).

Como o entrevistado 4 já dispunha de muitos utensílios da prática de consumo alimentar quando iniciou o tratamento da obesidade, declara que atualmente tem vontade de se desfazer de itens que não conseguem ser utilizados no novo contexto alimentar, que eram relacionados a comidas hipercalóricas. Após o início do tratamento de obesidade, a prática de consumo alimentar adotada na linha funcional fez com que voltasse o uso de utensílios para a preparação de sua dieta, entendendo que são necessários muito menos itens para desempenhá-la corretamente.

Um ímpeto em querer me desfazer de alguns entulhos, que são coisas que eu quase não uso mais. Então assim, tipo... Forma de muffin, forma de cupcake, forma de não sei o quê. Tipo, não vou usar, não vou cozinhar com isso mais. Tinha o amassador de batata, tinha o amassador de não sei o quê. O raspador de raspa de limão. Então, mais uma linha de desfazer. Mas comprar coisas novas de utensílios... O que eu comprei, acho que eu mantenho o interesse em louças, pratos, receber bem, mas acho que para outros contextos. Agora o utensílio de cozinha volta na linha do mais funcional. Eu quero ter o que eu estou utilizando. Não preciso ter esse monte de coisas que tinha ali. (E4: 158).

Adicionalmente, todos os entrevistados revelaram que a prática de preparar a alimentação mudou entre antes e depois do início do tratamento da obesidade, o que alterou também os materiais utilizados. A prática de consumo alimentar saudável adquirida preconiza menor uso de gorduras, em consonância com os conselhos da OMS do Quadro 2, de modo que os alimentos deixaram de ser fritos e passaram a ser preparados em airfryer, forno ou frigideiras antiaderente. O entrevistado 4 ainda menciona o liquidificador como um material essencial, pois prepara shakes proteicos com frutas, essenciais para a sua dieta.

Em termos de utensílios eu usaria mais a chama do fogão e a fritura. E hoje, por exemplo, eu me dedico a alimentos na airfryer ou assados diretamente no forno. É uma parte nova que eu não utilizava. (E1: 145).

Você falou airfryer, ela é o mapa. Eu lembro que eu comprei especificamente airfryer logo após que eu fiz o tratamento. E ela me acompanha até hoje. Eu amo. [...] Eu gosto de ter esse cuidado ali com o que é que eu vou utilizar. E que na casa dos meus pais, que na época antes do tratamento, não tinha, não existia. (E3:85).

Não são coisas que eu comprei, mas mudou o que eu uso. Então, por exemplo, eu usava muito pouco forno. Hoje eu uso muitas coisas porque eu preciso usar menos óleo. Eu usava muito pouco liquidificador. Hoje eu uso para fazer minhas vitaminas, meus shakes, tudo ali dentro. De utensílios, de modo geral... Ah, tipo panela antiaderente. Para mim é uma coisa muito importante, porque eu uso menos azeite. Mas eu diria que foi isso. Mudou mais o padrão de uso, mas porque eu tinha comprado. Teve um que eu não comprei, que é o famoso airfryer que é amigo do pessoal fitness. Mas é porque não tem espaço ali na minha cozinha. É questão de "entulho". (E4: 148).

Os entrevistados 2 e 4 declaram que os utensílios corretos reverberam numa alimentação mais heterogênea, que impacta na aderência à dieta no longo prazo. Inclusive, o entrevistado 4 menciona que caso algum desses equipamentos quebrasse ou falhasse, teria que ser repostado de imediato, uma vez que é componente basilar do consumo alimentar saudável após o início do tratamento de obesidade.

Um elemento material citado por todos os entrevistados que merece destaque é a marmitta. Após o início do tratamento da obesidade, todos os entrevistados passaram a levar os

alimentos da sua dieta consigo no desempenho de suas práticas cotidianas, evitando escapes da rotina alimentar.

O fato de que eu prefiro andar preparado do que despreparado [...] eu estou com minha marmita, eu não necessariamente saio para almoçar com as pessoas, se eu saio para almoçar com as pessoas, eu sei que é muito mais difícil de controlar o que eu vou comer, as quantidades do que eu vou comer, a qualidade do que eu vou comer, então eu prefiro não me colocar nessa situação de perder o controle. (E2: 52).

Também é mencionado pelos entrevistados o uso de aplicativos tecnológicos que auxiliam na manutenção de práticas de consumo alimentar saudáveis após o início do tratamento – aplicativos de dietas e receitas; receitas no google e youtube. O entrevistado 1, 3 e 4 falam sobre a importância do aplicativo de acompanhamento nutricional.

O plano alimentar da nutricionista, ele é um aplicativo. Então ele tem lá uma quantidade de receitas, n receitas dentro que ela colocou. Inclusive, que me dá um fácil acesso. Outro dia mesmo eu vi uma pesquisa aqui no supermercado. E orientou com algumas coisas e eu consegui comprar. Comprar alguns alimentos pensando em fazer aquela receita (E1: 148).

Tem um aplicativo que é o Dietbox, se eu não me engano, que é utilizado por alguns nutricionistas. E que lá a gente consegue tirar algumas fotos para ver como está a nossa alimentação, para ter esse acompanhamento. E atualmente eu não utilizo, mas durante esse período eu já utilizei por diversas vezes (E3: 87).

E aí o que realmente mudou na rotina foi o fato de eu estar usando aquele MyFitnessPal, e eu falei, ah, vou fazer certinho, porque eu preciso controlar o número de gorduras e calorias, e aí eu comecei a registrar. (E4: 154).

A partir das entrevistas, foi possível identificar 68 diferentes materiais da prática de consumo alimentar, sendo 40 antes do tratamento da obesidade (AT) e 35 depois do início do tratamento (DT), apresentados no Quadro 18. Apenas 7 desses materiais foram citados nos dois momentos: faca, fogão, forno, geladeira, IFood, liquidificador e panelas. O APÊNDICE F – OS ELEMENTOS MATERIAIS DA PRÁTICA DE CONSUMO ALIMENTAR ANTES E DEPOIS DO INÍCIO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE (C3U1) apresenta os 68 itens categorizados entre antes do início do tratamento da obesidade (AT) ou depois do início do tratamento (DT) e os códigos das citações no Atlas TI.

Sobre os materiais antes do início do tratamento da obesidade, cabe salientar que há 5 ocorrências relativas à delivery: “aplicativo de delivery”; “IFood”; “Rappi”; “WhatsApp”; “telefone”. Também foram citados 4 itens relativos a adoecimento ou tratamento decorrente da

prática de consumo alimentar insaudável: “antidepressivo”; “inibidor de apetite”; “Neosaldina”; “remédios”.

Quadro 18 – C3U1:Comparativo entre AT e DT dos materiais da prática de consumo alimentar.

Categoria 3 – C3U1: Materiais da prática de consumo alimentar		
AT	DT	AT e DT
Amassador de batata; amassador de não sei o quê; antidepressivo; aplicativo de delivery.; boleiro; canal de receita; canal de tv; celular; cerveja; coleção de pôr a mesa posta; coleção de prato; dietas; escorredor; faca; fogão; forma de cupcake; forma de muffin; forma de não sei o quê; forno; frigideira(s); garfo; geladeira; guardanapo; ifood; inibidor de apetite; liquidificador; louças; medicamento para tratamento de hipertensão; muito equipamento na cozinha; neosaldina; panelas; prato(s); rappi; raspador de raspa de limão; remédios; sanduicheira; telefone; vigilantes do peso; whatsapp; revista de boa forma.	Agenda social; airfryer; algoritmo do Instagram; coisas pra cortar; coisas pra fracionar; coisas pra moer; Dietbox; faca; fogão; forno; frigideira(s); geladeira; Ifood; itens de silicone; liquidificador; louças; marmita; mesa; mesa posta; Myfitnesspal; panela antiaderente; panelas; pimenteiro; plano alimentar; plano alimentar da nutricionista no aplicativo; potes de vidro; prato(s); receitas; rótulo de alimento; saleiro; suplementação; tabela nutricional; térmica; TikTok; triturador.	Faca, fogão, forno, geladeira, IFood, liquidificador e panelas.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

4.4.2 Competências

Quanto às competências sobre a prática de consumo alimentar que estavam presentes antes do início do tratamento da obesidade, os entrevistados 1 e 2 mencionam em tom anedótico que só detinham conhecimentos quanto às melhores opções e promoções de delivery de comidas insaudáveis.

Eu sabia qual era o melhor hambúrguer, a melhor pizza, o restaurante que era mais bem servido, melhor custo-benefício [...] Qual sushi valia a pena pedir...Que terça-feira era dia de Domino’s [fast-food de pizza] dupla...Qual o dia que tem a promoção de alguma coisa em algum lugar...Esse era o tipo de competência que eu tinha, eu era muito bom nisso, qual o melhor sabor daquela pizzaria. (E2: 183).

A entrevistada 3 relata que não detinha fontes de conhecimento: “Quando eu pensava nessa questão de um equilíbrio, de emagrecimento, era muito assim, fonte vozes da minha cabeça.” (E3: 26). Consultava revistas de boa forma e conteúdos no Youtube. Não considera que o nutricionista era uma fonte de conhecimento, pois não relevava suas recomendações: “Eu não vou nem eleger assim, nutricionista, porque eu acho que eu ia, entrava por um ouvido e saía pelo outro. Eu vou nem dizer que era uma fonte não [risos].” (E3:20).

O entrevistado 4 menciona que também não tinha acesso a saberes antes do início do tratamento da obesidade: “A fonte era tipo canal de receita, canal de TV, mas muito focada na culinária mesmo, não era no lado nutricional, nutricional era zero”. (E4: 42). Dedicar essa realidade à uma questão social, pois os pais também não tiveram conhecimentos sobre práticas de consumo alimentar saudáveis que poderiam ser replicadas como forma de aprendizagem. Depois do início do tratamento, entretanto, o entrevistado replica os conhecimentos adquiridos para os pais, como uma forma de mudança de hábitos insaudáveis que levam à obesidade. (Blue, 2016).

É uma coisa social, eu olho meus hábitos do passado, são hábitos que meus pais têm, eles não têm uma informação que eu tenho hoje, então claramente eles não entendem porque eu tô comendo proteína, eles não entendem porque eu corto tal coisa. Agora eles estão [entendendo], porque eu vou explicando. Então também acho que tem muita coisa que foi herdada deles, da falta de informação, que eles também não tinham. Eles não sabiam que era um problema servir, ou tinham alguma noção que não era saudável [...] um bife milanesa com batata frita no almoço. Isso era uma refeição de rotina, né? (E4: 58).

Os entrevistados 1, 2 e 4 mencionaram que adquirir conhecimentos sobre a alimentação foi o que revolucionou a sua prática de consumo alimentar depois do início do tratamento da obesidade até atualmente, sucedendo em manter a obesidade controlada. Segundo o entrevistado 2, dois entendimentos foram marcantes nesse processo de mudança das práticas de consumo alimentar: o que é a comida em termos de composição de nutrientes e a qualidade dos alimentos em termos de natural e processados. A partir desses conhecimentos, o entrevistado relata que melhores decisões são tomadas cotidianamente, não sendo necessário seguir uma dieta 100% rígida e prescrita. O entrevistado 2 ainda comenta outras competências adquiridas depois do início do tratamento da obesidade: função fisiológica dos macronutrientes e micronutrientes, presença de macronutrientes e micronutrientes em cada tipo de alimento, noções de calorias por porção, noções de quantidade por porção, papel dos temperos.

A primeira, talvez a coisa que aconteceu mais importante, ou pelo menos a primeira que aconteceu, que é muito relevante, foi entender o que é a comida. O que a comida faz. O que é um "bicho" que tem carboidrato, proteína, gordura, água e micronutrientes e como que essa composição afeta o seu corpo. [...] A segunda, que eu acho que é a maior fase, que eu estou hoje, foi de entender a qualidade dos alimentos no sentido de serem naturais ou serem mais processados. Legal essa parte do macronutriente, calorias e tal, mas você consumir 100 gramas de carboidrato por uma fruta, 100 gramas de carboidrato por um alimento processado, é completamente diferente no sentido de... A fruta traz mais saciedade, tem muito mais componentes que promovem a saúde, de modo geral. Então, eu notei empiricamente o que é uma alimentação mais limpa. Eu posso comer o que eu quiser. Eu me sinto super bem!

Minha qualidade de vida melhora, meu sono melhora, meu intestino melhora. Hoje eu consigo comparar essas duas coisas, eu prefiro ter uma alimentação limpa. [...] As duas coisas mais importantes. Ter a noção do componente calórico e macronutrientes. A segunda é o benefício da alimentação limpa versus a alimentação suja. Então, eu ganhei uma consciência sobre a alimentação muito maior. Isso é importante porque faz com que você tenha a noção, você comece a tomar decisões melhores na margem. Você não precisa, ou eu estou de dieta ou não estou de dieta. Você toma decisões melhores ali no dia a dia. Cada decisão você consegue tomar uma decisão melhor. (E2: 186).

O entrevistado 1 também relata quais conhecimentos adquiriu depois do início do tratamento da obesidade que mudaram as suas práticas de consumo alimentar: o valor nutricional dos alimentos, quais alimentos devem ser consumidos em cada momento do dia, a periodização da alimentação e como a diferença na composição dos alimentos impacta na saúde.

Já para o entrevistado 3, foram marcantes nesse processo a aquisição de quatro competências: função fisiológica dos macronutrientes e micronutrientes, presença de macronutrientes e micronutrientes em cada tipo de alimento, noções de calorias por porção, noções de quantidade por porção. Atualmente, o entrevistado 3 declara que “as peças se juntam” quando trata de sua prática de consumo alimentar, fazendo referência a um conhecimento mais aprofundado que adquiriu no processo de tratamento da obesidade.

Então eu tinha as peças, mas eu não tinha noção de como as peças se encaixavam. E era muito raso. Hoje em dia, indo para o hoje, eu vejo como as peças se encaixam. Inclusive, acho que eu tenho um ótimo senso agora para ver. [...] isso aqui tem tantas calorias. [...] Mas pegar um exemplo, em casa estou pesando, eu tenho consciência das calorias, porque eu checo ali. Agora eu vou no restaurante de quilo, eu olho aqui, eu vou falar, eu estimo que tem 200 gramas de abóbora, que é [sic] tantas calorias. Na cabeça, eu já tenho meio que embutido isso, para garantir que eu não me descontrole. Então, acho que não só eu entendo como as peças se encaixam, como eu ganhei um conhecimento aprofundado. Até coisas mais do tipo, ah, não, isso aqui realmente tem potássio, isso aqui tem aminoácidos. Algumas coisas pequenas. Eu ainda não me importo tanto com os micronutrientes. Confio na suplementação [prescrita pela nutricionista], mas também já estou aprendendo um pouquinho mais sobre. (E4: 50)

A entrevistada 3, por sua vez, foi a que menos adentrou nas tecnicidades e vocábulos do conhecimento sobre alimentação durante a entrevista. Talvez, pelo fato de ser psicóloga com foco na obesidade, há outros pontos de atenção mais relevantes quando se trata de elementos de competência associado à prática de consumo alimentar. Entretanto, ela relata ter conhecimentos que a fazem ter percepção melhor sobre equilíbrio da alimentação e como realizar trocas responsáveis de alimentos por outros.

Hoje por conta dos conhecimentos que eu tenho, por ser acompanhada também por nutricionista, eu acho que eu consigo ter uma percepção um pouco melhor em relação

a esse equilíbrio. Eu confesso que eu não tenho muito entendimento, não é algo que eu consigo de fato dizer que eu conheço, eu entendo, eu consigo fazer essa troca de uma forma responsável. Mas no que eu posso tentar entender, eu tento. (E3: 28).

Assim como pode ser visto na fala anterior da entrevistada 3 (E3: 28), todos os entrevistados ressaltaram o papel dos profissionais na construção dos conhecimentos anteriormente citados que os levaram a mudanças na prática de consumo alimentar, que os mantêm na obesidade controlada – em consonância com o apresentado na subseção 2.1.3.

O entrevistado 1 explica a importância dos profissionais: “Com 21 anos eu era a pessoa que, habitualmente, tinha uma alimentação ruim todo santo dia. Por conta da obesidade, da ausência de um tratamento com nutricionista, da ausência de uma reeducação alimentar orientada por profissionais. Que é o que eu tenho hoje.” (E1: 87). Pontuou em sua equipe multidisciplinar cirurgião da bariátrica, nutricionista, psicóloga, nutróloga e cirurgião plástico. A profissional que é sua nutricionista e fonoaudióloga é a responsável pelo plano alimentar, além de ensinar sobre como incorporar corretamente o alimento. Já a nutróloga orienta sobre o papel de alguns alimentos, a suplementação adequada e horários de treinos. O psicólogo por sua vez, tem o papel de tratar a compulsão por alimentos para que não reverbere em outro tipo de compulsão por bebida, sexo, droga, ou compras.

O entrevistado 2, depois do início do tratamento, fez acompanhamento com nutrólogo e nutricionista. Ele explica o papel desses profissionais nas competências da prática de consumo alimentar: “Consulta com o nutricionista, é uma fonte de informação boa. Não sigo dietas à risca, mas as consultas me dão uma boa noção de horários para consumir macronutrientes, como eu componho micronutrientes, tipo de coisa que eu tenho que suplementar.” (E2: 185).

Já o entrevistado 4, antes do início do tratamento da obesidade já tinha consultado endocrinologista, para emagrecimento; nutricionista, por determinação dos pais; e, psiquiatra, para tratar a depressão, que também estava relacionada com a obesidade. Com o endocrinologista e psiquiatra teve emagrecimento pautado em medicamentos, mas cujo o retorno do peso perdido foi rápido, sem as devidas mudanças de estilo de vida necessárias à manutenção da obesidade controlada. O entrevistado considera que conheceu efetivamente a relevância dos profissionais da obesidade quando se consultou com a nutricionista após o marco de início do tratamento da obesidade.

Confesso que no começo eu fui bem sozinho, mas ela que me educou, assim, acho que a consulta foi muito educativa [...] Pra mim foi muito importante ter a teoria, depois da teoria eu consegui implicar no meu dia a dia, aquela coisa assim, eu saber tomar minhas decisões era muito mais importante do que ter um roteiro, você vai comer frango e não vai comer arroz, achava extremamente chato. Depois que eu entendi que é X de proteína, X de carboidrato, se vira aí pra encontrar o que vai ser melhor, qual o melhor elemento que você vai gostar nessa composição, aí tudo fez sentido pra mim. (E4: 51).

O entrevistado 4 foi o que pontuou ser acompanhado por mais profissionais da obesidade depois do início do tratamento: nutricionista, nutrólogo, médico gastroenterologista, educador físico. Também relatou que o grau de obesidade que atingiu no passado trouxe questões de saúde, de modo que considera que outros profissionais estão envolvidos na mudança de suas práticas: ortopedista, devido a problemas no joelho; médico de cirurgia plástica e dermatologista, para a flacidez de pele pela perda expressiva de peso; e, fisioterapeuta, para ganhar condicionamento físico.

Outras fontes de conhecimento foram consultadas além dos profissionais, depois do início do tratamento da obesidade, no processo de mudança da prática alimentar. O entrevistado 1 pontuou o Instagram de profissionais, principalmente os que o acompanha, relatando que não faz uso de dicas não profissionais. O entrevistado 2 também pontuou que consulta contas de Instagram sobre o assunto, informa-se sobre o assunto no geral e lê tabelas nutricionais.

