

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RAFAELA OLLE DA LUZ SZKLAR

ESTUDO QUALITATIVO SOBRE A PERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS
ADULTOS COM OBESIDADE SOBRE O RELATO E A QUANTIFICAÇÃO DO
CONSUMO ALIMENTAR

CURITIBA

2025

RAFAELA OLLE DA LUZ SZKLAR

ESTUDO QUALITATIVO SOBRE A PERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS ADULTOS COM
OBESIDADE SOBRE O RELATO E A QUANTIFICAÇÃO DO CONSUMO
ALIMENTAR

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito à obtenção do título de Mestra, curso de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sandra Patricia Crispim
Coorientadora: Dr^a Débora Letícia Frizzi Silva

CURITIBA
2025

Szklar, Rafaela Olle da Luz

Estudo qualitativo sobre a percepção de indivíduos adultos com obesidade sobre o relato e a quantificação do consumo alimentar [recurso eletrônico] / Rafaela Olle da Luz Szklar. – Curitiba, 2025.

1 recurso online : PDF

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2025.

Orientador: Profa. Dra. Sandra Patricia Crispim

Coorientador: Dra. Débora Leticia Frizzi Silva

1. Ingestão de alimentos. 2. Comportamento alimentar. 3. Obesidade.
4. Percepção. I. Crispim, Sandra Patricia. II. Silva, Débora Leticia Frizzi.
III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 612.31



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO - 40001016074P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **RAFAELA OLLE DA LUZ SZKLAR**, intitulada: **Estudo qualitativo sobre a percepção de indivíduos adultos com obesidade sobre o relato e a quantificação do consumo alimentar**, sob orientação da Profa. Dra. SANDRA PATRICIA CRISPIM, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 11 de Dezembro de 2025.

Assinatura Eletrônica

17/12/2025 09:08:56.0

SANDRA PATRICIA CRISPIM

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

19/12/2025 08:59:49.0

VIVIANA TEIXEIRA HENRIQUES

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)

Assinatura Eletrônica

17/12/2025 13:50:26.0

RUBIA CARLA FORMIGHIERI GIORDANI

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

AGRADECIMENTOS

Finalizar esta dissertação e concluir o mestrado foi, ao mesmo tempo, desafiador e gratificante. Por isso, deixo aqui meus agradecimentos a todos aqueles que fizeram a diferença ao longo dessa trajetória e que me fortaleceram para nunca desistir do meu sonho. Ao escrever estas palavras, um misto de emoções toma conta de mim, acompanhado por um profundo sentimento de dever cumprido.

Aos meus pais, Lúcia e Jauri, que me deram a vida e são fontes inesgotáveis de amor e compreensão. Agradeço pelo companheirismo, pela amizade que sempre encontrei em vocês e pelo imenso amor que sempre recebi. Sou profundamente grata por nunca desistirem de mim, por batalharem pelo meu futuro e por compreenderem meus momentos de ausência ao longo deste processo. Nenhuma palavra é capaz de expressar toda a admiração, o amor e o carinho que sinto por vocês.

À minha irmã Camila, minha inspiração de vida, por acreditar em mim mesmo quando eu mesma duvidava, por todo o companheirismo, amizade e acolhimento. Obrigada por estar sempre ao meu lado e ser meu porto seguro nos dias difíceis.

Meu agradecimento especial à Universidade Federal do Paraná, por me proporcionar grandes momentos de alegria durante a graduação e a pós-graduação. Tenho imenso orgulho de ter me formado em uma universidade pública e sou grata por todas as experiências e oportunidades vividas ao longo desse percurso. Saio desta instituição como um ser humano muito melhor do que quando entrei e sei que as portas sempre estarão abertas para futuras oportunidades.

À minha querida orientadora, Sandra Patricia Crispim, deixo minha gratidão profunda por ser um ser humano tão iluminado, empático e acolhedor. Obrigada por apoiar cada etapa da minha jornada, acreditar em meu potencial, por me ouvir, jamais duvidar da minha capacidade e me mostrar que posso conquistar tudo o que eu quiser. Levarei seus ensinamentos e amizade para toda a vida.

Agradeço à CAPES, pela concessão da bolsa de auxílio, essencial para a realização desta pesquisa e para minha permanência na instituição. Deixo os meus mais sinceros agradecimentos para a Eduarda Alves, minha parceira de coleta e de pesquisa que junto comigo aprendeu e vivenciou muitas coisas.

À minha coorientadora, Débora Letícia Frizzi da Silva, deixo aqui minha eterna gratidão por sempre estar disponível para ajudar, apoiar e tornar tudo mais leve, mesmo quando parecia que o mundo ia desmoronar. Você é uma grande amizade que o LABAN me presenteou.

Às amigas construídas no LABAN e no PPGAN, meu muito obrigada por serem uma rede de apoio tão importante. Em especial, agradeço ao Gabriel Farias, pelo apoio e parceria desde a graduação; à Rafaela Mariotti, pelos almoços, conversas e shows compartilhados; à Giovanna Ferreira, pela paciência e pelos aprendizados; e a todos os demais colegas que fizeram parte dessa caminhada.

Agradeço, de forma especial, às nutricionistas Jeniffer Krueger, Marília Zapparoli e Nathália Farinha, por todo o apoio e dedicação à minha pesquisa. Vocês são partes essenciais deste estudo, e deixo aqui minha eterna gratidão. Outra profissional muito importante na minha formação foi a Alice Freitas, que me ensinou a encarar os desafios e acolher sempre os pacientes com muito carinho e paciência.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição da UFPR, agradeço pelos ensinamentos transmitidos ao longo do mestrado. Ao secretário Leonaldo, deixo meu agradecimento por sua paciência e empatia.

Às professoras do curso de Nutrição, que sempre me incentivaram a ter pensamento crítico e empático, deixo minha profunda gratidão. À professora Mônica de Caldas Rosa dos Anjos, por me inserir no mundo da extensão, da monitoria e da pesquisa, e pela amizade construída ao longo desses anos, obrigada por existir na minha vida. À professora Regina Maria Ferreira Lang, por todo carinho, aprendizado e por ser um exemplo de profissional. E à professora Sílvia do Amaral Rigon, por me incentivar a ser pesquisadora.

Às minhas primas, que cresceram comigo e fazem parte da minha vida, agradeço pelo incentivo constante, pelos momentos em que me tiraram de casa quando eu precisava respirar. Em especial, agradeço à Nadine, por estar sempre ao meu lado e ser uma grande amiga; à Célia, pelos inúmeros momentos de alegria e companheirismo e Flavia, por me amar incondicionalmente.

Às minhas amigas e amigos que permaneceram ao meu lado ao longo dos anos, mesmo nos momentos mais difíceis de ausência e exaustão, deixo meu carinho e agradecimento. À Jaqueline Camargo Lopes, meu eterno amor de amizade, irmã de outra mãe e companheira de tantos momentos. À Letícia Scolaro, grande presente que a nutrição me deu, obrigada por me ouvir, ajudar e pela amizade depositada em mim. E às demais amigas e amigos Letícia Gadotti, Yahya Iskandar, Leonardo Coradin, Heloisa Castilha, Suellen Moraes e Camila Riato obrigada por terem sido meu porto seguro sempre que precisei. Peço desculpas se, por acaso, esqueci alguém.