Tabela nutricional eu leio bastante. Isso com certeza, todos os alimentos que eu consumo, eu leio a tabela, tanto alimentos embalados, que vem com a tabela do alimento, como eu pesquiso tabelas nutricionais dos alimentos. Então isso já compõe uns 80% da informação que eu preciso. Consulta com o nutricionista, é uma fonte de informação boa. [...] e eu leio sobre os assuntos. Eu tenho interesse, eu tenho interesse geral, eu sigo o Instagram de coisas de nutrição. (E2: 184).

A entrevistada 3, que com o início do tratamento também começou a faculdade de Psicologia sabendo que queria trabalhar com obesidade e cirurgia bariátrica, teve fontes de conhecimento sobre a prática de consumo alimentar em livros e artigos. Também acompanhava diversos nutricionistas e fazia network com outros profissionais. Já o entrevistado 4 mencionou conteúdos de comida fitness no TikTok e Instagram.

Mudanças sobre conhecimentos de práticas integrativas ao consumo alimentar também foram mencionadas pelos entrevistados, que adquiriram competências sobre as práticas de controlar a alimentação; cozinhar; cuidar da saúde; dormir; escolher profissionais; estocar a alimentação; fazer atividade física; fazer dieta; fazer restrição alimentar; incorporar o alimento;

instruir um cozinheiro; ler receitas; ler tabela nutricional/rótulo; planejar a alimentação; preocupar-se com a estética; preparar a alimentação; preparar marmitas; programar locais de compra da alimentação; registrar calorias; e, suplementar a alimentação.

O Quadro 19, apresenta um resumo da unidade de registro competências (C3U2) da prática de consumo alimentar, comparando antes e depois do início do tratamento. Para melhor apresentação e com base nos dados coletados, o quadro separa as habilidades, os profissionais consultados e as fontes de informação mencionadas. Como apenas o profissional consultado “nutricionista” é mencionado antes e depois do tratamento simultaneamente, a coluna “AT/DT” foi suprimida.

Quadro 19 – C3U2: Comparativo entre AT e DT das competências da prática de consumo alimentar.

Categoria 3 – C3U2: Competências da prática de consumo alimentar		
	AT	DT
Habilidades	As melhores opções e promoções de delivery de comidas insaudáveis; “vozes da minha cabeça”.	O que é a comida em termos de composição de nutrientes; a qualidade dos alimentos em termos de natural e processados; função fisiológica dos macronutrientes e micronutrientes; presença de macronutrientes e micronutrientes em cada tipo de alimento; noções de calorias por porção; noções de quantidade por porção; papel dos temperos; o valor nutricional dos alimentos; quais alimentos devem ser consumidos em cada momento do dia; a periodização da alimentação; como a diferença na composição dos alimentos impacta na saúde; equilíbrio da alimentação; como realizar trocas responsáveis de alimentos.
Profissionais consultados	Nutricionista; endocrinologista; psiquiatra.	Nutricionista; psicólogo; nutrólogo; cirurgião plástico; cirurgião da bariátrica; médico gastroenterologista; educador físico.
Fontes de conhecimento	Revistas de boa forma; conteúdos no Youtube; canal de receita; canal de culinária.	Livros; artigos; redes sociais de profissionais da obesidade; contas de Instagram sobre alimentação; tabelas nutricionais; conteúdos de comida fitness no TikTok e Instagram.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Em resumo, antes do início do tratamento da obesidade, os entrevistados declararam que as competências que detinham sobre a prática de consumo alimentar eram focadas apenas no sabor: em saber pedir o melhor delivery e cozinhar comidas hipercalóricas. Relataram não ter acesso a conhecimentos sobre alimentação saudável, creditam em partes a esse fato o grau de obesidade que adquiriram. Os entrevistados 3 e 4 mencionam passagens por nutricionistas, mas que não conseguiram por meio de tais consultas a mudança dos hábitos insaudáveis, seja por indisponibilidade pessoal ou por não se conectarem com a abordagem do profissional.

O conhecimento em técnicas da alimentação mostrou-se relevante para a manutenção da obesidade controlada através das práticas de consumo alimentar. Os entrevistados 1, 2 e 4 ressaltam o papel de deter conhecimentos para que melhores escolhas sobre a prática sejam tomadas cotidianamente e destacam o papel dos nutricionistas na criação de tais competências. Entretanto, mesmo sem revelar tais conhecimentos aprofundados, a entrevistada 3, a que já tem mais tempo em tratamento da obesidade, ainda mantém parâmetros “normais” de peso de acordo com a OMS.

4.4.3 Significados

Quanto ao elemento significado da prática de consumo alimentar, parte das aspirações, emoções e ideias relacionadas serão aprofundadas na categoria 4, das três dimensões fundamentais do consumo que surgem dentro e por causa das práticas (subseção 4.5), na qual buscou-se identificar como o consumo pode ser incorporado à vida cotidiana, bem como se obtém prazer e satisfação através do consumo. Com as entrevistas, foi possível observar que a prática de consumo alimentar é embebida de significados, principalmente “prazer” (Guyenet; Schwartz, 2012), em vários momentos de consumo, tornando-se indissociável as duas abordagens.

Antes do tratamento da obesidade, o entrevistado 1 relata como significados da prática de consumo alimentar: alimentos hipercalóricos (E1: 27); estresse (E1: 34); ansiedade (E1: 35, 101); medo (E1: 102); tristeza (E1: 103); um apoio na comida (E1: 105); prazer (E1: 155); fácil (E1: 160); deficiência de vitamina (E1: 164); não dormia direito (E1: 165); sentia cansaço (E1: 166); preocupação (E1: 169); hipertensão (E1: 170); alimentação ruim todo santo dia (E1: 171); alcançar a bariátrica (E1: 177); auto-sabotar (E1: 178); preocupação estética nenhuma (E1: 181); escolha ruim (E1: 188).

Antes da cirurgia a minha ansiedade ou o meu medo ou a minha tristeza, eles influenciavam diretamente na minha alimentação. Para mim, qualquer coisa assim, que me desestabilizasse emocionalmente, o mais fácil era eu vir para a minha casa, colocar um filme, poderia até ser que em determinado momento eu não estivesse comendo, mas em outro momento, eu estaria sim comendo! Colocando ali, um apoio na comida. (E1: 150).

Depois do início do tratamento da obesidade, o entrevistado 1 relata que os significados da prática de consumo alimentar mudaram, pois as oscilações de humor não

influenciam mais na alimentação, em partes pelas alterações funcionais e hormonais da cirurgia bariátrica. Entretanto, ressalta que durante o tratamento o consumo alimentar continuou a ocupar espaço de sentimentos. Os novos significados dedicados à prática de consumo alimentar são: força durante o treino (E1: 149); compulsão por gastos (E1: 151); irritado (E1: 153); situação muito prazerosa (E1: 154); valor nutricional (E1: 156); alimentar-se corretamente (E1: 157); mastigar corretamente (E1: 158); saciedade (E1: 159); bom (E1: 161); restrição alimentar (E1:162); repor vitaminas e minerais (E1: 167); sentimento de que vou vencer (E1: 173); nojo (E1: 174); ódio (E1: 175); vencer a obesidade (E1: 176); focada (E1: 179); alimentos mais saudáveis (E1: 180); estética (E1: 184); filtro de quantidade, de melhor escolha e de mastigação também (E1: 185); comidas saudáveis (E1: 186); adequado ao meu plano alimentar (E1: 187).

Hoje mudou. Mudou até pela questão que a própria cirurgia bariátrica causa. Ela em si, ela já causa alterações. Até nessa questão de humor. Já tive período também mais irritado... Mas hoje, as minhas alterações de humor não influenciam na minha alimentação. Ela continua ok. E eu sei na minha mente que ela tem que continuar ok, para que tudo dê certo. É por isso que eu faço acompanhamento com a psicóloga. Contudo, ela não influencia na minha alimentação. Mas se eu não fizer o acompanhamento com a psicóloga, ela vai influenciar em outras coisas. Como alguma outra compulsão. Pós-bariátrica é comum as pessoas terem compulsão. Por bebida, por sexo, ou por droga, ou por gastos. Alguns meses atrás eu vivi a compulsão por gastos. Até eu perceber e partir para a psicóloga. E deu uma freada ali. Mas em um momento, essa alteração viveu a situação anterior. Que é de sentir sobre alimento e comida. (E1: 152).

O entrevistado 2 relata que 100% das práticas de consumo alimentar antes do tratamento da obesidade eram pautadas na influência dos sentimentos de prazer ou punição: “100%. De me premiar, de me culpar, me deram uma moeda de troca, uma moeda de satisfação ou de punição.” (E2: 188). Narra ainda que tinha uma relação excessivamente negativa com o consumo alimentar, o que fazia com que adotasse comportamentos de exagero.

Ah, era uma relação de punição e culpa. Punição e prêmio, né? Ah, emagreci 3 quilos, 5 quilos, vou me premiar [...] Então, o dia do lixo, aí você exagera na comida, "putz, comi muito ontem", aí você fazia restrições muito grandes, era uma relação de amor e ódio, né? Vou me dar de presente, vou me limitar. (E2: 190).

Eu acho que eu tinha uma relação excessivamente negativa com a comida. Não acho que era mais negativa do que poderia existir, mas eu acho que é acima da média de negativa. Era muito impulsiva, muito... Era uma parte muito, muito, muito importante pra mim. Muito exagerado. Eu sempre gostava de exagerar, pedir mais comida do que eu era capaz de comer, e acabar comendo mais do que eu precisava comer. [...] Eu acho que na média eu sou mais impulsivo. (E2: 89).

Os significados citados pelo entrevistado 2 para o consumo alimentar antes do início do tratamento foram: punição e culpa (E2: 77); punição e prêmio (E2: 189); relação de amor e ódio (E2: 79); relação excessivamente negativa com a comida (E2: 89); impulsividade (E2: 89); exagero (E2: 89); prazer (E2: 96); premiar (E2: 104); culpar (E2: 105); moeda de satisfação ou punição (E2: 106); congregação (E2: 107, 146); “gulosão exagerado” (E2: 108); nervoso para comer (E2: 109); prazer imediato (E2: 144); estar com intestino ruim (E2: 198); estar com gastrite (E2: 199); estar com refluxo (E2: 200); dormir mal (E2: 165); acordar errado (E2: 166); passar um dia ruim (E2: 201); ficar depois do almoço no trabalho digerindo a comida (E2: 167).

Para o entrevistado 2, depois do início do tratamento da obesidade, a prática de consumo alimentar adotou um papel funcional relevante e passou a significar uma série de melhoras na saúde do entrevistado: “A comida é um componente de bem-estar para mim. Hoje, eu entendo que boa parte do meu bem-estar tá associado à minha saúde, saúde mental, saúde intestinal, saúde...” (E2: 80). O entrevistado também relata que há momentos de ainda existir algum exagero alimentar, como antes do tratamento, pois são traços pessoais que não foram desfeitos.

Me alimentar melhor, faz com que eu durma melhor, bem-estar, de modo geral, disposição; o que eu como dita se eu acordo disposto ou não, se eu toco o dia bem ou não, saúde intestinal... Então, assim, é uma coisa mais fisiológica, né, de sensação de bem-estar, performance, performance mental, performance esportiva, é uma consequência muito bem recebida, que o corpo responde esteticamente bem, mas não é o objetivo principal. (E2: 93).

Os significados para a prática de consumo alimentar depois do início do tratamento citados pelo entrevistado 2 foram: componente de bem-estar (E2: 78); saúde (E2: 80); multifatorial (E2:84); sensação de bem-estar/performance (2:85); exagerado (E2: 90); prazer da comida (E2: 96); sono (E2: 97); bem-estar (E2: 98); saúde intestinal (E2: 99, 193); performance (E2:100); performance mental (E2:101); performance esportiva (E2:102); o corpo responde esteticamente bem (E2:103); congregação (E2:107); "gulosão exagerado" (E2:108); nervoso pra comer (E2:109); saúde mental (E2: 192).

A entrevistada 3, cuja prática de consumo alimentar era totalmente voltada para o contexto emocional e tirar prazer da comida que não tinha de outras esferas da vida, relatou como significados da prática antes do início do tratamento: cuidado mais físico (E3: 91); ser gostoso (E3: 92); consumo automático (E3: 93); disfuncional (E3: 96); "guerra" (E3: 97);

gangorra (E3: 98); contexto estético (E3: 99); desejava ter aquele corpo (E3: 102); comer emocional (E3: 104); fonte de prazer (E3: 107); alimento palatável (E3: 111).

Depois do início do tratamento da obesidade, a entrevistada 3 narra que outros significados foram procurados quando a prática de consumo alimentar deixou de ser a única fonte de prazer: “[...] Era muito difícil quando a comida saiu desse local de ser minha fonte de prazer. Então, foi algo que eu precisei ir construindo. Precisei ir buscando outras fontes, que foi um super desafio.” (E3: 54). Evidenciou que os significados em torno da prática de consumo alimentar depois do início do tratamento da obesidade começaram a ser em virtude do “corpo que me deixa confortável comigo.” (E3: 103): estresse (E3: 42); emagrecimento (E3: 94); saúde (E3: 95); inconsequente (E3: 100); comer emocional (E3: 104); forma de ter liberdade (E3: 105); fonte de prazer (E3: 107); cuidado (E3: 109); ócio (E3: 110); alimento palatável (E3: 111).

Eu ainda tenho essa questão do comer emocional, mas hoje eu já consigo perceber quando eu estou comendo emocionalmente. Eu não vejo isso como algo errado, na verdade, eu acho que faz parte de todo ser humano a gente recorrer à comida em algum momento nesse contexto emocional. Eu acho que a problemática é quando a gente só tem esse pilar para lidar com os nossos sentimentos. Então, hoje eu consigo me colocar nesse local de escolher que “ah, hoje a minha forma de lidar com o meu estresse aqui vai ser comer uma barra de chocolate”. Então, hoje é um pouco mais tranquilo para mim. (E3: 43).

O entrevistado 4 também relata uma relação pouco saudável com a prática de consumo alimentar antes do tratamento da obesidade, por exacerbá-la como uma fonte de prazer: “Um pouco de fonte de prazer, algo necessário e um momento meu, assim. Um momento que eu ficava quieto e tinha realmente um pico de prazer.” (E4: 88). Mas dada a compulsão alimentar, os picos de prazer eram seguidos de culpa (E4: 232) e vergonha (E4: 233). Quando indagado sobre a influência dos sentimentos na prática do consumo alimentar antes do início do tratamento, o entrevistado 4 relata que eram altíssimas.

Altíssimas, altíssimas. Ansiedade, comer, frustração, comer. Tem mil exemplos. Dos episódios de compulsão, especialmente por... Acho que os típicos que todo mundo tem, né? O famoso eu mereço. Ai, meu dia foi difícil, então eu vou comer muito aqui. Acho que o eu mereço era mais típico, né? Mas tem o eu mereço porque eu trabalhei muito, tem o eu mereço porque eu estou triste. Tem o eu mereço porque eu preciso ter alguma coisa feliz. (E4: 83).

O entrevistado 4 narra que antes do início do tratamento, havia um sentimento de desesperança de que era possível tratar a obesidade, o que alimentava os episódios de compulsão: “Eu já sou gordo, vou comer mais mesmo, não vai resolver, não vou mudar, não

vai ter solução, então bora pra frente ali, né? Bora piorar a situação, basicamente.” (E4: 67). Os problemas de autoimagem se agravaram e sofreu de depressão, creditando à obesidade 50% da causa.

O entrevistado 4 declarou que costumava pensar erroneamente que a obesidade só ocasionaria problemas de saúde no longo prazo, quando já teria condições financeiras para tratar através da cirurgia bariátrica – o que não ocorreu, pois conseguiu tratar a obesidade com reeducação alimentar e exercícios, depois do pontapé inicial da cirurgia de vesícula. Hoje, sente arrependimento por não ter começado o tratamento antes, pois o grau de obesidade vivenciado reverberou na saúde e passou a significar uma série de patologias.

Talvez seja mais um conceito de consciência mesmo, de entender que, um, não quero estar como eu estava. É um papel, inclusive, de muito arrependimento. [...] Todo mundo fala: “nossa, parabéns, deve ter sido difícil”. E eu: “olha, acho que foi, mas na minha cabeça foi muito mais fácil de tudo que eu imaginava e tá sendo muito mais prazeroso de tudo que eu imaginava”. E eu fico pensando: “Nossa, por que eu não fiz isso antes? Por que eu não fiz isso lá com 14 anos?” Porque eu não ia carregar as marcas na pele, não ia ter todos os problemas que eu tenho hoje, de joelho, de não sei o que, de não sei o que. Porque, no final do dia, eu continuo carregando as minhas paranoias, troquei paranoias por paranoias, né? Tipo, não tem obesidade, mas eu ainda tenho minha flacidez na pele, ainda tenho várias outras coisas que me incomodam, mas acho que o papel é ser um gatilho de sentir que tá sempre ali e que eu não posso me descuidar, basicamente é isso. (E4: 68).

Para o entrevistado 4, os significados da prática de consumo alimentar antes do início do tratamento da obesidade eram: fonte de prazer (E4: 160, 183, 224); já sou gordo, vou comer mais (E4: 161); baixíssima qualidade nutricional (E4: 170); pouco equilibrado (E4: 171); não saciava (E4: 172); besteira (E4: 173); coisa gostosa (E4: 174); coisas gordas (E4: 175); compulsão alimentar (E4: 176); sem nenhum grau de consequência (E4: 177); comia social (E4: 182); focava no sabor (E4: 184); muita atenção (E4: 185); inconsequente (E4: 190); esbanjar o restaurante (E4: 194); menos estressado (E4: 195); não era saudável (E4: 196); dieta era uma coisa bem triste (E4: 204); o problema era sempre no longo prazo (E4: 205); como muito mesmo (E4: 209); insatisfação estética (E4: 213); depressão (E4: 214); não tinha mais solução mesmo (E4: 215); ansiedade (E4: 219); frustração (E4: 220); eu mereço (E4: 221); necessário (E4: 225); momento meu (E4: 226); culpa (E4: 227, 232); prazer (E4: 228, 233); sabor da comida (E4: 231); vergonha (E4: 234); escapismo rápido (E4: 242).

Depois do início do tratamento da obesidade, o entrevistado 4 relata que a influência dos sentimentos é consideravelmente menor, por mais que ainda exista: “De modo geral,

independente do dia se eu estou bem ou se eu não estou bem, eu acabo tentando comer direitinho, fazer tudo direitinho. Entendo que são coisas que deveriam estar isoladas. Então acho que hoje tem bem menos papel mesmo.” (E4: 84). Expõe que ainda tem episódios de compulsão e, por isso, evita as situações sociais em que possa perder o controle. Dedicar à prática de consumo alimentar o simbolismo de “funcional”, entendendo que o fato de a alimentação ser saudável não elimina o componente do prazer, que pode ser obtido tanto pelo sabor quanto pela conquista de saúde e estética.

Ele [consumo alimentar] é mais funcional. Tem um objetivo, ele é um jeito de eu chegar nesse meu objetivo. Não é que ele não é prazeroso. Inclusive, eu fico esperando os momentos que eu vou comer no dia. Mas eu entendo que tem algo ali além do sabor da comida. [...] Aquele sentimento que às vezes você tem: “Nossa, eu comi saudável hoje!” (E4: 89).

Depois do início do tratamento da obesidade, os significados da prática de consumo alimentar para o entrevistado 4 passaram a ser: tentação (E4: 34); culpa (E4: 240; 247); preocupação com a comida (E4: 246); confiante (E4: 245); sentindo bem comigo mesmo (E4: 244); “noiadinho” (E4: 241); felicidade (E4: 239); satisfação (E4: 238); autoestima (E4: 237); autocuidado (E4: 236); orgulho (E4: 235); momentos sociais (E4: 230); prazer vindo de uma fonte indireta (E4: 229); prazeroso (E4: 223); desafio quando eu vou visitar minha família (E4: 222); saúde (E4: 218); me sentir menos inchado (E4: 217); estética (E4: 216); consciência maior de curto prazo (E4: 206); não quero estar como eu estava (E4: 203); maduro de poder dizer meus não (E4: 202); julgado (E4: 201); compulsão (E4: 199); disciplina (E4: 198); dificuldade em me expor em situações sociais (E4: 197); saber tomar minhas decisões (E4: 193); equilibrado (E4: 192); entediante, mas no sentido bom (E4: 189); mais intenção (E4: 188); economizar energia mental (E4: 187); atenção (E4: 186); bulimia (E4: 181); fazer certinho (E4: 180); consciência (E4: 179); restritivo (E4: 178); correta (E4: 169); natural (E4: 168); paranoias (E4: 166); marcas na pele (E4: 165); prazeroso (E4: 164); fácil (E4: 163); arrependimento (E4: 162).

O Quadro 20, apresenta o resumo dos significados da prática de consumo alimentar captados nas entrevistas, dividindo-os entre aqueles que se apresentaram apenas antes do início do tratamento, aqueles que surgiram depois do início do tratamento e os que foram mencionados nas duas ocasiões.

Quadro 20 – C3U3: Comparativo entre AT e DT dos significados da prática de consumo alimentar.

Categoria 3 – C3U1: Significados da prática de consumo alimentar			
	AT	DT	AT e DT
Significado central	Prazer	Funcional	X
Significados secundários	Culpa; vergonha; apoio na comida; compulsão alimentar; ansiedade; estresse; sabor; alimentação disfuncional; comer social; comer emocional; consumo automático/alimento que estivesse fácil; estética; problemas de saúde; frustração.	Autoestima; autocuidado; atenção; bem-estar; adequado ao plano alimentar; comidas naturais/saudáveis; comer emocional; comer social; compulsão alimentar; consciência; cuidado; culpa; desafio; disciplina; emagrecimento; equilíbrio; estética; estresse; performance; prazer; orgulho/satisfação; sabor; suplementação; saúde.	Comer emocional; comer social; compulsão alimentar; estética; estresse; prazer; sabor; saúde/problemas de saúde

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Percebe-se, de modo geral para todos os entrevistados, que o significado principal do consumo alimentar migrou de “prazer” para “funcional”. Adicionalmente, todos os entrevistados antes do início do tratamento mencionaram significados similares a culpa; vergonha; apoio na comida; compulsão alimentar; ansiedade; estresse; sabor; alimentação disfuncional; comer social; comer emocional; consumo automático/alimento que estivesse fácil; estética; problemas de saúde; frustração.

Depois do início do tratamento, os significados passaram a representar autoestima; autocuidado; atenção; bem-estar; adequado ao plano alimentar; comidas naturais/saudáveis; comer emocional; comer social; compulsão alimentar; consciência; cuidado; culpa; desafio; disciplina; emagrecimento; equilíbrio; estética; estresse; performance; prazer; orgulho/satisfação; sabor; suplementação; saúde.

Nota-se que alguns sentimentos são repetidos entre antes e depois do início do tratamento: comer emocional; comer social; compulsão alimentar; estética; estresse; prazer; sabor; saúde/problemas de saúde. Indicando, assim, que há significados simbólicos da prática de consumo alimentar que acompanham os indivíduos em tratamento de obesidade por todo o tratamento desta doença crônica. No entanto, a mudança do significado central da prática de consumo alimentar de “prazer” para “funcional” redefine todo o nexos da prática, evidenciando como a prática de consumo alimentar evolui de saudável para insaudável.

Uma vez delineado o nexos completo da prática de consumo alimentar - seus elementos e práticas integrativas - torna-se possível analisar o grau de envolvimento dos

participantes com o consumo. Assim, a subseção a seguir dedica-se a entender as mudanças no engajamento do consumo da prática de consumo alimentar, entre antes e depois do início do tratamento da obesidade.

4.5 As três dimensões fundamentais do consumo que surgem dentro e por causa das práticas

Esta subseção trata do objetivo específico de desvendar as três dimensões fundamentais do consumo, que surgem dentro e por causa das práticas, antes e durante o tratamento de obesidade.

Segundo Warde (2005, 2014) existem três dimensões fundamentais do consumo - aquisição, apropriação, apreciação - que surgem dentro e por causa das práticas, de modo a evidenciar o nível de envolvimento do indivíduo com a prática de consumo. Padrões de consumo podem, portanto, ser identificados a partir do volume e engajamento com as práticas (Warde, 2005).

Tais dimensões fundamentais do consumo foram transformadas em unidades de registros, conforme evidencia o Quadro 21, no intuito de desvendar o grau de comprometimento dos entrevistados com a prática de consumo alimentar. Principalmente, buscando identificar, as possíveis mudanças de engajamento nesse consumo a partir do início do tratamento de obesidade.

Quadro 21 - Categoria 4: as três dimensões fundamentais do consumo.

Unidades de registro	Significado das unidades de registro
C4U1 - Aquisição	Os processos de troca e às formas pelas quais as pessoas acessam os bens, serviços e experiências que consomem.
C4U2 - Apropriação	Como os objetos de troca comercial podem ganhar significado ou ser incorporados à vida cotidiana das pessoas.
C4U3 - Apreciação	Obtenção do prazer e satisfação com o consumo.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

4.5.1 Aquisição

Observando a prática de consumo alimentar sob a ótica dos processos de troca e as formas pelas quais as pessoas acessam os bens, serviços e experiências que consomem, a mudança das práticas são evidentes pelas alterações já mencionadas nas três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar, da subseção 4.2. Os eventos e ocasiões em que ocorriam o

consumo alimentar, bem como os menus escolhidos para eles, indicam como eram adquiridos os itens do consumo alimentar.

O fato de os entrevistados não possuírem restrições de menu antes do início do tratamento da obesidade fazia com que a prática de consumo alimentar fosse automática, então, a forma de aquisição dos alimentos também poderia ser instantânea, sem deliberação formal: “Era só o comer mesmo, assim... Sem delongas, não tinha uma extensão. Era só realmente o me alimentar. Pra mim o consumo alimentar era só escolher, que eu ia comer e comer. Pronto. O meu entendimento era esse.” (E3: 50).

O entrevistado 1 expõe que antes do início do tratamento da obesidade, as refeições que eram consumidas no ambiente familiar não eram compradas por ele. Já as refeições que ocorriam fora do ambiente familiar, eram pautadas em lanches insaudáveis na faculdade e em pedidos de delivery no WhatsApp, IFood ou Rappi, sempre fast-food. Ele era responsável por preparar 50% das suas refeições, as outras 50% eram preparadas por terceiros. O entrevistado 1 declara que após o início do tratamento da obesidade se tornou responsável por 90% da preparação de seus alimentos. Atualmente, tem uma rotina estabelecida de aquisição de alimentos, baseada primordialmente em supermercados.

Na segunda-feira, eu sempre tenho em mente que eu tenho que passar supermercado a noite. Na volta da academia. Para poder comprar frutas, verduras, proteína, iogurte. E aí eu preparo tudo o que eu vou consumir na semana. Talvez eu não prepare todo o alimento da semana e congele. Mas eu tenho que dedicar o tempo para ir comprar e deixar ele disponível para mim. (E1: 139).

A entrevistada 3, relata um padrão de aquisição bem similar ao do entrevistado 1, antes e depois do início do tratamento. Também morava com os pais antes do início do tratamento, demonstrando a mesma ingerência do entrevistado 1 sobre a compra dos alimentos que eram consumidos em casa. Nas situações de consumo externo, em que escolhia o que adquirir, consumia alimentos insaudáveis na cantina da escola, mercadinho ou supermercado próximo de casa e em redes de fast-food, principalmente presencialmente. Atualmente, declara que o padrão de consumo alimentar mudou, sendo os alimentos adquiridos predominantemente em supermercado, podendo haver delivery ocasionalmente, mas de alimentos saudáveis.

O entrevistado 2 sempre foi o responsável pela aquisição dos alimentos, seja antes ou depois do início do tratamento. Antes do início do tratamento, o entrevistado 2 comia mais refeições preparadas fora de casa, de restaurantes, presencialmente ou através de delivery.

Menciona também algumas ocasiões em que poderia consumir alimentos comprados em supermercado: no café da manhã, que não era rotineiro; ou no jantar, quando não estava acompanhado de algum amigo. Pós início do tratamento de obesidade, ele prepara todas as suas refeições, seja para comer em casa ou levar marmitas para outros locais. Narra que quase 100% dos alimentos atualmente é adquirida em supermercados, feiras e hortifrúti, podendo haver algum pedido de delivery: “Supermercado, feira, hortifrúti, quase 100%, assim, ainda é um ou outro delivery, mas é a minoria.” (E2: 174).

O entrevistado 4, por sua vez, relata um padrão de aquisição parecido com o do entrevistado 2, antes e depois do início do tratamento da obesidade. Antes do início do tratamento, consumia alguns alimentos comprados em supermercado, mas a maioria da sua alimentação era adquirida em restaurantes, presencialmente ou através de delivery: “Ir direto no mercado. Voltei do trabalho, morava do lado do mercado. IFood, muito IFood, e restaurante, basicamente.” (E4: 85). De todos os entrevistados, foi o que enfatizou ter seu consumo alimentar mais baseado em delivery, especificamente IFood, sempre pedindo “comidas gordas”, em porções para duas pessoas. Até o mês de outubro de 2020, em que iniciou o seu tratamento de obesidade, já havia feito mais de 700 pedidos no ano, o que representa mais de 2,2 pedidos por dia.

E janta, eu não fazia minha comida, era IFood 100% dos dias, 100% dos dias mesmo. O IFood, normalmente, também era comidas assim, já que eu vou pedir, deixa eu pedir uma coisa gostosa, não vou pedir salada. Então, pedia japonês, pedia pizza, pedia lasanha, pedia um prato, risoto, sempre eram coisas gordas. Nesse período que eu tomei a decisão de emagrecer, só pra você ter uma referência, eu já tinha... - porque o IFood guarda quantos pedidos você fez no ano - eu tinha feito, já era outubro, novembro, né, tinha feito 700 pedidos no IFood já. (E4, 13).

Os meios de aquisição de alimentos mudaram para o entrevistado 4, após o início do tratamento, pois a nova dieta exigia mais alimentos frescos, compras conscientes e preparação própria dos alimentos. O entrevistado 4 começou a frequentar feiras orgânicas. Entretanto, a maior mudança mencionada na forma de aquisição de alimentos, foi o delivery de comidas insaudáveis não se fazer mais presente depois do início do tratamento da obesidade, antes sendo o principal canal de compras. Relata, entretanto, que houve uma transição no seu padrão de aquisição, pois logo no início do tratamento, ainda consumia alimentos de delivery, mas com escolhas mais conscientes: “No começo eu até ainda pedia algumas comidas, mas muito mais conscientes.” (E4: 142).

Hoje em dia, zero IFood, muito mercado, especialmente verduras. Porque você acaba tendo que comprar com frequência, todo dia. E até tipo, encomendando em feiras orgânicas. Essas coisas que eu não fazia antes também. Mas tirando o elemento IFood, acho que não mudou muito. Mudou o que eu comprava, basicamente. (E4: 86).

Em resumo, há uma forte mudança nos processos de aquisição dos bens e serviços relacionados com a alimentação de todos os entrevistados. Eles relatam que antes do tratamento havia um consumo muito intenso de alimentos de restaurantes, principalmente através de delivery, o que conseqüentemente fazia com que consumissem menus que contribuíam para a manutenção da obesidade. Os entrevistados 1 e 3 que estudavam, relataram que ainda consumiam alimentos insaudáveis e hipercalóricos na cantina das instituições.

Para todos os entrevistados, após o início do tratamento da obesidade, pela relevância da preparação e disponibilização dos alimentos da rotina alimentar, raramente pedem delivery e começaram a focar a aquisição dos alimentos em supermercados, hortifrúti e feiras orgânicas, que fornecem produtos in natura para a elaboração dos menus.

As mudanças de padrão de aquisição da prática de consumo alimentar contribuíram para o desenvolvimento das seguintes práticas integrativas: adquirir conhecimentos sobre alimentação; comprar em feira; comprar em hortifrúti; comprar no supermercado; ler tabela nutricional/rótulo; planejar a alimentação; programar locais de compra da alimentação.

Há mudanças também nos padrões de consumo de outras práticas integrativas. Por exemplo, depois do início do tratamento da obesidade, o entrevistado 4 declara que não pode faltar em seu orçamento mensal o aplicativo que o auxilia na prática integrativa de “controlar a alimentação” e “registrar calorias”: “O MyFitnessPal, inclusive eu pago ele. Também é outro que faz questão que esteja no meu orçamento.” (E4: 110).

Relata também o entrevistado 4, que antes do tratamento da obesidade, buscava ter todos os itens materiais de um bom cozinheiro e uma das suas práticas preferidas era ir à shopping de decoração para “equipar cozinha (com itens para receitas hipercalóricas)”. Depois do tratamento da obesidade, não exerce mais tal prática e boa parte dos itens que era relacionado com alimentos hipercalóricos e insaudáveis está sem uso.

Eu tinha uma cozinha super equipada. Tem ainda, mas eu usava ela. [...] Agora o utensílio de cozinha volta na linha do mais funcional. Eu quero ter o que eu estou utilizando. Não preciso ter esse monte de coisas que tinham ali. [...] Meu passatempo antes do tratamento da obesidade era ir em loja tipo Etna, Tok & Stok, D&D, que é um shopping de decoração aqui em São Paulo. E ficar... Ah, vou pescar umas coisinhas aqui para a minha cozinha. (E4: 155).

Noutro giro, depois do início do tratamento da obesidade, o entrevistado 4 demonstra o grau de apropriação do consumo em “equipar cozinha (com itens para receitas funcionais)”, o que será evidenciado na subseção seguinte, juntamente com a apropriação do consumo que ocorre referente a outras práticas integrativas.

4.5.2 Apropriação

A dimensão de consumo apropriação busca identificar como os objetos de troca comercial podem ganhar significado ou ser incorporados à vida cotidiana das pessoas, dentro e por causa das práticas (Evans, 2019; Warde, 2016). Antes do tratamento, haviam práticas de consumo alimentar que se desempenhavam puramente pelo contexto social, cujo significado simbólico seria o pertencimento ou a sociabilidade.

Se eu estava me alimentando, comendo um hambúrguer, eu estava com alguém em casa. Dificilmente iria comer um hambúrguer sozinho. Então, era um sentimento de ter mais gente ao meu redor, né? (E2: 176).

Comia muito mais do que eu precisava, comia tanto em quantidade quanto qualidade do alimento, com certeza era muito social, assim como no trabalho. O que eu comia no trabalho não era uma escolha minha, era uma escolha, quer dizer, uma escolha em alguma medida, claro, mas assim, você vai sair em um grupo de pessoas, onde que esse grupo quer almoçar? Quer ir na feijoada ou no lugar de salada? Às vezes eu queria comer salada. Mas o pessoal do grupo, ia no lugar de feijoada. Vamos pedir uma salada num lugar de feijoada? Então era esse tipo de contexto que tornava muito social, muito dependente dos outros, né? (E2: 178).

Outro exemplo que eu lembro muito da escola era assim, se você levasse de casa o lanche que fosse uma fruta, por exemplo, alguma coisa, eu lembro que existia uma certa vergonha de você não consumir o que os outros estavam consumindo. Então, toda essa questão do que era consumido, se não era o que estava todo mundo também usufruindo, existia um certo receio de não consumir. (E3: 31).

A prática de consumo alimentar, que é um dos dois meios de controle da obesidade (WHO, 2021), depois do início do tratamento, mudou de significado de hedonista para funcional e ganhou mais relevância na vida dos entrevistados.

Minha relação com a comida, acho que é a principal mudança que aconteceu. Eu ainda associa, mas eu associava muito a alimentação a um momento de lazer, que tem um papel da comida também, mas não é para ser o principal papel da comida, do alimento, então essa transformação de uma coisa, de um puro prazer, hedonista, numa coisa funcional, foi talvez uma das principais mudanças. (E2: 50).

A disponibilidade dos alimentos saudáveis e nas porções necessárias à dieta individual é mencionada diversas vezes pelos entrevistados como a chave para a manutenção

de um consumo alimentar saudável: “Talvez eu não prepare todo o alimento da semana e congele. Mas eu tenho que dedicar o tempo para ir comprar [o menu da semana] e deixar ele disponível para mim.” (E1: 143). Segundo os entrevistados, a indisponibilidade do alimento calculado para a ocasião alimentar suscita fuga na rotina que é prejudicial à manutenção de bons hábitos alimentares.

E a segunda principal mudança é a ideia de sempre saber o que eu vou comer, eu sempre sei o que eu vou comer! Então, eu sempre tenho isso pronto, se eu não tenho alguma coisa pronta para jantar, eu já fico ligado para deixar isso pronto, não é pronto necessariamente, mas na mão, é algo que eu tenha altíssima disponibilidade, para evitar de me questionar, se eu me fizer essa pergunta, eu posso tomar a decisão que não é a melhor do ponto de vista funcional. (E2: 179).

A entrevistada 3 demonstra em sua fala que o grau de envolvimento com as práticas de consumo alimentar mudou entre antes e depois do tratamento da obesidade, uma vez que os momentos de consumo representam mais significados e competências, pela relevância e cuidado que a prática de consumo alimentar ganhou na vida cotidiana: “Tenho cuidado com as escolhas dos alimentos. Se realmente compensa fazer um determinado tipo de consumo, de comprar algo no supermercado. Então hoje em dia é que eu realmente paro e raciocino sobre.” (E3: 15).

O entrevistado 1, ainda, relata como as mudanças nas suas práticas de consumo alimentar, foram incorporadas também nas práticas de consumo alimentar da sua família.

Até na minha própria casa, por exemplo, depois da cirurgia, há hábitos novos, que foram bem melhorados. Desde criança, por exemplo, na minha casa, a gente não consome café com açúcar. [...] Contudo, depois da cirurgia, eu vi que não era qualquer adoçante. E adoçante também, nem sempre é sinal de que há algo bom para a saúde. Então, foi melhorando, passivamente, dos meus pais através de mim, mas melhorou. (E1: 142).

Adicionalmente, conforme já mencionado, as práticas integrativas subjacentes ao consumo alimentar dos entrevistados - consultar-se com profissionais da obesidade; equipar cozinha (com itens para receitas funcionais); fazer dieta; preparar a alimentação - depois do início do tratamento, passaram a se configurar mais fortemente, demonstrando evolução no grau de envolvimento e forma de incorporação do consumo no cotidiano, constituindo uma segunda via de como a prática de consumo alimentar adquiriu status de apropriação.

Evidenciando como o consumo alimentar apropriou-se à vida cotidiana após o tratamento da obesidade através de práticas integrativas, os entrevistados 1 e 3 relataram em

suas falas que desenvolveram o hábito de analisar os rótulos dos alimentos para identificar na sua composição, por exemplo, o alimento mais natural possível, se o alimento light é diferente do “normal” ou se possuem algum componente cancerígeno.