RESUMO

Estudos demonstraram que pessoas com obesidade tendem a subestimar o tamanho das porções alimentares, levando a uma subnotificação do consumo alimentar. No entanto, os motivos que levam esses indivíduos a subestimarem o consumo alimentar ainda não estão suficientemente documentados. Este trabalho visa compreender a percepção de indivíduos com obesidade sobre a quantificação alimentar. O estudo foi realizado por meio de uma pesquisa qualitativa, descritiva e transversal. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas gravadas com 20 pacientes classificados com obesidade pelo Índice de Massa Corporal ($> 30 \text{ kg/m}^2$), distribuídos entre três locais de coleta. Dez entrevistas aconteceram no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, e as demais em duas clínicas particulares localizadas em Curitiba/PR, sendo cinco entrevistas em cada. Após a transcrição por pares, foi realizada a análise de conteúdo com base nas três etapas descritas por Bardin (2016): 1) Experiências predominantemente positivas com o atendimento nutricional; 2) Sentimentos, facilidades e dificuldades apresentadas por indivíduos com obesidade durante o relato do consumo alimentar.; 3) Capacidade de perceber e relatar o consumo alimentar; 4) Aspectos de memória e de contexto que dificultam o relato alimentar; 5) Uso de fotos de porções alimentares como facilitador do relato do consumo alimentar; 6) Competências e dificuldades na quantificação de receitas. Sobre as experiências predominantemente positivas com o atendimento nutricional, os entrevistados indicaram que a empatia e o acolhimento são essenciais para a relação entre paciente e nutricionista e a falta destes pode dificultar a aderência ao acompanhamento nutricional. Os sentimentos expressos por indivíduos com obesidade em relação ao relato do consumo alimentar foram variados. A maioria relatou tranquilidade e facilidade para descrever a alimentação, embora alguns tenham mencionado sentimentos de culpa, vergonha e ansiedade, associados à sensação de estarem sendo julgados. As facilidades e dificuldades em falar sobre o que consomem mostraram-se contrastantes entre os participantes: enquanto alguns relataram abertamente seus hábitos alimentares, outros se mostraram mais reservados, indicando que, quando se sentem acolhidos, tendem a relatar o consumo alimentar com maior naturalidade. As percepções sobre a capacidade de relatar o consumo alimentar mostraram que a maioria dos participantes consegue descrever o que consome e as quantidades, embora alguns enfrentem dificuldades relacionadas à falta de atenção ou memória. Sobre o uso de manuais fotográficos, todos reconheceram que eles auxiliam positivamente na quantificação alimentar. A capacidade de relatar o preparo e as quantidades dos ingredientes das receitas variou conforme a experiência culinária. Participantes que cozinham com maior frequência demonstraram maior clareza nas descrições, enquanto os menos experientes apresentaram conhecimentos mais básicos, evidenciando o papel da prática culinária na percepção das quantidades. Este estudo amplia os achados de Garmus et al.(2025) ao aprofundar a compreensão sobre o consumo alimentar de indivíduos com obesidade e reforçar a importância de um acompanhamento nutricional humanizado.

Palavras chaves: Ingestão de alimentos; Comportamento alimentar; Obesidade.

ABSTRACT

Studies have shown that individuals with obesity tend to underestimate portion sizes, leading to underreporting of dietary intake. However, the reasons that lead these individuals to underestimate their food consumption are still not sufficiently documented. This study aims to understand the perception of individuals with obesity regarding dietary quantification. The study was conducted through a qualitative, descriptive, and cross-sectional design. For data collection, recorded semi-structured interviews were carried out with 20 patients classified as having obesity according to Body Mass Index ($> 30 \text{ kg/m}^2$), distributed across three data collection sites. Ten interviews took place at the Hospital de Clínicas of the Federal University of Paraná, and the remaining ten at two private clinics located in Curitiba, PR, with five interviews conducted in each clinic. After paired transcription, content analysis was performed based on the three stages described by Bardin (2016): 1) Predominantly positive experiences with nutritional care; 2) Feelings, facilitators, and difficulties presented by individuals with obesity during dietary reporting; 3) Ability to perceive and report food intake; 4) Memory and contextual aspects that hinder dietary reporting; 5) Use of photographic portion-size manuals as facilitators of dietary reporting; 6) Skills and difficulties in recipe quantification. Regarding predominantly positive experiences with nutritional care, interviewees indicated that empathy and support are essential for the relationship between patient and nutritionist, and the absence of these elements may hinder adherence to nutritional follow-up. The feelings expressed by individuals with obesity regarding dietary reporting were varied. Most reported calmness and ease in describing their food intake, although some mentioned feelings of guilt, shame, and anxiety associated with the sensation of being judged. The facilitators and difficulties in talking about what they consume were contrasting among participants: while some openly reported their eating habits, others were more reserved, indicating that when they feel welcomed, they tend to report food intake more naturally. Perceptions regarding the ability to report dietary intake showed that most participants are able to describe what they consume and the quantities, although some face difficulties related to lack of attention or memory. Regarding the use of photographic manuals, all participants recognized that they positively assist in dietary quantification. The ability to report preparation methods and ingredient quantities in recipes varied according to culinary experience. Participants who cook more frequently demonstrated greater clarity in their descriptions, whereas less experienced individuals showed more basic knowledge, highlighting the role of culinary practice in the perception of quantities. This study expands the findings of Garmus et al. (2025) by deepening the understanding of dietary intake among individuals with obesity and reinforcing the importance of a humanized nutritional follow-up.

Keywords: Food intake; Eating behavior; Obesity;

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Objetivos operacionais propostos pelo roteiro da entrevista semiestruturada	33
QUADRO 2 - Tabela organizacional de exemplo dos dados qualitativos na fase de exploração de material	35

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Principais categorias emergidas da análise de conteúdo.....	38
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 QUESTÃO NORTEADORA	14
1.2 PRESSUPOSTO TEÓRICO	14
1.3 OBJETIVOS.....	15
1.3.1 Objetivo geral	15
1.3.2 Objetivos específicos.....	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 OBESIDADE	15
2.2 PAPEL DA ALIMENTAÇÃO NA OBESIDADE	18
2.3 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR.....	20
2.4 SUBESTIMAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR EM INDIVÍDUOS COM OBESIDADE	22
2.5 RELAÇÃO PROFISSIONAL E PACIENTE.....	24
2.6 NUTRICIONISMO	26
3 METODOLOGIA	27
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DE PESQUISA.....	27
3.2 DESENHO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	28
3.2.1 Recrutamento e seleção dos indivíduos com obesidade.....	28
3.3 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	29
3.4 COLETA DE DADOS	30
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	31
3.5.1 Pré-análise	32
3.5.2 Exploração do material.....	34
3.5.3 Tratamento dos resultados e interpretações	36
4 RESULTADOS	36

4.1 EXPERIÊNCIAS PREDOMINANTEMENTE POSITIVAS COM O ATENDIMENTO NUTRICIONAL.....	38
4.2 SENTIMENTOS, FACILIDADES E DIFICULDADES, APRESENTADAS POR INDIVÍDUOS COM OBESIDADE DURANTE O RELATO DO CONSUMO ALIMENTAR.....	41
4.3 CAPACIDADE DE PERCEBER E RELATAR O CONSUMO ALIMENTAR.....	43
4.4 ASPECTOS DE MEMÓRIA E DE CONTEXTO QUE DIFICULTAM O RELATO ALIMENTAR.....	44
4.5 O USO DE FOTOS DE PORÇÕES ALIMENTARES COMO FACILIDADOR DO RELATO DO CONSUMO ALIMENTAR.....	45
4.6 COMPETÊNCIAS E DIFICULDADES NA QUANTIFICAÇÃO DE RECEITAS	45
5 DISCUSSÃO	47
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS.....	57
TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E PERCEPÇÕES DAS ENTREVISTADORAS.....	69
APÊNDICE 1 – TCLE.....	74
APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	78

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas cinco décadas, a obesidade aumentou significativamente em todos países e continentes, chegando a níveis pandêmicos. Acredita-se que mais de um terço da população mundial esteja classificada com sobrepeso ou obesidade (Andrade; Cesse; Figueiró, 2023). A situação brasileira não é diferente, o sobrepeso e a obesidade aumentaram em todas as faixas etárias. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2020, mais da metade da população adulta do Brasil tem sobrepeso ou obesidade, e a maior prevalência é no sexo feminino (BRASIL, 2022).

Para compreender os fatores que contribuem para o desenvolvimento da obesidade e quais são as intervenções mais eficientes para tratamentos é relevante avaliar o consumo alimentar dos indivíduos e populações (BRASIL, 2014; Fisberg, Marchioni; Colucci, 2009). Em nível individual, essa avaliação permite estimar a probabilidade de adequação da ingestão de nutrientes, identificar hábitos inadequados, desenvolver e implementar planos alimentares, e avaliar a aderência ao tratamento proposto (Fisberg; Marchioni; Colucci, 2009). Em nível populacional, também permite avaliar a adequação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes, bem como as tendências de consumo alimentar, sendo essencial para o planejamento, implementação, monitoramento ou avaliação de programas, diretrizes e campanhas na área da alimentação e nutrição (FAO, 2018; Fisberg; Marchioni; Colucci, 2009).