Eu procuro alimentos mais saudáveis. Até hoje em dia fazendo o que eu não fazia antes, que é olhar rótulo de alimento. Era impossível olhar um rótulo de alimento. Hoje eu olho, faço escolhas pelo rótulo. Olho o alimento normal, olho o alimento considerado light, e vejo a diferença. Realizo uma comparação. Quando é uma diferença de nada, mas tem uma composição de alguma substância cancerígena, por exemplo. Coisas que eu não me preocupava antes, que hoje eu me preocupo. Não é só a questão calórica mas sim a composição daquele alimento. (E1:95).

Hoje em dia eu levo muito mais em consideração, de fato, o que eu vou consumir. A qualidade do produto, por exemplo. Hoje em dia, algo que eu não fazia de forma alguma, eu já faço, por exemplo, ler rótulos de supermercado. Pra tentar ali, mesmo sendo industrializado, tentar comprar um alimento que seja mais limpo entre os outros que tem. Então hoje eu tenho essa dedicação em ter um cuidado maior nas escolhas. Mas eu não me proíbo de nada também. (E3: 17).

Os entrevistados 2, 3 e 4 relevaram, também, a importância da aquisição e manutenção dos utensílios corretos no auxílio da prática de consumo alimentar, facilitando a preparação de alimentos, ajudando na variedade da alimentação e contribuindo para uma alimentação mais saudável.

Hoje é super importante pra eu ter pluralidade e facilidade de preparar as coisas. Se tiver faltando alguma dessas coisas, eu vou ter uma alimentação mais monótona. Isso é uma coisa menos aderente pra mim no longo prazo do que uma alimentação mais variada. Dito isso, nenhum deles é essencial. Eu vivo sem todos eles. Talvez não panela, né? Se tirar um deles, minha alimentação vai ficar um pouquinho pior. Se eu for tirando de um em um, minha alimentação vai ficando um pouquinho pior, porque eu vou perder a capacidade de criar a heterogeneidade da minha alimentação. (E2: 127).

Airfryer, ela é o mapa. Eu lembro que eu comprei especificamente Airfryer logo após que eu fiz o tratamento. E ela me acompanha até hoje. Eu amo. Na casa dos meus pais, enquanto eu morava lá, nunca foi utilizado por ninguém além de mim. E hoje que eu saí, lá não existe. Eu levei comigo. Então, assim, é um utensílio que foi, de certa forma, um marco mesmo. [...] Eu gosto de ter esse cuidado ali com o que é que eu vou utilizar. E que na casa dos meus pais, que na época antes do tratamento, não tinha, não existia. (E3: 85).

Se eles quebrarem [os utensílios], eu compro no mesmo dia, no dia seguinte. Porque é a energia mental que eu preciso para estar estabelecido no meu processo. Então, por exemplo, o liquidificador para fazer meu shake de whey. Que eu gosto de fazer ele bem parecido a um milkshake. Ele é meu doce. Eu não posso ficar sem o meu liquidificador para fazer ele. Meu forno para assar meu franguinho, porque eu não quero ficar fazendo na frigideira. Porque eu encontrei o que funciona para mim. E é isso. A rotina é importante. Então, o que é usado mais hoje em dia é chave e se perder eu reponho na hora. Basicamente é isso. (E4: 143).

Percebe-se, na fala de todos os entrevistados que, aprender conhecimentos sobre nutrição também mudou o grau de envolvimento com a sua prática de consumo alimentar. Pois, a partir dos conhecimentos, foi possível identificar novos significados funcionais do consumo alimentar para a saúde e estética, que antes não existiam, que agora funcionam como guias para a execução do consumo.

Entender que uma molécula de gordura tem 9 calorias, uma molécula de proteína tem 6, 7, eu acho, carboidrato tem 5. Multiplica a quantidade desses macros nutrientes com essa quantidade de calorias, você tem a caloria do dia, você consome e você emagrece. Isso é a primeira coisa que eu aprendi. Isso fez com que eu tivesse essa noção relativa da comida. [...] E, assim, isso fez com que eu me atentasse, sempre me preocupasse com o que tem dentro dos alimentos que eu estou consumindo. (E2: 163).

Eu sabia que a alimentação causava muitos problemas, mas não era uma relação tão direta quanto hoje eu percebo que é. [...] Às vezes eu estava inchado, ficava com dor de cabeça, ou estava cansado, eu nem associava que isso podia ser uma comida, pra mim eram coisas isoladas, e que o problema era sempre no longo prazo. Aí, o que mudou pra hoje é que me espantou o quão rápido meus exames de sangue normalizaram só com a alimentação. E comer tudo certinho, fazer tudo bonitinho, fazia tudo ali ir pra normalidade, quando eu olhava meus exames. Então eu falei, nossa, então tem um efeito de médio prazo, não é só no longo. Dá pra resolver coisas que eu achava que não iam ser resolvidas. Com até consciência maior de curto prazo. (E4: 75).

4.5.3 Apreciação

Noutro giro, percebe-se da fala dos entrevistados que a prática de consumo alimentar modifica sua forma de apreciação entre antes e depois do tratamento da obesidade. Segundo Warde (2016) a apreciação refere-se às maneiras pelas quais as pessoas obtêm prazer e satisfação com o consumo.

De acordo com a ABESO (2022) a excitação em comer é influenciada pelas necessidades metabólicas e o organismo humano dispõe de inúmeros mecanismos que regulam o consumo alimentar a fim de manter o balanço energético adequado. Acrescentam Guyenet e Schwartz (2012) que as escolhas alimentares são controladas por mecanismos fisiológicos, incluindo sinais do trato gastrointestinal e do tecido adiposo para o cérebro, que afetam não apenas a fome e à saciedade, mas também a motivação para comer determinados alimentos e a recompensa que experimentamos ao comer. Frequentemente esses mecanismos se tornam desregulados e levam ao consumo alimentar hedonista excessivo, que pode então levar ao ganho de peso (Guyenet; Schwartz, 2012).

Antes do tratamento da obesidade, o entrevistado 1 demonstra em sua fala que a prática de consumo alimentar trazia prazer e satisfação de uma forma negativa, através de alguns nutrientes e da compulsão alimentar. Entendia que se ingerisse açúcar, o nutriente causaria uma reação química de bem-estar no cérebro, por exemplo.

Era bem ruim. Porque antes a minha compulsão alimentar, ela era ditada por uma situação ruim, que eu estivesse vivendo. E eles eram consumidos ali por disponibilidade e por algo que "se eu comer isso daqui que é muito doce vai causar um prazer no cérebro". Então vai ser bom para mim. E essas eram escolhas ruins. E inseridas em momentos ruins. (E1: 119).

A entrevistada 3 discorre, também, sobre tal expressividade dos sentimentos na prática de consumo alimentar, como sendo a única fonte de prazer que possuía. Nos momentos que não conseguia gerenciar suas emoções escolhia consumir alimentos para sentir prazer, o que fazia com alta frequência.

Antes do tratamento, o meu consumo era totalmente voltado para esse contexto emocional. Então, assim, a minha forma de lidar com todas as minhas emoções, não só as ruins, elas eram voltadas para esse contexto alimentar, com certeza. Como eu morava perto de supermercado, morava perto de mercadinho, qualquer emoção que eu tinha, qualquer coisa, eu corria para comprar algo para comer. Era natural, assim, eu acho que todos os dias eu estava lá nesse supermercado comprando alguma coisa. Porque era a única forma que eu tinha de lidar naquele momento. Eu não me sentia à vontade em conversar com ninguém, eu sempre fui uma pessoa um pouco mais fechada. Então, era assim, era tão natural que eu não me percebia fazendo isso. Eu não me percebia tendo esse contexto alimentar voltado para o emocional. (E3:40).

Antes do tratamento, eu tinha um namoro bem disfuncional. Então, eu vivia em função dele, basicamente. Então, eu digo que eu me anulava totalmente nessa época. Eu não fazia nada que eu gostava, eu não saía com meus amigos, nada. Eu vivia em função dele. Então, eu não tinha fonte de prazer. Eu não tinha nada meu. Hoje eu vejo que na época a alimentação supria isso. **Eu buscava realmente no comer essa fonte de prazer que eu não tinha.** Então, eu acho que ela tinha 100% essa função nessa época antes do tratamento. (E3: 55, grifo do autor).

De mesmo modo, o entrevistado 4 ressalta esse papel importante da prática de consumo alimentar antes do tratamento da obesidade, de servir como uma forma de “descontar as emoções”, focada no sabor e não na qualidade: “O que eu sentia é, minha relação com a comida era pouco saudável, descontava emocionalmente ali dentro, comer era uma fonte de prazer e eu precisava comer, eu sentia que era grande, então eu precisava comer mais, mais, mais, mais, mais, mais.” (E4: 145).

O entrevistado 4 também comenta que antes do tratamento da obesidade a prática de consumo alimentar adquiriu status de apreciação em dois momentos da sua vida. Quando se

viu independente financeiramente morando em São Paulo e poderia consumir os alimentos que antes não tinha acesso por questões financeiras ou por morar no interior: “Assim que eu tive minha independência, eu ter controle da minha comida foi uma coisa importante, assim, e ter meu dinheiro pra bancar” (E4: 56). E, quando trabalhou no setor de consultoria empresarial no qual se valoriza muito a comida como um escape: “Daí tem um outro lado que é o ambiente social que eu tava de trabalho sempre estimulou restaurantes, comidas caras, valorizar a comida, comida era sempre um escape do trabalho em consultoria, né?” (E4:57).

Similarmente, a entrevistada 3 comenta sobre como a independência pessoal fez com que adotasse práticas de consumo alimentar que fossem apreciadas pelos significados de liberdade.

Até ali os meus 17 anos, que foi quando eu botei o balão, né? Eu tinha total dependência dos meus pais para fazer o supermercado de casa, para ter um dinheiro para fazer um lanche na escola. Então, era: “Pai, posso comprar uma coisa? Não, não pode.” Então, pronto, não tinha o que fazer, né? Era isso. E aí, quando eu fiz os meus 18 anos, que eu tirei minha carteira, então eu tinha livre acesso a ir a qualquer lugar na hora que eu quisesse. E eu faço até uma ligação de que esse consumo era até uma forma de ter liberdade, né? Porque o que antes me era proibido, o que antes me era regrado, eu tinha ali total acesso na hora que eu queria, porque eu tinha meu carro, na época também eu comecei a ter uma mesada, então ficou algo bem mais livre para mim. (E3: 47).

Quando indagados sobre as mudanças nas práticas de consumo alimentar depois do início do tratamento da obesidade, os entrevistados mencionam em várias ocasiões no decorrer das entrevistas como ainda batalham para trazer a alimentação do papel de apreciação (hedonista) para apropriação (funcional), no sentido de que usá-la apenas como fonte de prazer levava a escolhas alimentares não saudáveis, que contribuam para a permanência da obesidade.

Minha relação com a comida, acho que é a principal mudança que aconteceu. Eu ainda associa, mas eu associava muito a alimentação a um momento de lazer, que tem um papel da comida também, mas não é para ser o principal papel da comida, do alimento, então essa transformação de uma coisa, de um puro prazer, hedonista, numa coisa funcional, foi talvez uma das principais mudanças. (E2: 50).

Na época, eu não tinha nenhuma percepção, não me colocava nesse local de escolha. Era apenas uma questão de satisfação, de prazer. Hoje eu já tenho essa percepção de consumir. Claro, ainda o que me dá prazer é o alimento palatável, só por uma questão de vontade, de querer. Mas hoje eu já consigo me colocar nesse local realmente de escolha, de entender o que poderia ser melhor ou não naquele momento. Então, acho que o que mudou no meu consumo é que hoje eu consigo de fato escolher. (E3: 69).

Embora ainda entendam e respeitem o prazer fisiológico através da comida (ABESO, 2022), os entrevistados tentam associar a prática de consumo alimentar por prazer

com eventos pontuais, em momentos sociais e culturais, relevando mais o contexto do que o sabor da comida como forma de obter satisfação através da prática de consumo alimentar.

No sentido de que eu ainda respeito o elemento social e cultural da comida, juntar as pessoas num churrasco, marcar um restaurante com os amigos, eu acho que esse é um papel importante da comida, eu tenho muito prazer de comer ainda, não sumiu e eu respeito isso, mas isso não é a regra, porque você foge do controle, a maioria tá no meu controle. (E2: 177)

Eu viajo em lua de mel, como sem ter fome, pelo prazer, puro prazer da comida, porque eu não quero perder a oportunidade de comer naquele restaurante, eu quero provar três coisas diferentes, vou comer três coisas diferentes, vou comer um pouco mais que eu preciso, ainda tenho essas características, mas, de modo geral, eu acho que eu como mais saudável do que a média da população. (E2: 91).

Então, tem um prazer vindo de uma fonte indireta. E tem os momentos sociais, por exemplo, com amigos, etc. [...] Hoje em dia eu entendo que tem um propósito ali de compartilhar. Não é simplesmente pelo sabor da comida. De novo, é todo um contexto atrás. Antes eu acho que era muito focado no sabor da comida. Agora é o sabor somado no contexto. (E4: 91).

Os entrevistados transparecem o suporte emocional elevado que esta prática tinha no cotidiano, que após o início do tratamento, foi ocupada por outras práticas: “Eu não estou mais tirando tanto prazer da comida como eu tirava antes, que eu estou podendo tirar de outros lugares, basicamente é isso.” (E4: 144). Os entrevistados comentam que obtém prazer e satisfação em poder cuidar da saúde através das práticas de consumo alimentar, por exemplo, ao praticar escolhas alimentares inteligentes e cozinhar para si.

Hoje, pós cirurgia, no tratamento, essa alimentação para mim é algo muito bom. O fato de você ir para o supermercado escolher bons alimentos, escolher boas frutas e focar mais nessa questão, de ter boas escolhas, para mim são momentos bons. É tanto que o próprio ato de cozinhar para mim, cozinhar o que eu vou comer, é um momento bom. É algo que eu me dedico bastante. (E1: 121).

Quando eu sinto que eu tô comendo bem, então tem uma fonte de prazer em sentir que eu tô caminhando numa direção que vai fazer bem pra mim. (E4: 147).

Em resumo, sobre a apreciação, a fala dos entrevistados revelou que antes do tratamento da obesidade a prática de consumo alimentar representava um componente central da vida cotidiana como um pilar emocional, a partir do qual se obtia prazer e satisfação. Iniciar o tratamento para a obesidade necessitou que os entrevistados a tirassem desse papel de protagonismo, dedicando à prática de consumo alimentar uma importância funcional, a nível de apropriação do consumo. O pilar emocional advindo da prática de consumo alimentar foi dissipado para outras práticas integrativas que se desenvolveram: alcançar metas de consumo

alimentar, apoiar-se psicologicamente (contexto emocional positivo), cozinhar, cuidar da saúde, dormir, emagrecer, enfrentar a obesidade, fazer dieta, preocupar-se com a estética, socializar, socializar com a família, viajar.

O Quadro 22 apresenta o resumo das três dimensões fundamentais do consumo, que surgem dentro e por causa das prática de consumo alimentar, antes e durante o tratamento de obesidade. A análise das 3 unidades de registro em conjunto para a categoria 4 justifica-se pelo fato de cada unidade de registro contribuir para a compreensão das outras. No quadro ainda são pontuadas práticas integrativas desenvolvidas com a evolução do engajamento nas práticas de consumo alimentar

Quadro 22 - Categoria 4 - C4U1; C4U2; C4U3: Mudanças entre AT e DT nas três dimensões fundamentais do consumo.

Categoria 4: As três dimensões fundamentais do consumo que surgem dentro e por causa das práticas			
Unidade de registro	AT	DT	Práticas integrativas desenvolvidas com a evolução do engajamento nas práticas de consumo alimentar
C4U1 - Aquisição	<ul style="list-style-type: none"> - O consumo alimentar ocorria de forma automática e livre, sendo exercido sem critério de local de aquisição ou saudabilidade. - Elevado grau de aquisição de alimentos de restaurantes com menus insaudáveis, por meio de delivery ou presencial. Todos os entrevistados depositavam parte do seu consumo alimentar que levava à obesidade à essa modalidade de aquisição, que normalmente estava associada a algum tipo de exagero alimentar. - Supermercado, sem cuidado com a escolha dos itens. 	<ul style="list-style-type: none"> - Novas formas de aquisição de alimentos como feiras orgânicas e hortifrúti. - A programação de quando e onde comprar se torna primordial para a disponibilidade dos menus. - Ainda há consumo de comida de restaurantes, por meio de delivery ou presencial, sendo menus mais saudáveis ou menus insaudáveis de forma mais pontual. - Supermercado, deliberação formal no processo de compra de itens compatíveis com a manutenção da obesidade controlada. 	<ul style="list-style-type: none"> Adquirir conhecimentos sobre alimentação; comprar em feira; comprar em hortifrúti; comprar no supermercado; ler tabela nutricional/rótulo; planejar a alimentação; programar locais de compra da alimentação.
C4U2 - Apropriação	<ul style="list-style-type: none"> - Havia práticas de consumo alimentar que se desempenhavam puramente pelo contexto social, cujo significado simbólico seria o pertencimento ou a sociabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - A prática de consumo alimentar em dimensão de apropriação se mostrou mais evidente quando apresentou abordagem funcional, de saúde e estética. - O consumo alimentar como a chave para a manutenção da obesidade controlada, através da disponibilidade dos 	<ul style="list-style-type: none"> Consultar-se com profissionais da obesidade; equipar cozinha (com itens para receitas funcionais); fazer dieta; preparar a alimentação.

		alimentos saudáveis e nas porções necessárias à dieta. - Os momentos de consumo representam mais significados e competências, pela relevância e cuidado que a prática de consumo alimentar ganhou na vida cotidiana. - Práticas integrativas auxiliam na conquista de significados das práticas de consumo alimentar.	
C4U3 - Apreciação	- Significado hedonista da prática de consumo alimentar, relação excessivamente negativa que conduz à obesidade. - A prática de consumo alimentar como meio de único suporte emocional e liberdade.	- Condução do componente hedonista da prática de consumo alimentar com maior equilíbrio e responsabilidade, não o negligenciando, por ser um papel relevante dela. - Prazer no autocuidado, em seguir a dieta e em comprar e preparar os alimentos. - O pilar emocional advindo da prática de consumo alimentar foi dissipado para outras práticas integrativas que se desenvolveram.	Alcançar metas de consumo alimentar; apoiar-se psicologicamente (contexto emocional positivo); controlar a alimentação; cozinhar; cuidar da saúde; dormir; emagrecer; enfrentar a obesidade; socializar; socializar com a família; viajar.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Percebe-se na fala dos entrevistados que houveram mudanças entre alguns meios de aquisição dos alimentos entre antes e depois do início da obesidade. O que mais sofreu mudanças foi a aquisição de alimentos em restaurantes, por meio de delivery ou presencial. Todos os entrevistados depositavam parte do seu consumo alimentar que levava à obesidade à essa modalidade de aquisição, que normalmente estava associada a algum tipo de exagero alimentar. Depois do início do tratamento da obesidade ainda há o consumo de comida de restaurantes, sendo menus mais saudáveis ou menus insaudáveis de forma mais pontual.

O supermercado figura como um meio perene de aquisição entre antes e depois do tratamento. Entretanto, todos os entrevistados ressaltam que os itens adquiridos sofreram modificação, pois depois do início do tratamento, as competências aprendidas sobre o consumo alimentar saudável fazem com que haja deliberação formal no processo de compra de itens compatíveis com a manutenção da obesidade controlada. Novas formas de aquisição de alimentos como feiras orgânicas e hortifrúti são mencionadas após o início do tratamento da obesidade.

Antes do início do tratamento da obesidade, haviam práticas de consumo alimentar que se desempenhavam puramente pelo contexto social, cujo significado simbólico seria o pertencimento ou a sociabilidade. A prática de consumo alimentar em uma dimensão de apropriação se mostrou mais evidente nas falas dos entrevistados após o início do tratamento, quando tentam trazê-la para a abordagem funcional, de saúde e estética. A disponibilidade dos alimentos saudáveis e nas porções necessárias à dieta individual é mencionada diversas vezes pelos entrevistados como a chave para a manutenção de um consumo alimentar saudável. O grau de envolvimento com as práticas de consumo alimentar mudou entre antes e depois do tratamento da obesidade, uma vez que os momentos de consumo representam mais significados e competências, pela relevância e cuidado que a prática ganhou na vida cotidiana. Outras práticas integrativas são desenvolvidas e auxiliam na conquista de significados das práticas de consumo alimentar.

Todos os entrevistados ressaltam o papel hedonista da prática de consumo alimentar antes do início do tratamento da obesidade, relevando que essa relação era excessivamente negativa e os conduziu à obesidade. Também apresentavam a prática de consumo alimentar a nível de apreciação quando a utilizavam como meio de liberdade e único suporte emocional. Após o início do tratamento, os entrevistados elevam a prática de consumo alimentar a nível de apreciação na medida em que encontram prazer no autocuidado, em seguir a dieta e em comprar e preparar seus alimentos. Buscam conduzir o componente hedonista da prática de consumo alimentar com maior equilíbrio e responsabilidade, não o negligenciando, por reconhecerem ser um papel relevante dela.

4.6 As contribuições das mudanças nas práticas de consumo alimentar para o mercado de soluções para obesidade

Observar a complexidade da multifatorialidade da obesidade através da prática de consumo alimentar, entendendo os pontos de atuação da prática de cada um dos profissionais envolvidos e das terapias existentes, bem como as tendências para o seguimento de longo prazo na promoção da saúde global do indivíduo com obesidade se mostra como a forma mais eficiente para que o mercado de soluções para a obesidade possa efetivamente promover as mudanças permanentes de estilo de vida que exige o tratamento da obesidade.

Estudar a obesidade sobre a ótica de uma teoria social fornece contribuições valiosas para o mercado de solução da obesidade, pois a prática de consumo alimentar demonstrou-se extremamente integrada com várias outras práticas da vida cotidiana que devem ser observados como uma rede interconectada pelo mercado de soluções da obesidade. Não obstante, foram identificadas 59 práticas integrativas compostas à prática de consumo alimentar.

Há uma dificuldade em se delinear um padrão único de prática de consumo alimentar, uma vez que é uma prática embebida de muitas competências e significados intensos, conforme se demonstrou. Mesmo um único indivíduo, pratica o consumo alimentar de formas diferentes, a cada dia, evento de socialização, refeição, sentimento, recompensa e significado.

Eu acho que vai pra muito além do comer, na verdade. Vai pra uma questão realmente pessoal, da própria história, do próprio emocional. De quem que você é naquele dia. Porque eu digo assim, cada dia nós somos uma pessoa. Então, cada dia nós nos alimentamos de uma forma diferente. E querendo ou não, hoje o alimento vai para muito além desse único contexto do saciar, do te alimentar. Ele tá ali como uma fonte de prazer, ele tá ali como realmente um acolhimento. Então, eu acho que o consumo alimentar tá de mãos dadas com todas as outras áreas da nossa vida, quase que inevitavelmente. (E3: 52).

É necessária uma melhor compreensão dos vários nexos da prática de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade, incluindo a propensão para recuperar o peso perdido, as diferenças interindividuais na patogênese e a resposta à terapia, para o desenvolvimento de intervenções eficazes e custo-efetivas do mercado de soluções da obesidade. Com base na pesquisa, observou-se recomendações para o mercado da obesidade nos três pilares de mudança da prática de consumo alimentar segundo a ABESO (2022): estratégias de educação comportamentais; estratégias de educação nutricional e estratégias de reeducação alimentar.

Sobre o primeiro pilar, as estratégias de educação comportamentais são fatores que estão relacionados à adesão em longo prazo de mudanças no consumo alimentar (ABESO, 2022). Durante a pesquisa, os entrevistados evidenciaram que alguns profissionais entregam “receitas de bolo” e não explicam os custos para a saúde das escolhas insaudáveis, de forma que o indivíduo obeso não consegue acessar efetivamente a mudança comportamental necessária sobre a prática de consumo alimentar para transpor a obesidade. Não há o convencimento por parte do profissional de que “é possível mudar” e a evolução da obesidade reverbera na descrença de que a situação é irreversível.

Com o avanço da tecnologia dos medicamentos antiobesidade, dos produtos para gerenciamento de peso, da cirurgia bariátrica, os indivíduos podem entender que conseguirão manejar a obesidade num momento futuro. Nesse cenário, cabe aos profissionais esclarecer que cada mês, ano ou década em que a obesidade permanece, há alterações significativas na saúde que podem ser irreversíveis e até fatais (WHO, 2021).

A personalização do tratamento se mostra crucial, pois cada indivíduo elabora o nexos da prática de consumo alimentar de uma forma diferente, diante dos materiais, significados, competências e práticas integrativas que performa em torno desta prática central. Ainda, a cada etapa do tratamento esse nexos sofre rearranjos e modifica a forma como a prática de consumo alimentar vai se apresentando.

A busca do prazer e satisfação através do consumo alimentar, antes do tratamento da obesidade, principalmente exposta a nível de apreciação do consumo - no qual os entrevistados declararam que o prazer pela comida era a forma de lidarem com todas as emoções - indica que as mudanças nas práticas de consumo alimentar insaudáveis, primeiro, deveriam ocorrer em nível de resignificação desse consumo. Conforme se mostrou através da pesquisa, enquanto não houve a dissipação de significado da prática de consumo alimentar ser o único pilar emocional, os indivíduos não conseguiram controlar a obesidade.

Durante a avaliação do grau de envolvimento com o consumo, percebe-se que mesmo em fase de manutenção da obesidade controlada, os indivíduos em tratamento de obesidade ainda batalham para trazer a prática de consumo alimentar de um significado hedonista (apreciação do consumo) para funcional (apropriação do consumo). Portanto, não só para psicólogos e psiquiatras, mas a abordagem emocional demonstrou-se primordial em qualquer possibilidade terapêutica dos profissionais da obesidade.

A introdução da prática integrativa de “fazer atividade física” – que na pesquisa só surgiu após o início do tratamento da obesidade – também merece destaque como ponto de intervenção dos profissionais nas estratégias de mudança comportamental, pois constitui, em conjunto com a prática de consumo alimentar, a segunda via de combate da obesidade (WHO, 2021). Segundo a ABESO (2023) a saída do sedentarismo é realmente um ponto de virada diante do sobrepeso e da obesidade.

O segundo pilar, as estratégias de educação nutricional, dizem respeito aos conhecimentos necessários para a mudança de comportamento (ABESO, 2022). Percebe-se que

todos os entrevistados atribuem em partes a sua obesidade ao fato de que desconheciam formas de praticar o consumo alimentar saudável. Apesar dos esforços das duas edições do guia alimentar brasileiro - que só tem duas versões, uma de 2006 e a mais atual de 2014 - notou-se que a população não tem acesso a essas informações (NUPENS USP, 2022).

Os conhecimentos sobre estratégias nutricionais se mostraram relevantes para que os indivíduos em tratamento de obesidade possam tomar as melhores decisões alimentares em todos os contextos de eventos e ocasiões. Independente de seguirem uma dieta prescrita, é importante saber a estratégia correta para evitar um consumo alimentar insaudável, automático ou compulsivo.

Foi mencionado pelos entrevistados uma série de competências sobre nutrição que surgiram após o início do tratamento da obesidade, que revolucionaram a prática de consumo alimentar e impedem desvios que prejudiquem a obesidade controlada: o valor nutricional dos alimentos; a qualidade dos alimentos em termos de natural e processados; quais alimentos devem ser consumidos em cada momento; a periodização da alimentação; como a diferença na composição dos alimentos impacta na saúde; função fisiológica dos macronutrientes e micronutrientes; noções de calorias por porção; e, noções de quantidade por porção.

Mudanças sobre conhecimentos de práticas integrativas ao consumo alimentar também foram mencionadas pelos entrevistados, que adquiriram competências sobre uma série de práticas subjacentes na manutenção da obesidade controlada, tais como controlar a alimentação; cozinhar; cuidar da saúde; dormir; escolher profissionais; estocar a alimentação; fazer atividade física; fazer dieta; fazer restrição alimentar; incorporar o alimento; instruir um cozinheiro; ler receitas; ler tabela nutricional/rótulo; planejar a alimentação; preocupar-se com a estética; preparar a alimentação; preparar marmitas; programar locais de compra da alimentação; registrar calorias; e, suplementar a alimentação.

Todos os entrevistados relevam o papel da aquisição de conhecimento junto a profissionais – nutricionistas, nutrólogos, endocrinologistas e cirurgiões – na mudança das práticas de consumo alimentar que os tiraram da obesidade e a mantém controlada. Todos também mencionaram as redes sociais como fonte de saberes, que foram sendo combinados ao conhecimento estrutural fornecido por profissionais. Tais conhecimentos pontuados fornecem insights para que profissionais possam orientar os indivíduos em tratamento de obesidade a

adquirirem as competências relevantes na manutenção da obesidade controlada, uma vez que durante a pesquisa revelou-se que são os “professores” e propulsores desse processo.

O terceiro pilar, as estratégias de reeducação alimentar, referem-se às estratégias sustentáveis para moderar a ingestão de energia, enfatizando a qualidade da dieta e mantendo a palatabilidade. Nesse pilar, foca-se em retirar do sabor a influência primária na seleção de alimentos e no controle alimentar, orientando os indivíduos no processo de consumo. A palatabilidade, a resposta afetiva ao sabor e a textura de um alimento aumentam o prazer em comer e não podem ser ignoradas (ABESO, 2022).

Depois do início do tratamento da obesidade, todos os entrevistados mencionaram a importância de ter sempre disponível uma escolha alimentar compatível com sua dieta, independente dos eventos e ocasiões, o que exige uma programação de tempo na rotina para adquirir e preparar. Ter horários e menus para as refeições também se mostraram relevantes no processo de reeducação alimentar, pois evita desvios. Para isso, relevam o papel de conduzirem o processo de aquisição dos alimentos – com tempestividade e qualidade - tornando-os sempre disponíveis, como uma forma de manutenção da saudabilidade da alimentação e da obesidade controlada. Isto inclui a programação dos locais de compra e dos tipos de ingredientes a serem comprados.

Assim, percebe-se que a prática de consumo alimentar depois do início do tratamento da obesidade exige mais tempo e disposição para garantir as estratégias sustentáveis de reeducação alimentar. O assessoramento dos profissionais na introdução e condução conjunta dessa nova rotina e padrão de consumo auxilia na permanência e aderência ao novo nexa da prática (Blue, 2016). O uso de aplicativos tecnológicos também se mostrou relevante para a prática dos profissionais, pois auxiliam os indivíduos em tratamento de obesidade no controle da ingestão de energia e da qualidade da dieta, bem como na disponibilização de receitas e leitura de rótulos/tabelas nutricionais, garantindo o controle pelos profissionais e pacientes das estratégias de reeducação alimentar.

A reeducação alimentar permanente implica também em entender o custo e gerenciar as escolhas insaudáveis, feitas pelo prazer e palatabilidade. Os profissionais exercem o papel de conduzir esses eventos de prática de consumo alimentar, evidenciando as compensações necessárias e outros significados que devem ser mais importantes no contexto da prática, como a socialização.

As mudanças nas práticas de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade fornecem contribuições não só para os profissionais da obesidade, mas também para o desenvolvimento dos produtos e serviços antiobesidade: medicamentos antiobesidade, produtos para gerenciamento de peso, cirurgia bariátrica e aplicativos tecnológicos. Entender como a prática de consumo alimentar muda e mantém o indivíduo na obesidade controlada é primordial para vislumbrar os fatores de sucesso desses produtos e serviços. Assim, os insights permitem o desenvolvimento de estratégias de negócios que compreendam as tendências que moldam e impulsionam o mercado terapêutico da obesidade e que identifiquem as categorias e segmentos de mercado, para a organização dos esforços de vendas e marketing e para consolidação de investimentos e parcerias estratégicas.

Para a indústria de alimentos, as mudanças nas práticas de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade representam uma grande oportunidade de ampliar o portfólio no sentido de uma alimentação nutritiva, fácil de preparar e altamente disponível, que promova a saudabilidade e o bem-estar dos consumidores, que não abdicam de menus saborosos. Sendo assim, é fundamental entender através dos nexos da prática como os indivíduos em tratamento de obesidade transitam entre as práticas de consumo alimentar que os mantiveram obesos e que se iniciaram após o tratamento de obesidade, solidificando um padrão de consumo novo e saudável. Ou seja, como os elementos da prática – materiais, competências e significados – e as práticas integrativas se rearranjam e são relevantes nesse novo padrão de consumo.

A busca por informações a respeito de alimentos mais nutritivos e saudáveis é uma tendência que precisa ser observada pela indústria alimentícia. Todos os entrevistados declararam que depois do início do tratamento da obesidade começaram a ler rótulos no supermercado ou procurar na internet as tabelas nutricionais dos alimentos que não acompanham. Isso porque, a mudança da prática de consumo alimentar depois do início do tratamento da obesidade aumenta a exigência por itens de qualidade e que trazem todos os ingredientes e dados nutricionais em suas embalagens.

O Quadro 23 resume as contribuições da pesquisa para os profissionais, produtos, serviços e tecnologias do mercado de soluções para a obesidade.

Quadro 23 - As contribuições das mudanças nas práticas de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade para o mercado de soluções para obesidade.

	Contribuições da pesquisa
Profissionais	<ol style="list-style-type: none"> 1. As estratégias de educação comportamentais: esclarecer que a manutenção da obesidade gera alterações significativas na saúde que podem ser irreversíveis e até fatais; personalizar tratamento; abordar e gerenciar o pilar emocional da prática de consumo alimentar; introduzir a prática integrativa de “fazer atividade física”. 2. As estratégias de educação nutricional: orientar os indivíduos na aquisição das competências relevantes na manutenção da obesidade controlada, pois são os “professores” e propulsores desse processo. 3. As estratégias de reeducação alimentar: assessorar na introdução e condução conjunta da nova rotina e padrão de consumo que auxilia na permanência e aderência ao novo nexa da prática; introduzir uso de aplicativos tecnológicos; ensinar escolhas alimentares inteligentes e compensações necessárias; incentivar outros significados que devem ser mais importantes no contexto da prática do que o prazer, como a socialização.
Produtos, serviços e tecnologias	<ul style="list-style-type: none"> - Indicação de tendências que moldam e impulsionam o mercado terapêutico da obesidade; - Identificação de categorias e segmentos de mercado, para a organização dos esforços de vendas e marketing e para consolidação de investimentos e parcerias estratégicas; - Mercado de alimentação saudável: ampliar o portfólio no sentido de uma alimentação nutritiva, fácil de preparar e altamente disponível; informar todos os ingredientes e dados nutricionais em suas embalagens.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Independentemente da atuação do mercado de soluções para a obesidade, a mudança das práticas alimentares exige o compromisso e dedicação dos indivíduos. A alimentação é a base da construção do corpo, da saúde e da estética e envolve vários aspectos práticos, coletivos, sequenciais, automáticos e repetitivos da ação em geral e do consumo em particular (Warde, 2016). Então, a atitude primordial de qualquer mecanismo no mercado de gerenciamento da obesidade tem que mostrar a possibilidade de reverter a obesidade e convencer o indivíduo a engajar nesse processo de mudança profundo.

É importante que o mercado de solução da obesidade consiga se comunicar com o indivíduo em tratamento da obesidade. Gerar a compreensão no indivíduo de que o início do tratamento é um marco de mudança estrutural na vida e em todas as práticas que gravitam em torno da prática de consumo alimentar. Pois, uma vez que esse caminho é tomado no sentido da mudança para uma prática alimentar saudável que vai permitir o controle da obesidade, retornar para uma prática insaudável também potencialmente reverbera em um novo quadro de obesidade e DCNT associada. Precisa-se redirecionar todos os elementos da prática – materiais, significados e competências – bem como as práticas integrativas do consumo, para que as mudanças de estilo de vida sejam permanentes e que o indivíduo entenda que a prática de consumo alimentar reverbera na saúde no curto, médio e longo prazo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme o estudo, concluiu-se que a prática de consumo alimentar é moldada pelos eventos e ocasiões; comidas, menus e pratos e pelo processo de incorporação. A partir da forma como se desenha, revela seu nexos - os elementos da prática e as práticas integrativas subjacentes ao consumo alimentar - podendo assumir diversos arranjos. O nexos da prática é influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos, que vão desde determinantes biológicos e psicológicos, até contextos econômico e social nos quais a pessoa está inserida. Esses fatores interagem de maneira complexa e mutável, influenciando o desenvolvimento e a manutenção da prática. Para investigar a mudança da prática de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade, foi importante conhecer e compreender as influências críticas na prática de consumo alimentar e verificar quais delas estão sujeitas a modificação.

A teoria das práticas se mostrou de grande valia nesse cenário complexo e multifatorial. Primeiro, porque a pesquisa revelou que a prática de consumo alimentar tem cunho social relevante, evidenciando como a vida cotidiana e suas implicações para a saúde são resultado de práticas sociais que persistem e são reproduzidas e transformadas. Segundo, porque a teoria das práticas tem um arcabouço teórico amplo, a partir do qual foi possível extrair um quadro teórico base para análise de conteúdo, através das contribuições seminais da teoria das práticas para o estudo do consumo e da alimentação.

O estudo teve por objetivo geral investigar as mudanças nas práticas de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade. Nesse intuito, foi realizado um estudo qualitativo, através de entrevistas semiestruturadas com indivíduos em tratamento da obesidade que mantém a obesidade controlada, utilizando para a análise de conteúdo as categorias do quadro teórico sobre a conexão entre teoria das práticas, consumo e consumo alimentar como.

O primeiro objetivo específico de observar as três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar antes e durante o tratamento de obesidade permitiu delinear a prática de consumo alimentar nos dois momentos. Este objetivo evidenciou que a mudança na prática de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade ocorre nos eventos e ocasiões; na comida, no menu e nos pratos e no processo de incorporação. Depois do início do tratamento, a prática de consumo alimentar deixa de ser automática e livre, sem atenção aos alimentos escolhidos, e ganha relevante significado de saúde e estética na vida dos indivíduos em tratamento, que passam a se preocupar com seus menus e a disponibilidade dos alimentos que

os manterão na obesidade controlada independente do evento ou ocasião. Ainda, sobre a incorporação, a reeducação alimentar ganha um significado basilar na vida dos indivíduos que mantêm a obesidade controlada. Relevam o papel da dieta em manter um consumo alimentar saudável qualitativamente e quantitativamente, que reverbera na saúde e estética, componentes negligenciados antes do tratamento da obesidade.

O segundo objetivo específico de identificar as práticas integrativas que compõem a prática de consumo alimentar antes e durante o tratamento de obesidade permitiu observar que a mudança na prática de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade ocasiona a extinção de algumas práticas insaudáveis e permite o aparecimento de novas práticas saudáveis, que se fortalecem na medida em que há maior engajamento com o consumo alimentar saudável. Outras práticas integrativas, entretanto, são perenes em compor a prática de consumo alimentar, mas mudam de materiais, significados e/ou competências em seu nexos.