Os inquéritos alimentares mais utilizados na avaliação do consumo alimentar são o recordatório 24 horas (R24H), o Registro Alimentar (RA) e o questionário de frequência alimentar (QFA). Esses métodos permitem estimar o consumo de alimentos e a ingestão nutrientes em diferentes momentos e contextos, podendo ser utilizados na área clínica e em pesquisas populacionais. Apesar disso, a avaliação do consumo é uma tarefa complexa, pois os dados obtidos podem ser facilmente influenciados por erros relacionados não apenas a esses instrumentos, mas também aos entrevistadores e entrevistados, bem como na análise dos dados (Willet, 2013).

Os erros relacionados a estimativa do consumo alimentar por parte dos entrevistados são influenciados pelo sexo, IMC, memória, fatores sociais e tipos de alimentos consumidos, principalmente quando pensamos em subnotificação (Bernal-

Orozco et al., 2013; Waterworth et al., 2022). Ainda, o IMC parece ser um preditor significativo de subestimação do consumo alimentar, o que está diretamente relacionado à possibilidade de indivíduos com obesidade terem percepções negativas relacionados à imagem corporal (Waterworth et al., 2022; Wehling; Lusher, 2019).

É perceptível que as condutas terapêuticas relacionadas à obesidade ainda se mantêm presas no modelo biomédico, o qual não foca e disponibiliza ferramentas necessárias, suficientes e adequadas para compreender a complexidade que envolve tanto o diagnóstico com a vivência da obesidade e as suas variadas demandas (Francisco; Diez-Garcia, 2015). O modelo biomédico é conhecido por seguir um referencial técnico instrumental guiado pelas biociências limitando a compreensão do contexto biopsicossocial em que os indivíduos estão inseridos dificultando o conhecimento mais ampliando dos pacientes e do processo saúde doença (Duarte; Queiroz, 2014).

Nesse sentido, a pesquisa conduzida por Garmus no Estudo VALIDA - Validação de instrumentos para quantificar a dieta brasileira, identificou que emoções e sentimentos das pessoas com obesidade desempenham um papel significativo na forma como relataram seu consumo de alimentos; que a relação entre os nutricionistas e indivíduos com obesidade têm um impacto perceptível na precisão dos dados relatados; e que aspectos emocionais e sociais podem dificultar ou facilitar a quantificação alimentar desses indivíduos (Garmus et al., 2025). Contudo, o estudo não avaliou a percepção e experiência dos próprios indivíduos com obesidade acerca do tema. Dessa forma, pretende-se agora avaliar a percepção dos indivíduos com obesidade sobre o próprio consumo alimentar, a fim de corroborar e ampliar as evidências do estudo anterior.

1.1 QUESTÃO NORTEADORA

Qual a percepção de indivíduos adultos com obesidade sobre o relato e a quantificação do consumo alimentar?

1.2 PRESSUPOSTO TEÓRICO

A partir da análise da percepção de indivíduos adultos com obesidade, espera-se identificar as possíveis limitações e facilidades envolvidas no relato do

consumo alimentar, além de compreender os fatores que estão relacionados à possível subnotificação na quantificação dos alimentos consumidos.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a percepção dos indivíduos adultos com obesidade sobre o relato e a quantificação do consumo alimentar.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar e compreender possíveis limitações e/ou facilidades durante o relato do consumo alimentar por indivíduos com obesidade;

Investigar possível presença de subestimação e/ou superestimação durante a quantificação de porções alimentares por indivíduos com obesidade;

Investigar se os recursos visuais auxiliam e/ou dificultam a quantificação de porções alimentares por indivíduos com obesidade.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 OBESIDADE

A obesidade é uma doença crônica não transmissível complexa e multifatorial. O desenvolvimento da doença ocorre a partir do acúmulo excessivo de gordura no tecido adiposo (Lin; Li, 2021; Onita et al., 2024) sendo um dos principais fatores de risco para muitas doenças crônicas não transmissíveis (PAHO, 2024). Essa doença pode ser diagnosticada pelo Índice de Massa Corporal (IMC), que permite a classificação da situação nutricional dos indivíduos e os riscos relacionados, considerando a razão da massa corporal em quilos (Kg) pela altura em metros (m) ao quadrado (WHO, 2000).

Por muito tempo, a obesidade foi descrita como uma falha na motivação para perder peso. No entanto, atualmente, sabe-se que a obesidade é uma doença crônica de etiologia multifatorial na qual estão incluídos fatores genéticos, endócrinos, ambientais, sociais, psicológicos e psiquiátricos (Biagio, Moreira; Amaral, 2020).

A obesidade e o sobrepeso vêm aumentando desde a década de 1970, atingindo a marca de 1,9 bilhão de adultos ao redor do mundo em 2016 (WHO, 2024). No Brasil, segundo dados apresentados na Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), a prevalência da obesidade aumentou 72% entre 2006 (11,8%) e 2019 (20,3%) e a sua ocorrência é quase a mesma entre ambos os sexos (ABESO, 2025).

Por ser um fator de risco para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a obesidade pode reduzir em até 20 anos a expectativa de vida (Blüher, 2020). No Brasil, os gastos hospitalares e ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS) relacionados com obesidade chegaram a US\$269,6 milhões, dos quais quase 24% foram utilizados no tratamento de obesidade mórbida em 2011 (Nilson et al., 2020).

Em todo mundo, observa-se transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais nas populações. Demograficamente, o Brasil apresentou um aumento na expectativa de vida e na população de idosos. Paralelamente, o perfil epidemiológico da população também vem se modificando, com a diminuição de doenças infecciosas e o aumento das doenças crônicas. Esses fatores estão relacionados à transição nutricional, caracterizada pela queda da desnutrição em todas as idades e um aumento do sobrepeso e obesidade em todas regiões e idades independentemente do poder aquisitivo da população (BRASIL, 2014; Moriguchi et al., 2022).

Um dos principais fatores relacionados à obesidade é o alto consumo calórico e o baixo gasto energético (Dias *et al.*, 2017; Park *et al.*, 2018). Esses fatores, quando relacionados à redução de atividade física e à adoção de comportamentos sedentários, podem elevar consideravelmente as chances para o desenvolvimento da obesidade (Guthold *et al.*, 2018). Ressalta-se ainda que a prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes para a promoção da saúde (BRASIL, 2014). Portanto, o monitoramento da obesidade é necessário para entender os padrões de risco e para o desenvolvimento de políticas públicas, com o intuito de promover hábitos saudáveis na população brasileira (Dias *et al.*, 2017).

As diretrizes propostas pelo ministério da saúde para o tratamento e prevenção da obesidade indicam reeducação alimentar, prática de exercícios físicos, acompanhamento multidisciplinar para as mudanças de hábitos e se for necessário

intervenção farmacológica que deve ser realizada na atenção primária à saúde ou na atenção especializada (Reis *et al.*, 2022).

A coleta de dados antropométricos por meio de inquéritos e pesquisas em saúde possibilita acompanhar a evolução do excesso de peso e obesidade em diferentes regiões do país, além de auxiliar na identificação de fatores relacionados à obesidade. Essas informações contribuem para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção da obesidade e para a implementação de ações que promovam hábitos alimentares e estilos de vida mais saudáveis, incluindo à prática de atividade física e escolhas alimentares adequadas (Ferreira *et al.*, 2021).

A discriminação social contra pessoas com obesidade contribui significativamente para o desenvolvimento de transtornos de saúde mental como depressão, ansiedade, compulsão alimentar, baixa autoestima e problemas com a imagem corporal (Martins *et al.*, 2024). A sociedade contemporânea, caracterizada pela utilização das mídias de comunicação, tem criado e disseminado um ideal de beleza que exalta corpos magros e musculosos associando-os ao sucesso, beleza e prestígio social (Cardoso *et al.*, 2020).

A satisfação da imagem corporal está relacionada às crenças pessoais, fatores psicológicos e padrões culturais que envolvem a saúde, bem-estar e beleza (Zago, 2023). Quando acontecem mudanças na percepção da imagem corporal e estas não são compatíveis com a projeção idealizada, pode ocorrer insatisfação corporal, ocasionando situações de estresse, alterações de humor, comportamentos nocivos à saúde física e mental, o que afeta a qualidade de vida dos indivíduos (Albuquerque *et al.*, 2021).

O peso corporal está diretamente relacionado ao bem-estar psicossocial de indivíduos com obesidade. Alguns estudos destacam que essas pessoas frequentemente enfrentam preconceito e discriminação em diversos contextos, como no meio social, escolar, corporativo, nos serviços de saúde e em seus relacionamentos pessoais (Godoy-Izquierdo *et al.*, 2020).