O terceiro objetivo específico de revelar os elementos da prática de consumo alimentar antes e durante o tratamento de obesidade possibilitou identificar que a mudança na prática de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade reflete nos materiais, significados e competências da prática. Uma vez que são constituídas por seus elementos, as práticas sociais mudam à medida que esses elementos são reconfigurados, evidenciando como os indivíduos transitam de práticas que os fizeram obesos para práticas que os mantêm em obesidade controlada. A mudança nestes elementos, ainda, fornece insights para entender o grau de envolvimento dos indivíduos com o consumo alimentar.

O quarto objetivo específico de desvendar as três dimensões fundamentais do consumo, que surgem dentro e por causa das práticas, antes e durante o tratamento de obesidade evidenciou como ocorre o envolvimento do consumidor obeso com a prática de consumo alimentar, bem como as nuances de mudança desse engajamento, quando o consumidor sucede em manter a obesidade controlada. Entre antes e depois do início do tratamento houveram alterações nos processos de aquisição dos bens e serviços relacionados com a alimentação. Juntamente com a ressignificação da prática de consumo alimentar, de hedonista para funcional, o consumo transita de um estado de apreciação para apropriação na manutenção da obesidade controlada.

Diante da evolução de conhecimento que foi possível com o atingimento dos objetivos específicos, elaborou-se um tópico final com insights para o mercado de solução da

obesidade, evidenciando como as mudanças na prática de consumo alimentar sob a ótica da teoria das práticas sucede em elucidar aspectos mercadológicos para profissionais, produtos e tecnologias.

Para a academia, o trabalho constituiu um exemplar de estudo de consumo e de DCNT sob a ótica da teoria das práticas. A nível individual, evidenciou os fatores do nexo da prática de consumo alimentar que contribuem para a consolidação e perpetuação de práticas que reverberam no consumo alimentar mais saudável e equilibrado, mantendo a obesidade controlada e reduzindo os riscos de DCNT. A nível de sociedade, evidenciou-se o papel do contexto na prática de consumo alimentar saudável. Intervenções específicas do Estado destinadas a estabelecer e quebrar ligações do nexo práticas, podem eliminar práticas insaudáveis ou favorecer práticas saudáveis.

Para estudos futuros, sugere-se a utilização do quadro teórico elaborado para a realização de outros estudos sobre consumo e alimentação sob a ótica da teoria das práticas, com grupos de consumo como vegetarianos, veganos, etc. Ainda investigando as práticas de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade, o presente trabalho poderia ser replicado com amostras mais segmentadas: apenas com indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica; que não tenham se submetido a nenhum tratamento cirúrgico; que estejam em situação de obesidade controlada em determinados cortes temporais. O componente de renda se mostrou relevante na prática de consumo alimentar, de modo que um estudo comparativo entre indivíduos de diferentes classes sociais em tratamento de obesidade também poderia favorecer insights interessantes para o mercado de soluções da obesidade, a sociedade em geral e os formuladores de políticas públicas.

Por fim, espera-se que os resultados deste trabalho, ao evidenciarem as mudanças nas práticas de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade, e ao oferecerem um quadro teórico do consumo alimentar à luz da teoria das práticas, possam contribuir para que cidadãos, organizações e Estados vislumbrem formas de atuação efetiva, política e social, para a reorganização das práticas de consumo alimentar no sentido de estabelecerem novos nexos saudáveis, que consigam impactar no controle da epidemia de obesidade e DCNT.

Uma dessas formas pode começar com a garantia legal de disponibilização de alimentos normocalóricos e saudáveis em creches, escolas e faculdades. Ou através de um programa obrigatório de ensino sobre nutrição que poderá repercutir nas melhores escolhas

alimentares durante a vida. A prevenção é fundamental, pois o tratamento por si só não vem se mostrando eficaz em conter a curva exponencial de crescimento da obesidade.

REFERÊNCIAS

ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. 4ª. ed. São Paulo: [s.n.], 2016.

ABESO. Mapa da Obesidade. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica**, 2022. Disponível em: <<https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>>. Acesso em: 10 maio 2022.

ABESO. **Posicionamento sobre o tratamento nutricional do sobrepeso e da obesidade**. 1. ed. São Paulo: Abeso, 2022.

ABESO. Obesidade: novos remédios, velhos dilemas. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica**, 2023. Disponível em: <<https://abeso.org.br/obesidade-novos-remedios-velhos-dilemas/>>. Acesso em: outubro 2023.

ATLAS.TI. Manuals and documents. **ATLAS.ti**, 2022. Disponível em: <<https://atlasti.com/pt/manuals-and-documents>>. Acesso em: 18 junho 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 2ª. ed. Lisboa: Edições 70, 2016.

BBC NEWS BRASIL. O novo tratamento personalizado para os 4 tipos de obesidade, segundo especialistas dos EUA. **BBC News Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-59314836>>. Acesso em: outubro 2023.

BELLOTTI, E.; MORA, E. Networks of practices in critical consumption. **Journal of Consumer Culture**, v. 16, n. 3, p. 718-760, 2016.

BISPO, M. D. S.; SOARES, L. C.; CAVALCANTE, E. D. C. **Panorama dos estudos sobre “prática” no Brasil: uma análise da produção**. XXXVIII Encontro Anual da Anpad. [S.l.]: [s.n.]. 2014.

BLUE, S. E. A. Theories of practice and public health: understanding (un) healthy practices. **Critical public health**, v. 26, n. 1, p. 36-50, 2016.

BOGDAN, R. S.; BIKEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. 12ª. ed. Porto Alegre: Porto, 2003.

BOURDIEU, P. **The Logic of Practice**. Stanford: Stanford University Press, 1990.

BRAY, G. Obesity: historical development of scientific and cultural ideas. **International Journal of Obesity**, v. 14, n. 11, p. 909-926, Novembro 1990.

CASTAÑEDA, M. Teorias das práticas na análise do consumo. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 46, n. 3, p. 248-255, 2010.

CEDERHOLM, T. E. A. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. **Clinical nutrition**, v. 36, n. 1, p. 49-64, 2017.

CEDOC UMANE. Alimentação saudável: 1 em cada 5 brasileiros consome frutas e hortaliças recomendadas. **UMANE**, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.observatoriodaaps.com.br/alimentacao-saudavel-1-em-cada-5-brasileiros-consome-frutas-e-hortalicas-recomendadas/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=awareness&utm_content=UM005&utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=awar>. Acesso em: 25 novembro 2023.

CHARMAZ, K. **Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis**. London: Sage, 2006.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8ª. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto**. 5ª. ed. Porto Alegre: Penso, 2021.

DÂMASO, A. E. A. Guia prático – exercício físico e obesidade. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (Abeso)**, 2023. Disponível em: <<https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2021/08/GuiaAtividadeV4-CapaB.pdf>>. Acesso em: 17 outubro 2023.

DÂMASO, A. R.; CAMPOS, R. M. D. S.; LAMBERTUCCI, A. C. **Obesidade e síndrome metabólica na adolescência - Fundamentos para os profissionais da saúde**. São José dos Pinhais: Brazilian Journals Editora, 2021.

DEY, I. **Qualitative Data Analysis**. Londres: Routledge, 1993.

DGA. History of the Dietary Guidelines. **Dietary Guidelines for Americans**, 2022. Disponível em: <<https://www.dietaryguidelines.gov/about-dietary-guidelines/history-dietary-guidelines>>. Acesso em: 03 Junho 2022.

DUNKER, K. L. L. E. A., et al. Fundamentos e técnicas da entrevista motivacional para Nutrição. **Nutrição Comportamental**, p. 201-225, 2019.

ELSEVIER. Scopus. **Scopus**, 2022. Acesso em: 22 junho 2022.

ESTEBAN, M. P. S. **Pesquisa qualitativa em educação: fundamentos e tradições**. Porto Alegre: AMGH, 2010.

EVANS, D. M. What is consumption, where has it been going, and does it still matter? **The Sociological Review**, v. 67, n. 3, p. 499-517, 2019. ISSN ISSN 0038-0261.

FAO. Food-based dietary guidelines. **Food and Agriculture Organization of the United Nations**, 2022. Disponível em: <<https://www.fao.org/nutrition/nutrition-education/food-dietary-guidelines/en/>>. Acesso em: 03 junho 2022.

FELDMAN, M. S.; ORLIKOWSKI, W. J. Theorizing Practice and Practicing Theory. **Organization Science**, 22, n. 5, Setembro-Outubro 2011. 1240-1253.

- FERRARI, G. E. A., et al. The economic burden of overweight and obesity in Brazil: perspectives for the Brazilian Unified Health System. **Public Health**, v. 207, p. 82-87, 2022.
- FERREIRA, F. L.; CHRISTINO, J. M. M. O ciclo de evolução das práticas de consumo: Uma revisão sobre o comportamento do consumidor visto sob a ótica da teoria da prática. **XLV Encontro da ANPAD - EnANPAD 2021**, 2021.
- FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; COLUCCI, A. C. A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 53, p. 617-624, 2009.
- FISCHER, C. G.; GARNETT, T. Plates, pyramids and planets: Developments in national healthy and sustainable dietary guidelines: a state of play assessment. **Food and Agriculture Organization of the United Nations**, 2016. Disponível em: <<https://www.fao.org/3/I5640E/i5640e.pdf>>. Acesso em: 09 agosto 2023.
- FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FONTE, M. Food consumption as social practice: Solidarity purchasing groups in Rome, Italy. **Journal of Rural Studies**, v. 32, p. 230-239, 2013.
- GHERARDI, S. **Organizational Knowledge: The Texture of Workplace**. Oxford: Blackwell Publishing, 2006.
- GIDDENS, A. **The constitution of society**. Berkeley: University of California Press, 1984.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GILMAN, S. L. **Obesity: The Biography**. Londres: Oxford University Press, 2010.
- GRAY, D. E. **Pesquisa no Mundo Real**. 2ª. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.
- GRIGG, D. The nutritional transition in Western Europe. **Journal of Historical Geography**, v. 21, n. 3, p. 247, 1995.
- GUYENET, S. J.; SCHWARTZ, M. W. Regulation of food intake, energy balance, and body fat mass: implications for the pathogenesis and treatment of obesity. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 97, n. 3, p. 745-755, 2012.
- HALKIER, B.; JENSEN, I. Methodological challenges in using practice theory in consumption research. Examples from a study on handling nutritional contestations of food consumption. **Journal of Consumer Culture**, v. 11, n. 1, p. 101-123, 2011.
- HALPERN, B. E. A., et al. Proposal of an obesity classification based on weight history: an official document by the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM) and the Brazilian Society for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome (ABESO). **Archives of Endocrinology and Metabolism**, v. 66, p. 139-151, 2022.

HAWKES, C. Promoting healthy diets and tackling obesity and diet-related chronic diseases: What are the agricultural policy levers? **Food and Nutrition Bulletin**, v. 28, n. 2_suppl2, p. S312-S322, 2007.

HELLAND, M. H.; NORDBOTTEN, G. L. Dietary Changes, Motivators, and Barriers Affecting Diet and Physical Activity among Overweight and Obese: A Mixed Methods Approach. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 20, p. 10580-10595, 2001.

HERFORTH, A., et al. A Global Review of Food-Based Dietary Guidelines. **Advances in Nutrition**, v. 10, n. 4, p. 590-605, 2019.

HOUSE, J. Insects are not “the new sushi”: theories of practice and the acceptance of novel foods. **Social & Cultural Geography**, v. 20, p. 1285-1306, 2019.

HRUBY, A.; HU, F. B. The epidemiology of obesity: A big picture. **Pharmacoeconomics**, v. 33, n. 7, p. 673-689, 2015.

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares: 2017-2018: perfil das despesas no Brasil: indicadores de qualidade de vida**. IBGE. Rio de Janeiro, p. 59. 2021. (ISBN 978-65-87201-96-2).

IPGS. 15 aplicativos de nutrição para usar na prática clínica. **IPGS**, 2023. Disponível em: <<https://www.ipgs.com.br/15-aplicativos-de-nutricao-para-usar-na-pratica-clinica/#lista-aplicativos>>. Acesso em: 24 novembro 2023.

JENSEN, M. Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. **Journal of the American college of cardiology**, v. 63, n. 25, p. 2985-3023, 2014.

JOHNSON, S. **The Importance of Nutrition and Preventing Malnutrition in Older Adults: A Literature Review and Informational Booklet**. University of Nebraska. Lincoln, p. 21. 2021.

JOHNSTON, J. Book review: Alan Warde, The Practice of Eating. **European Journal of Cultural Studies**, v. 21, n. 2, p. 275-278, 2018.

KALIL, C. C.; PISCIOLARO, F. Eu tenho transtorno alimentar? **ABESO**, 2017. Disponível em: <<https://abeso.org.br/eu-tenho-transtorno-alimentar>>. Acesso em: 21 novembro 2023.

KANTAR. Brasileiros têm momento de maior preocupação com consumo saudável desde o começo da pandemia. **Kantar**, 2021. Disponível em: <<https://www.kantar.com/brazil/inspiration/consumo/2021-brasileiros-tem-momento-de-maior-preocupacao-com-consumo-saudavel-desde-o-comeco-da-pandemia#:~:text=O%20mais%20recente%20estudo%20Consumer,vistos%20no%20per%20%ADodo%20pr%20%2Dpandemia.>>. Acesso em: 17 outubro 2023.

KOCHKAROVICH, A. I.; SULTONOVNA, O. A.; RAVSHANOVNA, A. D. Eating wisely is the foundation of a healthy lifestyle. **International Journal on Integrated Education**, v. 3, n. 12, p. 176-176, 2020.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da.** Belo Horizonte: UFMG, 1999.

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

LEÃO, L. P.; MURTA, N. M. G. O uso terapêutico dos alimentos em meados do século XIX. **Demetra: Food, Nutrition & Health**, v. 16, 2021.

LIN, X.; LI, H. Obesidade: epidemiologia, fisiopatologia e terapêutica. **Fronteiras em endocrinologia**, v. 12, p. 706-978, 2021.

LINDBLOM, T. Book Review: The Practice of Eating.. **Acta Sociologica**, v. 1, n. 62, p. 114-116, 2019.

LUISA, I. Obesidade: novos remédios, velhos dilemas. **Veja Saúde**, 2023. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/medicina/obesidade-novos-remedios-velhos-dilemas/>>. Acesso em: 16 outubro 2023.

MACINTYRE, A. **After Virtue: A Study in Moral Theory.** Notre Dame: University of Notre Dame Press, 2007.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26, p. 149-158, 1990.

MARSH, D.; FURLONG, P. A skin, not a sweater: ontology and epistemology in Political Science. In: MARSH, D.; STOKER, G. **Theory and methods in Political Science.** Nova York: Pallgrave MacMillan, 2002. p. 17-41.

MCCARTHY, M. The Economics of Obesity. **World Report**, v. 364, n. 9452, p. 2169-2170, dezembro 2008.

MEHRZAD, R. Chapter 1 - Definition and introduction to epidemiology of obesity. In: MEHRZAD, R. **Obesity.** Amsterdã: Elsevier, 2020. p. 1-6.

MENDES, A. Multidisciplinary programs for obesity treatment in Brazil: A systematic review. **Revista de Nutrição**, v. 29, p. 867-884, 2016.

MINAYO, C. M. D. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista pesquisa qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **OBESIDADE: Cadernos de Atenção Básica, n. 12.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, p. 108. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Alimentar para a População Brasileira 2ed.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, p. 156. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2019 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados**. Ministério da Saúde. Brasília, p. 137. 2020. (ISBN 978-85-334-2765-5).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Alimentação saudável é aliada na prevenção da obesidade e doenças crônicas. **Ministério da Saúde**, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/outubro/alimentacao-saudavel-e-aliada-na-prevencao-da-obesidade-e-doencas-cronicas>>. Acesso em: 15 maio 2022.

MOLANDER, S. Food, love and meta-practices: A study of everyday dinner consumption among single mothers. **Research in Consumer Behavior**, v. 13, p. 77-92, 2011.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, Jul./Ago. 2011.

NEUMAN, N. On the engagement with social theory in food studies: cultural symbols and social practices. **Food, Culture & Society**, v. 22, n. 1, p. 78-94.

NICOLINI, D. **Practice Theory, Work, & Organization: an introduction**. Oxford: Oxford University Press, 2013.

NOVO NORDISK. Tratamento multidisciplinar no excesso de peso: entenda a importância de cada profissional. **Saúde não se pesa**, 2023. Disponível em: <<https://www.saudenaosepesa.com.br/materias/202307/O-papel-de-cada-profissional-de-saude.html>>. Acesso em: 16 outubro 2023.

NUPENS USP. Guia Alimentar para a população brasileira. **Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo**, 2022. Disponível em: <<https://www.fsp.usp.br/nupens/guia-alimentar-para-a-populacao-brasileira/>>. Acesso em: 03 Junho 2022.

ONLINE ETYMOLOGY DICTIONARY. Diet. **Online etymology dictionary**, 2023. Disponível em: <<https://www.etymonline.com/word/diet>>. Acesso em: 09 outubro 2023.

OTERO ESTÉVEZ, S.; PADDOCK, J. The Practice of Eating. Alan Warde. Cambridge: Polity Press, 2016. **Revista Española De Sociología**, v. 27, n. 2, p. 343-347, 2018.

POPKIN, B. M. The nutrition transition and its health implications in lower-income countries. **Public health nutrition**, v. 1, n. 1, p. 5-21, 1998.

RECKWITZ, A. Toward a theory of social practices: A development in culturalist theorizing. **European journal of social theory**, v. 5, n. 2, p. 243-263, 2002.

RIPPE, J. M.; CROSSLEY, S.; RINGER, R. Obesity as a chronic disease: Modern medical and lifestyle management. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 98, n. 10, p. S9-

S15, 1998.

RØPKE, I. Theories of practice—New inspiration for ecological economic studies on consumption. **Ecological economics**, v. 68, n. 10, p. 2490-2497, 2009.

SANAR. Especialista em obesidade: funções, oportunidades e avanços. **Sanar**, 2023. Disponível em: <<https://www.sanarmed.com/especialista-em-obesidade-funcoes-oportunidades-de-trabalho-e-principais-avancos-da-area-posob>>. Acesso em: 16 outubro 2023.

SBEMO. **Sociedade Brasileira da Medicina da Obesidade**, 2023. Disponível em: <<https://www.sbemo.com/membcert>>. Acesso em: outubro 2023.

SCHATZKI, T. R. **Social Practices: A Wittgensteinian approach to human activity and the social**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

SCHATZKI, T. R. Introduction: practice theory. In: SCHATZKI, T. R.; CETINA, K. K.; SAVIGNY, E. V. **The Practice Turn in Contemporary Theory**. Londres: Routledge, 2001. p. 10-23.

SCHATZKI, T. R. **The site of the social: a philosophical account of the constitution of social**. Pensilvânia: Pennsylvania State University, 2002.

SCHERER, A. G. Modes of explanation in organization theory. In: TSOUKAS, H.; KNUDSEN, C. **The Oxford Handbook of Organization Theory**. England: Oxford University Press, 2005. p. 310-344.

SCHUBERT, M. N. Alan Warde. The practice of eating. Cambridge, Polity, 2015, 203 pp. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 29, n. 2, p. 329-339, 2017.

SEBRAE. Mercado de alimentação saudável, tendências e oportunidades. **SEBRAE**, 2022. Disponível em: <<https://sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/artigos/mercado-de-alimentacao-saudavel-tendencias-e-oportunidades,03642a38eb171810VgnVCM100000d701210aRCRD>>. Acesso em: 17 outubro 2023.

SHOVE, E. Social theory and climate change. **Theory, Culture & Society**, v. 27, n. 2-3, p. 277-288, 2010.

SHOVE, E.; PANTZAR, M. Consumers, producers and practices: understanding the invention and reinvention of nordic walking. **Journal of Consumer Culture**, v. 5, n. 1, p. 43-64, 2005.

SHOVE, E.; PANTZAR, M.; WATSON, M. **The dynamics of social practice: everyday life and how it changes**. Londres: Sage, 2012.

SPAARGAREN, G. Theories of practices: Agency, technology, and culture Exploring the relevance of practice theories for the governance of sustainable consumption practices in the new world-order. **Global Environmental Change**, v. 21, n. 3, p. 813-822, 2011.

SPAARGAREN, G.; OOSTERVEER, P. Citizen-consumers as agents of change in globalizing modernity: the case of sustainable consumption. **Sustainability**, v. 2, n. 7, p. 1887-1908, 2010.

T KENNEDY, E. T. E. A., et al. The Healthy Eating Index: Design and Applications. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 95, n. 10, p. 1103-1108, Outubro 1995. ISSN 0002-8223.

THE BUSINESS RESEARCH COMPANY. Relatório de mercado global de antiobesidade 2023. **The Business Research Company**, 2023. Disponível em: <<https://www.thebusinessresearchcompany.com/report/antiobesity-global-market-report>>. Acesso em: 10 outubro 2023.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

USDA; HHS. **Dietary Guidelines for Americans 2020-2025**. U.S. Department of Agriculture and National Institutes of Health. Washington, p. 164. 2020.

VASQUES, F.; MARTINS, F. C.; AZEVEDO, A. P. D. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 31, p. 195-198, 2004.

WARDE, A. Consumption and theories of practice. **Journal of Consumer Culture**, v. 5, n. 2, p. 131-153, 2005.

WARDE, A. What sort of a practice is eating? In: _____ **Sustainable practices**. [S.l.]: Routledge, 2013. p. 17-29.

WARDE, A. After taste: Culture, consumption and theories of practice. **Journal of consumer culture**, v. 14, n. 3, p. 279-303, 2014.

WARDE, A. **The practice of eating**. Cambridge: Polity Press, 2016.

WARDE, A. et al. Changes in the practice of eating: a comparative analysis of time-use. **Acta sociologica**, v. 50, n. 4, p. 363-385, 2007.

WELCH, D.; WARDE, A. Theories of practice and sustainable consumption. In: _____ **Handbook of research on sustainable consumption**. [S.l.]: Edward Elgar Publishing. Edward Elgar Publishing., 2015. p. 84-100.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic - Report of a World Health Organization Consultation. **WHO Obesity Technical Report Series**, Genebra, v. 284, p. 256, 2000.

WHO. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. **World Health Organization**, 2004. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9241592222>>. Acesso em: 03 junho 2022.

WHO. **Healthy diet. Fact sheet no. 394.** Genebra: [s.n.]. 2018. p. 6.

WHO. Obesity and overweight. **World Health Organization**, 2021. Disponivel em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 10 maio 2022.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Eu, Roberta Pacheco Gomes, sob orientação do Professor Dr. Diego de Queiroz Machado estou realizando uma pesquisa intitulada CONSUMO ALIMENTAR POR INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO DE OBESIDADE: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA TEORIA DAS PRÁTICAS, no Mestrado em Administração e Controladoria da Universidade Federal do Ceará. A referida investigação objetiva investigar as mudanças nas práticas de consumo alimentar por indivíduos em tratamento de obesidade.

As medidas efetivas de prevenção e controle da obesidade exigem compromisso político e a participação de muitos atores. De tal sorte, que investigar o consumo alimentar enquanto prática social que determina o nível de obesidade de uma sociedade contribui para todos esses públicos que gravitam em torno da problemática. Assim, o presente estudo justifica-se, também, pelo seu potencial de contribuição para a academia, a gestão pública e a sociedade em geral.

Para atingir o objetivo do estudo, a pesquisa incluirá, em sua metodologia, a gravação das entrevistas para que o conteúdo delas possa ser revisitado sempre que necessário. Além disso, poderão ser feitas notas escritas pela pesquisadora, que possibilitarão análises e interpretações.

Com essas informações, gostaria de solicitar a sua autorização para a realização das anotações e gravação do vídeo nos momentos de entrevistas. Caso aceite, por gentileza, assine esse documento que possui duas vias: uma ficará com você e a outra com a pesquisadora.

Fortaleza, ____ de _____ de 2023.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

	Dimensão/Categoria	Unidades de registro	Significado das unidades de registro	Questões
Bloco 1	Dados sociodemográficos	Gênero, idade, cidade, estado civil, quantidade de filhos, grau de escolaridade, profissão, renda familiar.	Coletar informações gerais sobre o grupo entrevistado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gênero. 2. Idade. 3. Cidade. 4. Estado civil. 5. Quantidade de filhos. 6. Grau de escolaridade. 7. Profissão. 8. Renda residencial.
	Informações sobre o tratamento da obesidade	Tempo em tratamento de obesidade	Coletar informações relevantes sobre o momento em que o tratamento de obesidade iniciou e o grau de redução da obesidade.	<ol style="list-style-type: none"> 9. Quando considera que iniciou o tratamento de obesidade? 10. Tem uma data específica? 11. Qual o maior grau de obesidade você já vivenciou? 12. Usando a mesma métrica, qual sua situação atual fisicamente? 13. O que te fez iniciar o tratamento para obesidade?
Bloco 2	As três variáveis analíticas da prática de consumo alimentar (Warde, 2016)	Eventos e ocasiões	Tempo	<ol style="list-style-type: none"> 14. Comente as principais ocasiões nas quais ocorria o consumo alimentar. 15. Caracterize essas situações em termos de tempo, localização e companhia. 16. O que mudou nessas situações de alimentação depois que você resolveu engajar no tratamento para obesidade? 17. Alimentava-se mais só ou em companhia antes do tratamento? 18. E após o início do tratamento? 19. Alimentava-se mais em casa ou fora de casa antes do tratamento? 20. E após o início do tratamento? 21. Dedicava tempo e atenção ao consumo alimentar antes do tratamento? 22. E após o início do tratamento?
			Localização	
			Companhia	
		A comida, os menus e os pratos	O que é elegível comer, enquanto padrão social e cultural detectável.	<ol style="list-style-type: none"> 23. O que era considerado elegível para o consumo alimentar antes do tratamento? 24. E após o início do

			<p>tratamento?</p> <p>25. Quais as fontes de conhecimento eram consultadas para desenvolver a alimentação antes do tratamento?</p> <p>26. E após o início do tratamento?</p> <p>27. Como se dava a composição de nutrientes necessárias a uma dieta equilibrada antes do tratamento?</p> <p>28. E após o início do tratamento?</p> <p>29. Percebia elementos do consumo alimentar que seguiam padrões sociais e culturais antes do tratamento?</p> <p>30. E após o início do tratamento?</p>
	Incorporação	Desordens alimentares	<p>31. Qual o papel da obesidade no consumo alimentar antes do tratamento?</p> <p>32. E após o início do tratamento?</p>
		Dieta (Autodisciplina e autocontrole)	<p>33. Como era a relação com dietas antes do tratamento?</p> <p>34. E após o início do tratamento?</p>
		Saúde	<p>35. Como era a relação da alimentação com a saúde antes do tratamento?</p> <p>36. E após o início do tratamento?</p>
		Disjunções entre hábitos pessoais e padrões sociais	<p>37. Havia dissonância entre o seu padrão de consumo alimentar e o padrão de consumo da sociedade antes do tratamento?</p> <p>38. E após o início do tratamento?</p>
		Dimensão estético-afetiva das preferências alimentares.	<p>39. Qual era influência da estética nas decisões alimentares antes do tratamento?</p> <p>40. E após o início do tratamento?</p> <p>41. Qual era a influência dos sentimentos nas decisões alimentares antes do tratamento?</p> <p>42. E após o início do tratamento?</p>
		Modos à mesa	<p>43. Como se davam os modos à mesa antes do tratamento?</p>

			44. E após o início do tratamento?
As três dimensões fundamentais do consumo que surgem dentro e por causa das práticas (Warde, 2005, 2014)	Aquisição	Os processos de troca e às formas pelas quais as pessoas acessam os bens, serviços e experiências que consomem.	45. Quais os meios utilizados para adquirir alimentos antes do tratamento? 46. E após o início do tratamento? 47. Você era o responsável pela aquisição dos alimentos ou um terceiro antes do tratamento? 48. E após o início do tratamento? 49. Você era o responsável pela preparação dos alimentos ou um terceiro antes do tratamento? 50. E após o início do tratamento?
	Apropriação	Como os objetos de troca comercial podem ganhar significado ou ser incorporados à vida cotidiana das pessoas.	51. O que significava o consumo alimentar para você antes do tratamento? 52. E após o início do tratamento?
	Apreciação	Obtenção do prazer e satisfação com o consumo.	53. Como o consumo alimentar trazia prazer e satisfação antes do tratamento? 54. E após o início do tratamento?
Os elementos da prática de consumo alimentar (Blue, 2016; Reckwitz, 2002; Schatzki, 2001, 2002; Shove; Pantzar; Watson, 2012)	Materiais	Referem-se a objetos materiais, artefatos, coisas, tecnologias e infraestrutura.	55. Quais os objetos e utensílios utilizados na prática de consumo alimentar? 56. Houve alguma mudança nesses recursos após o tratamento? 57. Qual a importância desses objetos e utensílios no auxílio da prática de consumo alimentar antes do tratamento? 58. Houve alguma mudança nesses recursos após o tratamento? 59. Utilizava alguma tecnologia no processo de consumo alimentar antes do tratamento? 60. E após o início do tratamento?
	Competência	Diferentes formas de saber, compreensão, habilidades e competências.	61. Quais competências/formas de saber você tinha em consumir os alimentos antes do tratamento? 62. E após o início do tratamento?

				<p>63. Quais conhecimentos sobre alimentos estavam presentes antes do tratamento?</p> <p>64. E após o início do tratamento?</p> <p>65. Quais conhecimentos sobre nutrição estavam presentes antes do tratamento?</p> <p>66. E após o início do tratamento?</p> <p>67. Existem profissionais que te ajudaram nesse processo?</p>
		Significado	Significados simbólicos, aspirações, emoções e ideias.	<p>68. Que tipo de símbolos e emoções o consumo alimentar trazia para você antes do tratamento?</p> <p>69. E após o início do tratamento?</p>
	A prática de consumo alimentar composta por suas práticas integrativas (House, 2019; Warde, 2016)	Práticas integrativas subjacentes ao consumo alimentar.	Os eventos de consumo alimentar podem ser situados dentro de “metapráticas” encenadas por meio de um emaranhado de práticas interdependentes.	<p>70. Quais práticas do cotidiano tinham influência no consumo alimentar antes do tratamento?</p> <p>71. E após o início do tratamento?</p>

**APÊNDICE C – A COMIDA, OS MENUS E OS PRATOS ANTES E DEPOIS DO
INÍCIO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE (C1U2)**

A comida, os menus e os pratos	AT/DT	Categoria	S/I/N	ID Atlas TI
Abóbora	DT	comida	S	4:30
Água de coco	DT	comida	S	1:90
Alface ali pra enganar	AT	comida	S	4:135
Alimentação um pouco mais saudável	DT	menu	S	3:37
Alimentos de ganho de proteína	DT	menu	S	1:96
Alimentos naturais	DT	menu	S	4:24
Alimentos que eu preparo	DT	menu	S	4:24
Arroz	DT	comida	S	2:122
Arroz	AT	comida	S	4:11
Arroz e carne ou arroz, carne e salada	AT	menu	S	1:26
Arroz, feijão, com alguma coisa	AT	menu	S	2:38
Arroz, feijão, fritura e tudo mais	AT	menu	I	4:137
Batata frita	AT	comida	I	2:39; 4:11
Bife milanesa com batata frita no almoço	AT	menu	I	4:159
Biscoito	AT	comida	I	1:28
Bolacha	AT	comida	I	4:11
Buffet	AT	menu	N	2:31
Caféina	AT	comida	I	4:208
Carboidrato	AT	comida	N	4:1
Carne moída	DT	comida	S	2:119; 2:121
Carne vermelha	DT	comida	S	4:30
Cereal	AT	comida	S	1:23
Ceviche	DT	prato	S	4:30
Chocolate	AT	comida	I	4:207
Churrasco	DT	prato	I	4:30
Coca [Coca-Cola]	AT	comida	I	4:11
Coisa de cantina	AT	menu	I	4:11
Coisas gordas	AT	menu	I	4:14; 4:134
Combinação de carboidrato, proteína e gordura	DT	menu	S	2:27
Comida pra dois	AT	menu	I	4:139
É a alimentação mais natural possível, com menos procedimentos do chão para a mesa	DT	menu	S	2:24
Fast-food	AT	menu	I	1:29
Feijoada	AT	prato	I	2:69
Fórmula [infantil]	AT	comida	N	1:84
Frango	DT	comida	S	4:30
Frango desfiado	DT	comida	S	2:120
Fruta(s)	DT	comida	S	1:53; 2:28; 2:45; 4:24; 4:30
Frutas	AT	comida	S	3:71
Grão	AT	comida	S	1:24
Hambúrguer	AT	comida	I	2:19; 2:34; 2:42
Hambúrguer sem batata frita	DT	prato	I	2:160
Iogurte	DT	comida	S	1:56
Japonês	AT	menu	I	4:14
Lanchinho de atum	DT	prato	S	4:30
Lasanha	AT	prato	I	4:11; 4:14

Legume(s)	DT	comida	S	2:28; 2:123 4:30
Linha com proteína	DT	menu	S	1:80
Linha light	DT	menu	S	1:79
Mamão	AT	comida	S	2:30
Mcdonalds	AT	menu	I	3:11
Melão	DT	comida	S	4:30
Menos azeite	DT	menu	S	4:149
Menos óleo	DT	menu	S	4:152
Mexerica	DT	comida	S	4:30
Mexidão de legumes	DT	prato	S	4:30
Milanesa	AT	prato	I	4:11
Muita proteína e legumes	DT	menu	S	4:30
Não comer arroz	DT	comida	S	4:41; 4:30
Não comer doces	DT	menu	S	4:41
Não comer farináceos	DT	menu	S	4:41
Não comer fritura	DT	menu	S	4:40; 4:41; 1:59
Não comer macarrão	DT	comida	S	4:30; 4:40
Não comer massa	DT	comida	S	4:41
Não comer salgados	DT	comida	S	1:59
Não tomar refrigerante	DT	comida	S	1:48
Nhoque, massa, essas coisas	AT	menu	I	4:15
Ovo	DT	comida	S	2:47; 4:24
Ovo	AT	comida	S	2:29
Pão	DT	comida	S	1:17; 2:46
Parmegiana	AT	prato	I	2:40
Pastel	AT	comida	I	1:20
Pedacão de bolo	AT	comida	I	1:127
Peito de peru	DT	comida	S	4:24; 4:30
Peixe	DT	comida	S	4:30
Pfzão	AT	menu	N	2:37
Pizza	DT	comida	I	2:54
Pizza	AT	comida	I	1:19; 2:18; 2:33; 2:41; 2:53; 4:14
Porção de coxinha	AT	comida	I	4:39
Porção de proteína e legumes	DT	menu	S	4:30
Prato feito	AT	prato	N	2:32
Prato pronto	AT	prato	N	4:14
Pringles	AT	comida	I	4:11; 4:210
Proteína	DT	comida	S	1:55
Proteína	AT	comida	S	1:22
Proteína e verdura	DT	menu	S	4:30
Rabada	AT	comida	I	3:72
Refrigerante	AT	comida	I	1:47; 4:11; 4:16
Risoto	AT	prato	I	4:14
Salada	AT	prato	S	1:18; 2:53; 2:70
Salada de repolho	DT	prato	S	4:30
Saladinha	DT	prato	S	3:4
Salgadinho	AT	comida	I	1:61
Salgado	AT	comida	I	4:11
Salgado com refrigerante	AT	menu	I	1:128
Sanduíche de pimentão	DT	prato	S	4:30
Sanduíche(s)	AT	comida	I	1:21; 3:12
Shake	AT	comida	N	2:36
Shake de whey protein	DT	prato	S	1:89; 2:48; 4:24; 4:30

Shakes	DT	prato	S	4:150
Suco	AT	comida	S	1:58
Sushi	AT	comida	I	2:20
Tapioca	AT	comida	S	3:70
Tomate	DT	comida	S	4:30
Um pote de sorvete inteiro	AT	comida	I	4:11; 4:138
Uva	DT	comida	S	4:30
Verduras	DT	comida	S	1:54; 2:28; 4:30
Vitaminas	DT	prato	S	4:151

**APÊNDICE D – PRÁTICAS COMPOSTAS À PRÁTICA DE CONSUMO
ALIMENTAR ANTES DO INÍCIO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE (C2U1)**

Prática composta à PCA antes do início do tratamento	Nº de entrevistados	Nº de citações	ID Atlas TI	Exemplo de Citação
Adoecer (transtorno alimentar)	3	4	2:226; 2:232; 3:143 4:255	3:143 - "Tipo assim, passava no McDonald's, comprava vários sanduíches para comer em casa. "
Adoecer (transtorno físico)	1	3	4:78; 4:279; 4:282	4:279 - "[...] não ia ter todos os problemas que eu tenho hoje, de joelho, de não sei o que [...]."
Adoecer (transtorno psicológico)	1	1	4:287	4:287 - "Por isso que também veio junto com o quadro de depressão."
Adquirir conhecimentos sobre alimentação	1	1	3:121	3:121 - "A gente tinha muito aquelas revistas de boa forma, né, algo assim. Se eu não me engano era isso, a gente consumia muito essas revistas na época."
Apoiar-se psicologicamente	2	4	3:124; 3:136; 3:142; 4:264	3:136 - "Antes do tratamento, o meu consumo era totalmente voltado para esse contexto emocional. Então, assim, a minha forma de lidar com todas as minhas emoções, não só as ruins, elas eram voltadas para esse contexto alimentar, com certeza."
Apoiar-se psicologicamente (contexto emocional negativo)	4	6	1:32; 1:104; 2:231; 3:53; 4:253; 4:277	2:231 - "De me premiar, de me culpar, me deram uma moeda de troca, uma moeda de satisfação ou de punição."
Comprar no supermercado	2	2	3:124; 4:311	3:124 - "[...] eu me lembro por diversas vezes de ir em um supermercado, por exemplo, e pegar diversas coisas. Nem raciocinar ali o que é que de fato eu queria, o que é que de fato eu estava com vontade. Às vezes passar num fast food e comprar uma quantidade grande, que hoje eu considero grande, de sanduíche, sem parar para ter essa percepção, era realmente um consumo automático! [...]"
Consultar-se com profissionais da obesidade	2	3	3:120; 4:249; 4:296	4:249 - "[...] eu já tinha tentado antes foi, em um momento, com um endócrino, mas foi muito pautado por remédios, então, inibidor de apetite, antidepressivo, e eu cheguei a perder 30 quilos em 3 meses, voltou muito, muito rápido. E depois, aí, tentativas esparsas. E teve um outro momento, quando eu tava com o meu psiquiatra [...]"
Cozinhar	2	2	1:122; 4:17	"Eu sempre fui muito bom em cozinhar [...]"
Descuidar da saúde	2	2	1:200; 3:166	3:166 - "Na época, eu julgo até que eu não ligava muito para essa questão de saúde, de uma alimentação saudável [...]"
Despreocupar-se com a estética	1	1	1:215	1:215 - "Porque eu não tinha preocupação estética nenhuma antes da cirurgia."
Dormir	1	1	2:167	2:167 - "Eu começo a voltar para um estágio, que provavelmente é o estágio que eu vivia antes, só que aquilo era o normal para mim, [...] acordar errado, passar um dia ruim, comer, ficar depois do almoço no trabalho, digerindo a comida."