Indivíduos com sobrepeso e obesidade frequentemente são associados a características estigmatizantes como gula, preguiça, descuido, inatividade, pouco atraentes e desajeitados. Essas percepções e discriminações aliadas à constante preocupação com o peso resultam em distorções de imagem e aumentam o risco de transtornos alimentares (Silva; Silva, 2019).

O modelo de beleza imposto atualmente não leva em consideração o estado nutricional adequado para a manutenção da saúde e do bem-estar (Rodrigues, et al., 2016). A problematização e a visão do corpo gordo como algo doente deriva de um discurso atualmente consolidado, inquestionável e difundido pelas ideias de sobrepeso e obesidade (Paim; Kovaleski, 2020).

Assim, a pessoa com obesidade apresenta um grande desgaste psicológico desencadeado por estigmas sociais e por crenças que impõem o corpo gordo como algo patológico que não pode ser aceito e visto como belo (Macedo *et al.*, 2015). É fundamental compreender a relação entre obesidade, funcionalidade e imagem corporal, pois a distorção da imagem corporal pode impactar negativamente as conexões entre as sensações, experiências e a autopercepção, comprometendo a construção da identidade corporal (Agra *et al.*, 2017).

2.2 PAPEL DA ALIMENTAÇÃO NA OBESIDADE

A obesidade é uma doença multifatorial e a alimentação excessiva e hipercalórica é reconhecida como um fator importante tanto no ganho de peso quanto na manutenção do excesso de peso (Dao *et al.*, 2019). O aumento da obesidade em países em desenvolvimento ocorre por meio de inúmeras mudanças no estilo de vida dos indivíduos e são relacionadas ao processo de urbanização e transição nutricional. Tais mudanças modificaram as escolhas alimentares e a redução da frequência da prática de atividade física, aumentando as chances de um balanço energético positivo ocasionando então o ganho de peso (Silva *et al.*, 2019).

Com os avanços tecnológicos, os alimentos ultraprocessados, ricos em açúcares e/ou gorduras, passaram a fazer parte das preferências alimentares da população em geral (Nani *et al.*, 2021). De fato, a composição dos produtos alimentares mudou muito nos últimos anos e os novos métodos de conservação de alimentos e técnicas industriais facilitaram o aumento da ingestão de frutas, legumes e verduras, pois a partir da conservação em geladeira, embalagens herméticas esses alimentos duram mais e podem ser adquiridos em quantidades. Assim, o processo de industrialização também levou ao aumento do consumo de produtos alimentares hipercalóricos com pouco valor nutricional (Cerdó et al., 2019).

Alimentos ultraprocessados afetam o desenvolvimento cultural, social, econômico e ambiental de uma região, principalmente quando ocupam um importante parte do mercado e consumo alimentar de um país (Vale *et al.*, 2019). Além disso, os alimentos ultraprocessados são produzidos com ingredientes e uso de processos para serem baratos, saborosos e de fácil preparo, estes fatores os tornam atraentes para o consumidor (Louzada *et al.*, 2021). Ao se tornarem mais atraentes e acessíveis, os alimentos ultraprocessados passam a ser mais consumidos pela população. Conseqüentemente, esse consumo excessivo contribui para o ganho de peso e para o desenvolvimento da obesidade.

No Brasil, segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2017-2018, a compra de alimentos base da dieta brasileira reduziu significativamente em relação à pesquisa anterior a POF 2008-2009 (IBGE, 2020). O consumo de arroz e feijão, por exemplo, reduziu em 37% e 52%, respectivamente, demonstrando mudança dos hábitos alimentares da população brasileira.

O consumo de refeições fora do ambiente domiciliar favorece o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados e ricos em energia, e, conseqüentemente, ao sobrepeso e a obesidade e suas conseqüências, como as DCNT (Morais *et al.*, 2021). No Brasil, entre as POFs de 2008-2009 e 2017-2018, foi observado uma diminuição na prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados fora do ambiente domiciliar, bem como redução no percentual de contribuição dos alimentos consumidos fora de casa para ingestão calórica total. Apesar disso, o grupo dos alimentos ultraprocessados ainda é caracterizado como aquele mais consumidos fora do ambiente domiciliar (Bezerra *et al.*, 2021). Segundo IBGE (2020), os alimentos mais consumidos fora de casa são: cervejas, salgados fritos e assados, bebidas não alcoólicas, destilados, sorvetes, bolos recheados e chips. Os percentuais de consumo variam entre as populações rural e urbana, com exceção dos refrigerantes, cujo consumo foi semelhante em ambas as regiões.

Em resumo, a alimentação saudável e adequada é uma estratégia fundamental para o enfrentamento da obesidade. Para ter um ambiente alimentar composto por sistemas alimentares adequados que promovem uma dieta nutricionalmente adequada e diversificada é importante o envolvimento de diversos setores como governos e o setor público privado (Dias *et al.*, 2017; PAHO, 2024b).

Incluir a obesidade no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) amplia o entendimento e o conceito sobre a doença, ao reconhecer que está relacionada diretamente com a dignidade humana, com a quantidade, variedade e qualidade da alimentação, bem como a busca por uma alimentação saudável e adequada no âmbito da SAN (Mazur; Navarro, 2015). Nesse sentido, as práticas alimentares dentro da SAN devem promover saúde e garantir acesso a outras necessidades essenciais, respeitando sempre as características individuais dos indivíduos em distintas localidades (BRASIL, 2006).

2.3 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

A avaliação do consumo alimentar fornece informações importantes sobre a dieta de indivíduos e populações, e contribui para determinar associações entre a dieta e a prevalência de doenças, identificar deficiências e excessos de nutrientes e avaliar o impacto de intervenções nutricionais (Foster et al., 2019). No entanto, medir as exposições alimentares descritas por autorrelato é uma tarefa complexa e desafiadora em termos de precisão e confiabilidade (Bailey, 2021).

Vários métodos de avaliação de consumo alimentar foram desenvolvidos, cada um com uma finalidade distinta e com suas potencialidades e limitações (NCI, 2024). Os métodos que se destacam e são mais utilizados para realizar a avaliação do consumo alimentar de indivíduos e populações são: Registro Alimentar (RA), Recordatório 24 horas (R24H), Questionário de Frequência Alimentar (QFA) (Park et al., 2018).

O RA avalia a dieta atual e recente, pode ser preenchido pelo próprio indivíduo ou por um responsável, e permite o registro detalhado de todos os alimentos e bebidas consumidos durante um ou mais dias (NCI, 2024). Quando mais de dois dias são registrados, o RA permite um retrato da dieta habitual do indivíduo. Algumas limitações apresentadas pelo método é que ele requer a utilização de memória e alfabetização do entrevistado, pode alterar hábitos de consumo e ocasionar a subestimação do relato alimentar (FAO, 2018).

O R24H é um método que consiste em uma entrevista estruturada, normalmente realizada por um profissional devidamente treinado que busca descrever detalhadamente os alimentos e bebidas ingeridos nas 24 horas anteriores à entrevista

(FAO, 2018). O registro do consumo deve descrever se possível as características de preparo (frito, cozido e assado), a quantidade consumida, marcas e horários de consumo, tal como o registro alimentar (Castell; Majem; Ribas-Barba, 2015). Fornece um retrato da dieta atual e recente, porém quando aplicado em dois dias não consecutivos, pode refletir a dieta habitual do indivíduo, ao reduzir a influência da variabilidade alimentar individual (FAO, 2018). Algumas limitações encontradas no R24H são: os requisitos para completar o R24H podem limitar os participantes levando a um viés de seleção, assim como o RA, uma única aplicação é incapaz de demonstrar a variação do consumo alimentar diário, depende de memória específica e pode apresentar erros aleatórios de medição (NCI, 2024).

O QFA serve para avaliar a frequência e quantidade de alimentos consumidos em um determinado tempo, como meses ou um ano, refletindo a dieta habitual do indivíduo. Esse método consiste em uma lista finita de alimentos na qual o entrevistado indica a frequência habitual de consumo durante o período solicitado. Geralmente a lista contempla entre 80 e 120 alimentos e as porções e quantidades podem ser indicadas em espaços específicos (NCI, 2024). É um método abrangente e ideal para estudos epidemiológicos, pois é capaz de discriminar os gradientes de consumo alimentar. Dentre as limitações incluem-se a dependência da memória do entrevistado, a lista de alimentos pode não contemplar algo que o entrevistado comeu, a necessidade de alfabetização e de que os questionários precisam ser adaptados e validados para trazer dados mais fidedignos (FAO, 2018).

Todos os métodos de avaliação de consumo alimentar estão propensos a erros. As principais falhas estão relacionadas ao entrevistado e ao entrevistador e o método de coleta escolhido. Por exemplo, um entrevistador com pouca habilidade pode induzir o entrevistado ao erro; enquanto a falta de cooperação do entrevistado reduz a qualidade do relato; e a variedade de medidas caseiras, listas pré-definidas, e padrões de referência e tabelas de composição dos alimentos podem influenciar a capacidade de um método de medir o que se consome (Sampaio *et al.*, 2012).

A avaliação do consumo alimentar exige motivação, honestidade e cooperação por parte dos entrevistados e as entrevistas devem ter uma instrumentação cuidadosa e serem claras por parte do entrevistador (Bailey, 2021).

A confiabilidade das informações coletadas durante inquéritos alimentares pode ser afetada por diversos fatores, destacando-se a declaração incorreta do consumo alimentar, como a subestimação e a superestimação, e que estão

diretamente associadas a fatores como IMC, características psicológicas, sexo e idade (Castro-Quezada *et al.*, 2015).

2.4 SUBESTIMAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR EM INDIVÍDUOS COM OBESIDADE

A subestimação do consumo alimentar é um erro recorrente na avaliação dietética, e algumas evidências sugerem que esse viés é particularmente significativo em indivíduos diagnosticados com obesidade (Wehling; Lusher, 2019).

Bothwell (2009) analisou as taxas de subestimação da ingestão alimentar e os fatores associados em mulheres mexicanas e mexicano-americanas, usando dados de R24H. O estudo utilizou e comparou cinco métodos diferentes para identificar subestimação. Quatro usaram a equação de Goldberg, variando conforme o nível das exigências e se consideravam ou não a atividade física. O quinto método foi baseado na mediana da razão entre ingestão energética e taxa metabólica basal. As taxas de subestimação variaram bastante entre os métodos, indo de 11,9% até 81,3%. A obesidade foi o único fator associado à subestimação em todos os métodos, e o sobrepeso também apareceu como significativo no modelo final e a maior propensão em subestimar a ingestão alimentar foi encontrada no grupo das mulheres com a renda mais elevada e maior escolaridade.

Em 2014, foi realizada uma pesquisa, utilizando a água duplamente marcada, para validar associações entre a ingestão de bebidas açucaradas estimada por meio do R24H e a massa corporal entre indivíduos brancos e afro-americanos com idade entre 21 e 69 anos. Estes foram divididos conforme a classificação do IMC. Concluiu-se que 61,8% das pessoas que subestimaram a ingestão total de energia apresentavam ou tinham maior probabilidade de desenvolver sobrepeso ou obesidade, e constatou-se também que o número de indivíduos que consumiram bebidas adoçadas com açúcar era superior entre aqueles com sobrepeso e obesidade (Emond *et al.*, 2014).

Outro estudo que abordou a subestimação do consumo alimentar foi o de Moran *et al.*, (2018), que avaliou gestantes com sobrepeso e obesidade que estavam realizando pré-natal na Austrália. Avaliou-se as características demográficas, comportamentais e psicológicas delas no início da gestação, com 10 e 20 semanas e ao final com 36 semanas. Para a avaliação do consumo alimentar foi utilizado o QFA

semiestruturado de Willet e o viés do relato de ingestão energética foi avaliado pelo método de Goldberg, na qual utilizou-se a razão entre a ingestão diária de energia e a taxa metabólica basal estimada. No início do estudo, o percentual de mulheres classificadas como subestimação foi de 38% e no final, 49,4%. Foram descritos como fatores que podem ter colaborado para a subestimação da ingestão energética no estudo, o IMC, estado socioeconômico, comportamento alimentar e risco de depressão no fim da gestação.

McNitt e colaboradores elaboraram um estudo que investigou a subestimação da ingestão energética em 21 gestantes com sobrepeso ou obesidade que faziam parte do subgrupo de amostras do estudo *Healthy Mom Zone*. O peso, a atividade física e a ingestão alimentar foram monitoradas diariamente por um aplicativo em uma balança *wi-fi* e o *MyFitnessPal*, e a ingestão energética estimada foi recalculada a partir desses dados para comparação com os registros das participantes. Os resultados mostraram subestimação média de 38% (1134 kcal/dia), sendo que 20 participantes em algum momento omitiram alguma informação sobre o consumo alimentar. Enquanto os relatos permaneceram estáveis em torno de 1700 kcal/dia, a ingestão estimada aumentou ao longo dos trimestres. A subestimação foi maior entre mulheres com maior IMC pré-gestacional, idade gestacional mais avançada e maior ganho de peso semanal e menor em períodos de estresse e alimentação emocional. Os pesquisadores concluíram que gestantes com sobrepeso e obesidade tendem a subestimar sistematicamente sua ingestão energética (McNitt *et al.*, 2022).

Outro estudo que investigou a subestimação da ingestão energética foi conduzido por Tam e Veerman (2019). Essa pesquisa analisou a prevalência e as características da subestimação entre adultos australianos, comparando os dados da Pesquisa Nacional de Nutrição de 1995 com os da Pesquisa Nacional de Nutrição e Atividade Física de 2011–2012. O método utilizado para avaliação do consumo alimentar foi o R24H e para análise de viés do relato, o ponto de corte de Goldberg. Os indivíduos classificados como relatores de baixa ingestão energética foram considerados como desfecho em modelos de regressão de Poisson, com o intuito de verificar possíveis associações com variáveis como sexo, idade, IMC, percepção de peso, escolaridade, renda familiar, localização geográfica e nível de desvantagem econômica. A subestimação aumentou de 32% em 1995 para 41% em 2012, principalmente entre os homens, e esteve associada a pessoas com o IMC mais elevado e com menor condição econômicas. Por outro lado, a subestimação do

consumo alimentar foi inferior em pessoas com idade mais avançada e com maior renda.

Por um outro lado, Waterworth et al (2022b), realizou uma pesquisa que buscou avaliar a extensão do relato incorreto em adultos obesos e não obesos (n=221). A ingestão energética foi estimada a partir do autorrelato e comparada com o gasto energético total que foi medido pelo método de água duplamente marcada, considerado padrão ouro para esse tipo de avaliação. Os resultados apontaram que a ingestão energética autorrelatada foi menor do que o gasto energético total, demonstrando que a subestimação foi generalizada e que foi mais intensa em indivíduos com IMC maior, pessoas mais ativas e indivíduos jovens. Os pesquisadores concluíram que a subestimação ocorreu de forma generalizada entre adultos e não de forma exclusiva e exacerbada em indivíduos com obesidade. Este estudo serviu para demonstrar que nem sempre o senso comum de que pessoas com diagnósticos de obesidade subestimam a sua ingestão alimentar mais que os indivíduos eutróficos.

2.5 RELAÇÃO PROFISSIONAL E PACIENTE

O vínculo entre profissionais de saúde e pacientes é fundamental para a dinâmica do atendimento, sendo construído a partir da empatia, da humanização e do acolhimento, que influenciam diretamente a adesão ao tratamento. Nesse sentido, é necessário estabelecer uma relação horizontal, pautada no respeito e na valorização mútua. Para isso, o profissional deve demonstrar interesse, presença, escuta ativa, diálogo e adotar uma conduta acolhedora e individualizada (Cancilieri *et al.*, 2022; Yamamoto *et al.*, 2024).

Para que o cuidado seja integral, o encontro com o paciente deve ser orientado pela capacidade do profissional de compreender o sofrimento expresso, o sentido das ações no momento vivido e a singularidade de cada situação em sua complexidade. Quando o paciente se percebe acolhido de forma integral, observam-se melhorias no quadro clínico, maior satisfação com o acompanhamento e facilidade na construção do vínculo (Schimith *et al.*, 2011).