Emagrecer	3	4	2:74; 3:125; 4:248; 4:249	Ah, emagreci 3 quilos, 5 quilos, vou me premiar com... Então, o dia do lixo, aí você exagera na comida, "putz," comi muito ontem, aí você fazia restrições muito grandes, era uma relação de amor e ódio, né?
Equipar a cozinha (com itens para receitas hipercalóricas)	1	1	4:107	4:107 - "Meu passatempo antes da obesidade era ir em loja de... Etna, Tok & Stok, D&D, que é um shopping de decoração aqui em São Paulo. E ficar... Ah, vou pescar umas coisinhas aqui para a minha cozinha."
Estudar	2	3	1:126; 3:7; 3:30	1:126 - "Quando estava na faculdade, eu nunca me preocupei o dia de levar o que eu ia comer. Tudo eu ia comprar lá. E o comprar lá, não tem nada saudável. "
Fazer balão intragastrico	1	1	3:114	3:114 - "[...] nessa minha primeira tentativa com balão [intragastrico], na verdade, não foi algo que partiu de mim, foi algo que partiu dos meus pais."
Fazer cirurgia bariátrica	3	3	1:214; 3:112; 4:123	4:123 - "[...] eu pensava assim, ah, não, mas lá na frente eu tenho dinheiro pra fazer uma bariátrica e cuidar de mim [...]"
Fazer dieta	3	3	1:201; 2:203; 3:128	2:203 - "Eu vivia entrando e saindo de dietas, né?"
Fazer restrição alimentar	1	1	2:74	Ah, emagreci 3 quilos, 5 quilos, vou me premiar com... Então, o dia do lixo, aí você exagera na comida, "putz," comi muito ontem, aí você fazia restrições muito grandes, era uma relação de amor e ódio, né?
Frequentar/comprar em restaurante	3	3	2:175; 3:124; 4:252	[...] Às vezes passar num fast food e comprar uma quantidade grande, que hoje eu considero grande de sanduíche, sem parar para ter essa percepção, era realmente um consumo automático! [...]
Fritar	1	1	1:207	1:207 - "[...] eu usaria mais a chama do fogão e a fritura."
Fumar	1	1	2:64	2:64 - "[...] era a hora de fumar um baseado que, normalmente, "dá larica". "
Incorporar o alimento	2	2	2:167; 3:44	3:44 - "Antes, sei lá, ia comer no meu quarto, assistir televisão, não tinha essa preocupação realmente."
Ingerir bebida alcóolica	2	2	2:222; 4:66	2:222 - "[...] tá acompanhado de alguém, vendo uma bobagem na TV, aí acaba abrindo uma cerveja porque tá fumando, porque tá pedindo alguma coisa, então era um comportamento mais social até do que alimentar!"
Ir ao shopping	1	1	4:301	4:301 - "[...] pra mim era inconcebível ir no shopping e não parar pra tomar um sorveteinho [...]"
Ler receitas	1	1	4:265	eu vou criar uma receita, pegava o livro
Pedir delivery	3	3	1:190; 2:205; 4:254	4:254 - "E janta, eu não fazia minha comida, era iFood 100% dos dias, 100% dos dias mesmo."
Preocupar-se com a estética	2	3	3:115; 3:134; 3:144; 4:286	3:115 - "Eu tinha uma certa preocupação também com uma questão física então me fazia procurar também essa alimentação um pouco equilibrada por conta disso."
Relaxar	1	1	2:148	2:148 - "Significava o momento de relaxar [...]"

Socializar	3	7	1:60; 2:43; 2:145; 2:213; 2:222; 4:273; 4:300	4:300 - "[...] na minha cabeça a ideia de socialização envolvia comida [...]"
Ter o "dia do lixo"	3	6	1:210; 2:68; 2:74; 2:204; 4:117; 4:252	2:74 - "Então, o dia do lixo, aí você exagera na comida, "putz," comi muito ontem, aí você fazia restrições muito grandes, era uma relação de amor e ódio, né?"
Total = 31	Média = 2	Total = 77		

**APÊNDICE E – PRÁTICAS COMPOSTAS À PRÁTICA DE CONSUMO
ALIMENTAR DEPOIS DO INÍCIO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE (C2U1)**

Prática composta à PCA depois do início do tratamento	Nº de entrevistados	Nº de citações	ID Atlas TI	Exemplo de Citação
Adoecer (transtorno alimentar)	2	3	2:232; 4:275; 4:258	4:258 - "[...] teve episódios de compulsão, teve bulimia, teve muita coisa no caminho até chegar onde está hoje."
Adoecer (transtorno psicológico)	1	1	1:107	1:107 - "Mas se eu não fizer o acompanhamento com a psicóloga, ela vai influenciar em outras coisas. Como alguma outra compulsão. Pós-bariátrica é comum as pessoas terem compulsão. Por bebida, por sexo, ou por droga, ou por gastos. Alguns meses atrás eu vivi na compulsão por gastos."
Adquirir conhecimentos sobre alimentação	4	8	1:193; 2:151; 2:219; 2:236; 3:25; 4:271; 4:295; 4:305	4:271: "Pra mim foi muito importante ter a teoria, assim, depois da teoria eu consegui implicar no meu dia a dia, aquela coisa assim, eu saber tomar minhas decisões era muito mais importante do que ter um roteiro."
Alcançar metas de consumo alimentar	2	2	1:203; 4:52	1:203 - "Alcançar a meta estipulada também pelos profissionais [...]"
Apoiar-se psicologicamente (contexto emocional negativo)	2	2	3:41; 4:70	3:41 - "Eu ainda tenho essa questão do comer emocional, mas hoje eu já consigo perceber quando eu estou comendo emocionalmente."
Apoiar-se psicologicamente (contexto emocional positivo)	1	3	4:278; 4:293; 4:308	4:293 - Porque eu sinto que se eu estou fazendo certinho, eu fico... Nossa, cumpri. Então, tem um prazer vindo de uma fonte indireta
Assar	2	2	1:206; 4:294	4:294 - "Hoje eu asso muitas coisas porque eu preciso usar menos óleo."
Comprar em feira	2	2	2:174; 4:290	4:290 - "Hoje em dia, zero iFood, muito mercado, especialmente verduras. Porque você acaba tendo que comprar com frequência, todo dia. E até tipo, encomendando em feiras orgânicas."
Comprar em hortifrúti	2	1	2:174	Supermercado, feira, hortifrúti, quase 100%, assim, ainda é um ou outro delivery, mas é a minoria.
Comprar no supermercado	4	4	1:205; 2:174; 3:15; 4:290	3:15 - "Tenho cuidado com as escolhas dos alimentos. Se realmente compensa fazer um determinado tipo de consumo, de comprar algo no supermercado. Então hoje em dia é o que eu realmente paro e raciocino sobre."
Consultar-se com profissionais da obesidade	4	9	1:106; 1:198; 2:217; 2:219; 3:122; 3:139; 4:10; 4:113; 4:267	4:113 - "Ah, isso aí tem um monte. Aí tem nutricionista, nutrólogo, personal trainer, mas aí também está associado gastro [sic] também, ortopedista, plástico, dermato [sic], tem uma rede de profissionais, basicamente. Fisioterapeuta, assim, apesar que muitas coisas eram para condicionamento físico, está tudo associado ao tratamento, assim, foi tudo parte do processo."

Controlar a alimentação	2	5	2:72; 4:9; 4:23; 4:53; 4:211	4:53 - "[...] eu controlo os macros, eu não vou controlar ainda no micronutriente. [...]"
Cozinhar	4	4	1:122; 2:116; 3:10; 4:28	2:116 - "No começo, eu cozinhava muito. Eu fazia o meu próprio alimento. Eu comprava, eu temperava e eu fazia."
Cuidar da saúde	4	7	1:94; 2:223; 3:101; 3:126; 3:133; 4:284; 4:307	2:223 - "[...] a comida é um componente de bem-estar para mim. Hoje, eu entendo que boa parte do meu bem-estar tá associado à minha saúde, saúde mental, saúde intestinal, saúde..."
Dormir	1	3	2:81; 2:212; 2:235	2:235 - "Exercício, sono. São coisas que influenciam a forma como eu me alimento."
Emagrecer	2	2	2:151; 4:63	4:63 - "Uma coisa é emagrecer comendo ovo, outra coisa é emagrecer comendo tilápia e salmão, sabe, tipo, tem uma diferença."
Enfrentar a obesidade	3	3	1:217; 3:127; 3:141; 4:128	1:217 - "Ela me influencia hoje no sentido de enfrentá-la [...]"
Equipar cozinha (com itens para receitas funcionais)	2	2	2:127; 4:143	4:143 - "Se eu não tivesse os que eu tenho hoje... Se eles quebrarem, eu compro no mesmo dia, no dia seguinte. Porque é a energia mental que eu preciso para estar estabelecido no meu processo. Então, por exemplo, o liquidificador para fazer meu shake de whey. Que eu gosto de fazer ele [sic] bem parecido a um milk-shake. Ele é meu doce. Eu não posso ficar sem o meu liquidificador para fazer ele [sic]. Meu forno para assar meu franguinho, porque eu não quero ficar fazendo na frigideira. Porque eu encontrei o que funciona para mim. E é isso. A rotina é importante. Então, o que é usado mais hoje em dia é chave e se perder eu reponho na hora. Basicamente é isso."
Escolher profissionais	1	1	4:310	4:310 - "O profissional que realmente me acesse... Eu fiz isso no meu processo de escolha em todos, em todos os profissionais."
Estocar a alimentação	1	1	1:124	1:124 - "Antes para preparar uma salada, era muito difícil. Porque eu ficava imaginando, como estocar alface ou outros alimentos corretamente. E depois da cirurgia e da orientação profissional. [...] foram conhecimentos que eu passei a colocar em prática."
Fazer atividade física	3	10	1:91; 1:92; 1:125; 1:202; 2:21; 2:211; 2:225; 2:235; 4:118; 4:263	1:91 - "Eu vou para a academia a tarde, depois do meu dia estressante de trabalho, porque eu sei que se eu for para a academia mais vezes na semana, eu tenho um déficit entre o meu ganho de peso e o meu gasto calórico."
Fazer dieta	4	5	1:212; 2:206; 2:218; 3:129; 4:283	2:206 - "Agora eu tenho horários bem definidos para as minhas refeições. Então, é muito claro o que eu como em cada horário do dia, quais são as minhas opções do que eu como em cada horário do dia."
Fazer restrição alimentar	2	2	1:59; 4:261	4:261 - "[...] eu estou fazendo restrição calórica desde então [...]"
Ficar estressado	1	1	2:83	2:83 - "Se eu comer uma pizza numa terça-feira, eu vou passar a quarta-feira mal. Eu vou dormir

				pior, vou trabalhar pior, vou ficar mais estressado."
Frequentar/comprar em restaurante	2	4	2:72; 2:208; 2:229; 4:31	2:229 - "[...] porque eu não quero perder a oportunidade de comer naquele restaurante."
Incorporar o alimento	1	2	1:43; 1:204	1:43 - "Aquela situação de demorar mais tempo mastigando. Me fazia ter um aumento da saciedade."
Ingerir bebida alcóolica	1	1	4:64	4:64 - "[...] hoje álcool é extremamente controlado na minha vida."
Instruir um cozinheiro	1	1	2:233	2:233 - "[...] mas por uma questão prática mesmo, minha diarista hoje faz isso, mas sob as minhas instruções."
Ler receitas	1	1	1:148	1:148 - O plano alimentar da nutricionista, ele é um aplicativo. Então ele tem lá uma quantidade de receitas, n receitas dentro que ela colocou. [...] Comprar alguns alimentos pensando em fazer aquela receita."
Ler tabela nutricional/rótulo	3	3	1:95; 2:216; 3:60	2:216 - "Tabela nutricional eu leio bastante. Isso com certeza, todos os alimentos que eu consumo, eu leio a tabela, tanto alimentos embalados, que vem com a tabela do alimento, como eu pesquiso tabelas nutricionais dos alimentos."
Levar marmita	4	5	1:195; 1:211; 2:210; 3:140; 4:28	1:211 - "Hoje eu passo a andar com uma "térmica", que antes eu não andava para jeito nenhum."
Pedir delivery	3	3	2:174; 3:137; 4:32	2:174 - "Supermercado, feira, hortifrúti, quase 100%, assim, ainda é um ou outro delivery, mas é a minoria."
Planejar a alimentação	4	5	1:50; 2:209; 3:9; 4:37; 4:309	2:209 - "Quase todas as minhas refeições são sozinho, são muito programadas."
Preocupar-se com a estética	4	4	1:216; 2:230; 3:135; 4:288	1:216 - "Antes da cirurgia eu não tinha preocupação nenhuma com essa possível queda na quantidade de pele. Hoje eu tenho. Próxima segunda eu tenho uma consulta marcada, com o cirurgião plástica."
Preparar a alimentação	4	4	1:49; 2:234; 3:8; 4:24	2:234 - "Eu "porciono", eu fraciono, eu monto, a diarista faz uma bacia de carne moída. Eu fraciono a carne moída, o arroz, o legume, em porções pra eu me alimentar."
Preparar marmitas	4	5	1:189; 2:118; 3:140; 4:28; 4:312	3:140 - "[...] eu tenho uma preocupação, por exemplo, de trazer minha alimentação, de ter esse preparo das refeições, de trazer marmita pronta para eu poder comer."
Preparar mesa posta	1	1	3:3; 3:45	3:45 - "E hoje eu já me preocupo em sentar na mesa, em fazer um preparo de uma mesa posta para mim".
Programar locais de compra da alimentação	2	2	1:51; 4:290	1:51 - "Na segunda-feira, eu sempre tenho em mente que eu tenho que passar supermercado a noite. Na volta da academia. Para poder comprar frutas, verduras, proteína, iogurte."
Registrar calorias	1	1	4:9	4:9 - "Então, eu mudei a alimentação de uma forma muito mais correta, comecei a registrar calorias [...]"

Sair para comer	1	1	3:14	3:14 - "[...] passei a comer realmente um pouco mais fora de casa. E eu ligo isso um pouco até por uma questão de preconceito com o corpo obeso."
Seguir nas redes sociais	4	5	1:213; 2:220; 3:138; 4:257; 4:268	4:257 - " [...] eu tava consumindo alguns conteúdos de comida fitness, essas coisas, por algum motivo eu tava chegando, não sei se foi por conta do TikTok, algoritmo do Instagram [...]"
Socializar	2	5	2:71; 4:29; 4:32; 4:120; 4:274	4:274 - "Eu ainda tenho muita dificuldade em me expor em situações sociais, e aí hoje, durante, tô bem melhor, mas eu me privava de situações sociais pra não afetar minha dieta."
Socializar com a família	2	3	1:142; 4:87; 4:281	4:87 - "Inclusive, eu tenho muito desafio quando eu vou visitar minha família. E aí eu não sei quanto que a minha mãe tá pondo de azeite, quanto que a minha mãe tá pondo de sei o que..."
Suplementar a alimentação	2	2	1:199; 4:54	1:199 - "Ela [alimentação] é muito focada em repor vitaminas e minerais que eu perco facilmente pela cirurgia."
Trabalhar	4	8	1:195; 2:82; 2:149; 2:225; 3:140; 4:27; 4:276; 4:302	2:149 - "Ainda o trabalho, mas de outra forma. Era um componente social do trabalho antes, hoje é um componente de performance, talvez, mais importante. Performance e bem-estar, né? E exercício, com certeza. Exercício, sono. São coisas que influenciam a forma como eu me alimento."
Viajar	1	1	2:228	2:228 - "[...] eu viajo em lua de mel, como sem ter fome, pelo prazer, puro prazer da comida [...]"
Total = 46	Média = 2	Total = 151		

**APÊNDICE F – OS ELEMENTOS MATERIAIS DA PRÁTICA DE CONSUMO
ALIMENTAR ANTES E DEPOIS DO INÍCIO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE
(C3U1)**

Elemento material	AT/DT	ID Atlas TI
Agenda social	DT	4:60
Airfryer	DT	1:6; 1:145; 3:85
Algoritmo do Instagram	DT	4:20
Amassador de batata	AT	4:94
Amassador de não sei o quê	AT	4:157
Antidepressivo	AT	4:4
Aplicativo de delivery.	AT	2:128
Boleiro	AT	4:96
Canal de receita	AT	4:43
Canal de TV	AT	4:44
Celular	AT	1:42
Cerveja	AT	2:67
Coisas pra cortar	DT	2:13
Coisas pra fracionar	DT	2:14
Coisas pra moer	DT	2:15
Coleção de pôr a mesa posta	AT	4:100
Coleção de prato	AT	4:99
Dietas	AT	2:25
Dietbox	DT	3:56
Escorredor	AT	4:95
Faca	AT	2:4; 2:180; 4:103
Faca	DT	2:12
Fogão	AT	1:1
Fogão	DT	01:04
Forma de cupcake	AT	4:105
Forma de muffin	AT	4:104
Forma de não sei o quê	AT	4:156
Forno	AT	4:102
Forno	DT	1:7; 1:145; 4:108
Frigideira(s)	DT	4:109
Frigideira(s)	AT	4:93
Garfo	AT	2:3; 2:180
Geladeira	AT	1:2; 2:65
Geladeira	DT	1:5
Guardanapo	AT	3:1
IFood	AT	1:8; 2:56; 2:66; 4:12
IFood	DT	3:49; 4:32
Inibidor de apetite	AT	4:3
Itens de silicone	DT	2:8
Liquidificador	AT	4:101
Liquidificador	DT	2:16; 4:109
Louças	DT	4:158
Louças	AT	4:98
Marmita	DT	2:52; 3:65; 2:44; 2:182
Medicamento para tratamento de hipertensão	AT	1:88
Mesa	DT	3:2

Mesa posta	DT	3:89
Muito equipamento na cozinha	AT	4:97
MyFitnessPal	DT	4:22
Neosaldina	AT	4:74
Panela antiaderente	DT	4:153
Panelas	AT	4:92
Panelas	DT	2:7
Pimenteiro	DT	2:11
Plano alimentar	DT	3:129; 4:71
Plano alimentar da nutricionista no aplicativo	DT	1:146
Potes de vidro	DT	2:9
Prato(s)	AT	2:5
Prato(s)	DT	4:158
Rappi	AT	1:10
Raspador de raspa de limão	AT	4:106
Receitas	DT	1:147
Remédios	AT	4:2
Rótulo de alimento	DT	1:97; 3:17
Saleiro	DT	2:10
Sanduicheira	AT	2:6
Suplementação	DT	0,097916667
Tabela nutricional	DT	2:57
Telefone	AT	1:3; 2:2; 2:180
Térmica	DT	1:130
TikTok	DT	4:19
Triturador	DT	2:17
Vigilantes do peso	AT	3:5
WhatsApp	AT	1:9
Revista de boa forma	AT	03:21