Ao ampliar a compreensão sobre o contexto sociocultural e a realidade em que o paciente está inserido, o profissional passa a apreender de maneira mais abrangente as necessidades apresentadas, o que facilita a elaboração de um plano terapêutico mais adequado e com maior potencial de adesão. No decorrer das

transformações no campo da saúde, as ferramentas e intervenções no processo de cuidado foram, historicamente, pautadas por uma análise fragmentada do processo saúde-doença, com enfoque predominante nos aspectos biológicos. Esse modelo, centrado no corpo doente e em suas disfuncionalidades, priorizou ações de caráter curativista e intervenções medicamentosas, reduzindo a autonomia e o poder de escolha do paciente (Soares; Silva, 2020; Villar et al., 2021).

Assim como as demais profissões da área da saúde, a atuação do nutricionista tem origem no contexto hospitalar, e está fortemente vinculada às práticas relacionadas ao modelo biomédico e nas ideias higienistas do século XVIII. Embora tenham ocorrido avanços significativos no campo da ciência da nutrição, com o surgimento de novas técnicas, conceitos e ferramentas, a formação do nutricionista ainda apresenta fragilidades na abordagem de dimensões psicossociais, culturais e políticas que envolvem as práticas alimentares (Navolar; Tesser; Azevedo, 2012).

Os indivíduos com obesidade mencionam com frequência que são alvos de preconceitos por parte dos profissionais da saúde. As atitudes citadas por esses indivíduos podem estar diretamente relacionadas por visões pouco integrativas sobre a obesidade, falta de entendimento sobre as principais causas da doença ou o despreparo no manejo destes pacientes. Uma crença muito comum entre os profissionais é que pacientes com obesidade tendem a ter uma menor adesão a tratamentos e as recomendações de autocuidado, são preguiçosos, indisciplinados e sem força de vontade (Paim e Kovaleski, 2020; Phelan *et al.*, 2015).

Cori, Petty e Alvarenga, 2015 realizam um estudo com nutricionistas, que teve como objetivo identificar as atitudes desses profissionais em relação à obesidade. A maioria dos profissionais entrevistados relaciona a obesidade dos indivíduos a coisas negativas, como falta de determinação, preguiça, compulsão alimentar, serem desajeitados e não atraentes; poucos foram os participantes que relacionaram a doença a alterações hormonais, transtornos psiquiátricos, vício em comida e baixa autoestima. Esses resultados demonstraram que o estigma do peso e o preconceito em relação à obesidade ainda são recorrentes, minimizam determinantes importantes da doença e evidenciam a forte presença de percepções comuns e limitadas sobre a obesidade. Esse tipo de visão pode aumentar a culpabilização do paciente e impactar negativamente a relação entre profissional e paciente.

Nesse contexto, o tratamento pode se tornar um empecilho às mudanças necessárias para a obtenção de resultados, favorecendo o abandono do

acompanhamento. A satisfação e a adesão do paciente às práticas clínicas envolvem sua participação no processo de cuidado, a abordagem do profissional de nutrição, com apoio diante das dificuldades ao longo do percurso, e, sobretudo, a adequação do plano alimentar à realidade e às limitações do indivíduo, incluindo a avaliação da evolução individual (Santiago; Cyrillo; Mancuso, 2021; Porto; Caballero; Vinholes, 2022).

2.6 NUTRICIONISMO

A preocupação com a alimentação tornou-se hábito constante em diferentes níveis sociais. Muitos desses problemas surgem da racionalidade presente ao redor do ato de se alimentar, isso pode estar diretamente relacionado à ampla oferta de alimentos industrializados, a construção complexa dos rótulos e também nas constantes modificações dos sistemas alimentares (Viana et al., 2017).

Ainda que o sistema alimentar globalizado tenha disponível variedades e quantidades de alimentos sem limite para a maioria das pessoas nos países desenvolvidos, ele também rompe os laços das origens e dos métodos que eles são cultivados, fazendo com que essas mudanças tornem os alimentos anônimos e homogêneos, fazendo que seu consumo seja exacerbado e o aumento de doenças relacionadas a este consumo aumente. Sendo assim, o nutricionismo traz como resposta para este problema a ideia que uma dieta considerada saudável pode ser conquistada a partir do consumo regrado e equilibrado de energia e nutrientes, mas com limitações (O’Kane, 2016).

O nutricionismo é uma tentativa de explicar problemas alimentares a partir de uma visão reducionista que limita o alimento apenas aos seus nutrientes, servindo com um aspecto ideológico da racionalidade extrema frente a alimentação e demonstra que a preocupação principal é perceber o alimento apenas como um somatório de nutrientes ignorando os seus aspectos sociais, culturais e políticos. O termo surgiu como uma crítica a valorização extrema de nutrientes e para as recomendações dietéticas restritivas á eles relacionadas, foi desenvolvido por Gyorgy Scrinis e amplamente difundido pelo Michael Pollan (Gloria et al., 2021; Viana et al., 2017).

Pesquisadores associaram o nutricionismo ao fenômeno do desenvolvimento industrial e tecnológico que reduz os alimentos apenas nutrientes e a saúde apenas

a falta de doença, essas perspectivas tem sido a base para uma grande parte das teorias das ciências nutricionais e alimentares atuais, incluindo o desenvolvimento de diretrizes nutricionais, políticas públicas, programas sociais e também para a criação de recomendações e adequações de nutrientes (Cediel *et al.*, 2021).

As grandes indústrias alimentícias têm utilizado e se beneficiado do nutricionismo, reduzindo seus produtos ao valor nutricional e aos nutrientes individuais como estratégia para aumentar suas vendas e melhorar suas posições nos mercados globais de alimentos ultraprocessados. A utilização e a apropriação do conhecimento científico e das recomendações nutricionais sobre nutrientes não é de hoje, é uma estratégia de marketing das grandes corporações utilizadas desde de 1970 (Clapp; Scrinis, 2017).

A diferença qualitativa entre alimentos processados e alimentos naturais some quando o foco está direcionado na quantificação dos nutrientes que eles possuem, e isso é extremamente vantajoso para os alimentos ultraprocessados e auxilia diretamente na popularização e nas vendas destes produtos (Barnhill, 2013) . O conhecimento, isolamento e síntese de micronutrientes essenciais e vinculação do papel destes no aparecimento de doenças por deficiência, favoreceu a visão reducionista e fundamentou o atual uso e marketing de suplementos de vitaminas e minerais, apoiando o desenvolvimento de produtos por indústrias alimentícias, colaborando com a medicalização dos alimentos e da nutrição funcional (Marchioni; Carvalho; Villar, 2021). O nutricionismo é uma forma de reducionismo que substitui e mina as relações legítimas de se relacionar e perceber a comida (Bonotti, 2015).

3 METODOLOGIA

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DE PESQUISA

Este estudo deriva de uma dissertação de mestrado denominada “Estudo qualitativo sobre a percepção de nutricionistas na quantificação alimentar em indivíduos adultos com obesidade” conduzida por pesquisadoras do Grupo Pesquisa em Exposição Alimentar (GUPEA) do Departamento de Nutrição da Universidade Federal do Paraná (UFPR) em 2020. Essa dissertação fez parte de um projeto amplo denominado VALIDA, que contempla a validação de instrumentos para quantificar a dieta brasileira. Na fase 2 do estudo VALIDA, buscou-se ampliar o conhecimento e

aprofundar a pesquisa em busca de resultados mais abrangentes e conclusivos sobre a percepção do consumo alimentar dos indivíduos com obesidade.

A partir do estudo realizado sobre a percepção de nutricionistas na quantificação alimentar em indivíduos com obesidade, observou-se a necessidade de ampliar e dar continuidade à temática, estudando agora a percepção do próprio indivíduo com obesidade sobre a quantificação do seu consumo alimentar.

3.2 DESENHO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Trata-se de estudo transversal e qualitativo desenvolvido e realizado por pesquisadoras do Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Brasil.

Três locais foram escolhidos em Curitiba/Paraná (PR) para a realização das coletas, a saber: 1) Dois consultórios privados na cidade de Curitiba/PR, que realizam atendimentos ao público de indivíduos com obesidade, Paraná; 2) Um ambulatório de cirurgia bariátrica localizado do Complexo do Hospital de Clínicas da UFPR (CHC/UFPR), também na cidade de Curitiba.

A amostra do estudo foi intencional, sendo realizadas 10 entrevistas no Complexo Hospital de Clínicas da UFPR e 5 em cada consultório particular e abrangeu pacientes adultos com obesidade de ambos os sexos, totalizando 20 entrevistas. Foram selecionados os participantes classificados com obesidade independente do grau. É importante considerar que o tamanho adequado da amostra é aquele que seja suficiente para responder à questão norteadora e que não seja tão grande que impossibilite a análise aprofundada das informações obtidas (Draper; Swift, 2011). De qualquer forma, o critério de saturação das respostas foi adotado para atendimento do objetivo do estudo (Onwuegbuzie *et al.*, 2009).

3.2.1 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM OBESIDADE

O recrutamento ocorreu de forma voluntária e as pesquisadoras abordaram pessoalmente os participantes em potencial para participarem da pesquisa nos locais de coleta ou estes foram sugeridos pelas nutricionistas dos consultórios particulares.

Na abordagem inicial, foi explicado o objetivo e como funcionariam as etapas do estudo. Em seguida, realizou-se o convite de forma que não expusesse o indivíduo

ou que causasse algum constrangimento, além de serem esclarecidas dúvidas relacionadas ao processo de coleta dos dados.

Com a participação aceita, o entrevistado passou por uma avaliação antropométrica com as pesquisadoras para assim garantir que ele se enquadrasse nos critérios de inclusão baseados no IMC, seguido da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice 1.

3.3 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Segundo Minayo (2009), a entrevista semiestruturada é uma técnica de coleta de dados qualitativa que combina a estrutura de um roteiro com a flexibilidade das perguntas abertas, o pesquisador segue um roteiro de perguntas definidas e se for necessário e enriquecedor para a pesquisa pode fazer perguntas adicionais. A construção de um roteiro de entrevistas semiestruturadas é uma etapa essencial para o sucesso da pesquisa e da coleta de dados, sendo necessário prestar atenção às técnicas de linguagem empregadas e garantir o cuidado durante o planejamento (Caires; Vicentin; Ferreira, 2021).

Dessa forma, as perguntas da entrevista foram desenvolvidas a partir de temas que envolvessem o objetivo do estudo e que poderiam auxiliar na obtenção dos resultados. Adicionalmente, foram considerados assuntos abordados no estudo realizado por Garmus et al.(2025). As perguntas foram avaliadas por pesquisadores da área e passaram por modificações até a versão final (Apêndice 2).

Ao final, para a coleta de dados desse estudo, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo 12 questões, sendo que uma ainda possuía duas subquestões e quatro com uma subquestão. Para auxiliar nas respostas dos entrevistados, foi apresentado o Manual Fotográfico de Quantificação alimentar desenvolvido na UFPR, em parceria com a Universidade de São Paulo e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (Crispim et al., 2017).

A primeira questão que utilizou o Manual Fotográfico apresentou imagens de porções de macarronada, e os entrevistados foram questionados se essas imagens ajudavam na quantificação alimentar. A escolha do prato de macarronada ocorreu por ser uma preparação amplamente consumida pela população. Ainda, o roteiro da entrevista continha duas questões específicas para investigar se os entrevistados identificavam a quantidade consumida de arroz e feijão entre as fotos de porções

disponível no Manual Fotográfico; e duas questões sobre como o entrevistado preparava o seu arroz e feijão e quais as quantidades dos ingredientes utilizados no preparo. A escolha do arroz e feijão para a investigação se justifica pela importância deles na alimentação da população brasileira.

Para a coleta de dados, as entrevistas foram gravadas por dois gravadores posicionados em locais estratégicos para capturar as falas dos participantes e os dados pessoais como data de nascimento, escolaridade, número de telefone e e-mail foram anotados junto com IMC calculado no roteiro da entrevista impresso. Além disso, falas não verbais (olhares, gestos, toques, posturas, assim como mensagens menos óbvias) e intercorrências na condução da entrevista também foram anotadas pelas entrevistadoras.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por duas pesquisadoras devidamente capacitadas para a aferição das medidas antropométricas e condução das entrevistas semiestruturadas. Os locais em que o estudo foi realizado disponibilizaram ambientes adequados para a realização das entrevistas.

No dia da realização das entrevistas, os indivíduos foram acomodados individualmente em uma sala silenciosa e confortável, e responderam perguntas adicionais para fins de caracterização dos participantes. Na sequência, os participantes tiveram o peso e a altura aferidos, com o auxílio de uma balança digital, marca Seca (capacidade de 200 kg e sensibilidade de 2 Kg) e um estadiômetro, marca Seca (capacidade 205 cm e sensibilidade 20 cm).

Para aferir adequadamente o peso, os indivíduos foram posicionados de costas para o instrumento, descalços, com poucas roupas, pés juntos, em posição ereta, olhando para frente e com os braços estendidos ao longo do corpo (BRASIL et al., 2011). Para a aferição da altura, o participante ficou descalço e usou roupas leves, para que fosse possível observar a posição corporal, foi solicitado que tirasse todos os adereços ou óculos na cabeça, pois esses poderiam afetar a medida. O indivíduo ficou em posição anatômica com as panturrilhas, ombros e a cabeça tocando a superfície vertical do estadiômetro (BRASIL et al., 2011).

Por fim, o IMC foi calculado e classificado segundo os pontos de corte da Organização Mundial da Saúde. Por essa referência, a obesidade é classificada em grau

I (> 30 a $\leq 34,9$ kg/m²), grau II (> 35 a $\leq 39,9$ kg/m²) ou grau III (≥ 40 kg/m²) (WHO, 2000).

3.5 ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente. A transcrição foi realizada por duas pesquisadoras, que fizeram comparações e correções para garantir a confiabilidade das informações transcritas. Os conteúdos obtidos nas transcrições foram analisados por meio da análise de conteúdo, utilizando a técnica de análise temática de Bardin (2016). A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que estuda o conteúdo de qualquer comunicação, seja ela escrita, falada ou visual. Essa técnica envolve a descrição e interpretação sistemática do conteúdo de uma mensagem, com base em dados empíricos (Bardin, 2016).

A organização da análise de conteúdo é baseada em três etapas propostas por Bardin (2016), sendo elas: Pré-análise, exploração de material e a inferência e interpretação. A pré-análise é a etapa que apresenta os documentos, por exemplo: para o pesquisador, nela ocorre a organização e a sistematização dos dados e das ideias iniciais.

Na segunda fase da análise de conteúdo, segundo Bardin (2016), são escolhidas unidades de codificação por meio da exploração do material com definição de categorias. Os conceitos que serão mais utilizados para codificar o material são definidos e as categorias podem ser estabelecidas a partir de diferentes critérios, como o conteúdo temático, a estrutura gramatical ou a função comunicativa.

Após o processo de codificação ocorre a identificação de unidades de registro e de contexto. Enquanto as unidades de registro são caracterizadas pelas unidades de texto que serão codificadas, as unidades de contexto são aquelas que fornecem informações para interpretar o significado da unidade de registro (Bardin, 2016).

Por último acontece a inferência e interpretação, que consiste no tratamento e interpretação dos dados coletados. É nesta etapa que se realiza o destaque e a síntese de informações para a realização da análise. Além disso, caracteriza-se como o momento de intuição onde ocorre a análise intuitiva e crítica dos dados coletados (Bardin, 2016).

3.5.1 PRÉ-ANÁLISE

Nesta fase, foi realizada a organização do material e teve como principal objetivo agrupar, organizar e operacionalizar as ideias, materiais e intuições para facilitar a realização das fases subsequentes. Essa fase é marcada por três etapas, são elas: a escolha dos documentos para a realização da análise (*Corpus*), definição de hipóteses e objetivos e a criação de índices e indicadores para fundamentar a interpretação final (Bardin, 2016).

Para a construção do *corpus* do trabalho, os documentos escolhidos para serem submetidos ao processo de análise foram as entrevistas transcritas e a dissertação de mestrado de Lenine Garmus et al. (2025) intitulada “Estudo qualitativo sobre a percepção de nutricionistas na quantificação alimentar em indivíduos adultos com obesidade”.

A formulação de hipóteses serviu para a criação de afirmações provisórias que buscamos confirmar ou descartar ao longo das demais etapas (Bardin, 2016). As hipóteses criadas foram:

1. Indivíduos com obesidade tendem a subestimar o consumo alimentar;
2. As experiências vivenciadas na relação entre o nutricionista e o indivíduo com obesidade influenciam a precisão do relato alimentar;
3. Indivíduos com obesidade manifestam sentimentos, positivos ou negativos, ao relatarem o seu consumo alimentar;
4. Existem aspectos que podem facilitar ou dificultar a percepção da quantificação alimentar.

A etapa de referenciação de índices e a elaboração de indicadores, serviu para auxiliar na preparação para a análise de conteúdo, fornecendo uma visão mais sistemática de elementos específicos que foram coletados e organizados a partir do *corpus* (Bardin, 2016). Nesta fase foram desenvolvidos os objetivos operacionais para facilitar o entendimento do roteiro da entrevista semiestruturada e otimizar o processo de categorização.

Quadro 1 - Objetivos operacionais propostos pelo roteiro da entrevista semiestruturada.

Pergunta da entrevista semiestruturada	Objetivo operacional/Conceito norteador
1) Você já consultou com algum nutricionista alguma vez?	Caracterizar a experiência prévia com consultas nutricionais.
1.1) Quando foi?	Caracterizar a temporalidade da experiência prévia com consultas nutricionais.
1.2) Como foi?	Compreender a experiência do atendimento nutricional como um todo. Compreender a experiência com atendimentos nutricionais e corroborar com os achados sobre a relação entre o profissional nutricionista e o indivíduo com obesidade no estudo de Garmus et. al, 2025.
2) Se sim, perguntar: Nessa consulta com o nutricionista, você teve que falar sobre quais alimentos e quanto você comeu?	Caracterizar o tipo de atendimento nutricional recebido pelos indivíduos com obesidade.
3) Você já seguiu ou segue algum tipo de dieta?	Caracterizar a experiência prévia dos indivíduos com obesidade com dietas.
4) O que você sente quando você tem que falar sobre o que você come?	Compreender, na percepção dos entrevistados, quais são os sentimentos envolvidos na quantificação do consumo alimentar. Verificar se sentimentos relatados por nutricionistas no estudo (ansiedade, medo, culpa e vergonha) são corroborados pelos indivíduos com obesidade.
5) Você considera fácil ou difícil falar sobre o que você come? Como é para você?	Verificar quais são as facilidades ou as dificuldades apresentadas pelos entrevistados quando precisam relatar o que consomem e como isso é percebido por eles.
6) Na sua opinião, você consegue dizer o quanto come normalmente de cada alimento? Por exemplo, quantas colheres de um alimento, copos com suco, unidades de frutas?	Avaliar a capacidade do indivíduo com obesidade em quantificar o consumo alimentar. Averiguar se existem aspectos facilitadores ou dificultadores da quantificação alimentar e se estes podem corroborar o estudo de Garmus et al, 2025.
7) Você já utiliza ou utilizou algum aplicativo de celular ou outras tecnologias para escrever o que come?	Caracterizar as experiências dos entrevistados com o uso de tecnologias para escrever o que come. Avaliar se realmente são aspectos facilitadores como indicado no estudo de Garmus et. al, 2025.
7.1 [Se sim]: Você pode falar mais sobre isso?	Compreender a experiência prévia dos entrevistados com essas tecnologias.
8) Você acha que imagens, como essas daqui [<i>mostrar a foto do prato de macarronada no manual de fotos</i>], podem ajudar você a dizer o quanto você come?	Compreender se a foto escolhida no manual auxilia na quantificação alimentar de indivíduos com obesidade. Avaliar se os recursos visuais são aspectos facilitadores na quantificação alimentar como apontado no estudo de Garmus et al, 2025.
8.1) Por quê?	Entender os fatores que facilitam ou dificultam a quantificação alimentar a partir do uso de imagens.
Qual foto?	Prato de macarronada
9) Você come arroz e feijão de vez em quando?	Entender os hábitos alimentares dos indivíduos entrevistados para aplicar perguntas específicas sobre arroz e feijão, que são os dois alimentos mais consumidos pela população brasileira (IBGE, 2020).
9.1) Quantos dias por semana você consome?	Verificar a frequência de consumo do arroz e feijão.
[Se sim]	

10) Você sabe explicar e quantificar os ingredientes utilizados na preparação do arroz e do feijão que você normalmente come?	Avaliar a percepção de capacidade de indivíduos com obesidade em relatar informações sobre preparações culinárias, utilizando o arroz e o feijão como exemplos.
10.1) Você sabe me dizer quais as quantidades dos ingredientes utilizados e como o arroz e o feijão são preparados?	Compreender, a percepção dos indivíduos com obesidade sobre a quantificação dos ingredientes utilizados na preparação do arroz e feijão e as informações e técnicas culinárias empregadas no preparo.
11) [Somente se a pessoa consome arroz] alguma dessas fotos de porção de arroz [mostrar foto do arroz página 85], te ajudaria a mostrar o quanto você come normalmente?	Compreender se a foto de arroz disponibilizada no manual auxilia na quantificação alimentar de indivíduos com obesidade. Avaliar as fotos de arroz nesse público pode nos ajudar a entender se esse tipo de metodologia realmente ajuda essas pessoas, que parecem apresentar maiores relatos de subestimação energética. O estudo (Souza <i>et al.</i> , 2015), apontou que a subestimação energética é encontrada em diversos grupos da população, mas é mais elevada em mulheres, pessoas idosas e indivíduos com maior Índice de Massa Corporal (IMC). Além disso, estudos sugerem que pesquisas com grupos específicos são necessários para avaliar a utilidade e validade dessas fotos. O estudo de Koubik <i>et al.</i> (2020), apontou que a utilização do manual fotográfico facilita a realização de R24H em indivíduos com menor escolaridade e que este facilitou a etapa de quantificação alimentar, mas que existem fragilidades apontadas pelos entrevistadores.

Fonte: A autora (2025)

Ressalta-se que quanto maior for a rigidez e a consistência durante a organização e a realização das etapas, menor será a chance de inconsistências, ambiguidades e fragilidades durante a pesquisa contribuindo assim para a validade dos dados e para a confiabilidade do estudo (Valle; Ferreira, 2025).

3.5.2 EXPLORAÇÃO DO MATERIAL

A exploração de material ocorreu após a realização de todas as etapas da pré-análise, esta fase é a sistematização das decisões tomadas anteriormente (Bardin, 2016). Para organizar e sistematizar melhor a codificação das falas, foi criada uma tabela no *Microsoft Office Excel*.

Essa tabela foi organizada a partir de quatro colunas, sendo: Perguntas realizadas a partir do roteiro da entrevista semiestruturada, unidades de análise (respostas dos entrevistados), unidades de registro e categorias. Os participantes foram identificados por meio de um código composto pela letra referente ao local de

coleta, pelo número atribuído a esse local e pela ordem da entrevista (exemplo: H32, em que H corresponde a hospital, 3 ao número do local e 2 ao número do participante).

Quadro 2 - Exemplo de organização dos dados qualitativos na fase de exploração de material.

Perguntas	Unidades de análise	Unidades de registro	Categorias
4) O que você sente quando você tem que falar sobre o que você come?	Ah, não sei. Dá assim, às vezes, um pouco de ansiedade porque eu sou meio ansiosa. Ansiedade assim às vezes quando eu tô nervosa, menina, sabe? Porque eu não tô muita... não tô fazendo tratamento psicológico, né? Eu tava fazendo, eu parei com o meu tratamento psicológico, eu fazia tratamento por causa da... nervoso, assim, sabe? Com o meu pai, que é muito agitado e nervoso e passa pra mim isso, Aí eu ficava nervosa, fico nervosa, fico ansiosa, como mais doce. Não ligo (risos). Eu não ligo. (H35)	Aspectos emocionais associados à dificuldade no relato alimentar	Sentimentos, facilidades e dificuldades apresentadas por indivíduos com obesidade durante o relato do consumo alimentar.
	Eu me sinto confusa, eu não sei. Eu é, eu me sinto...é... eu ... meio aborrecida, porque eu não como sempre a mesma coisa. Então, é...me irrita um pouco, é... eu não, eu já menti, não vou falar que não. Porque eu sabia, como eu sempre tive esses problemas de alimentação. Eu lia muito, tipo, eu pesquisava muito. Então, eu sabia que eu tinha feito uma coisa errada e eu não falava às vezes. Sabe... eu falava, não vou mais fazer e não vou nem falar. Porque, né? só	Aspectos emocionais associados à dificuldade no relato alimentar	

	vai vir uma bronca à toa que eu já estou dando em mim mesmo. Mas eu não me sinto muito bem, não. Eu me sinto um pouco invadida (C22)		
--	--	--	--

Fonte: A autora (2025)

3.5.3 TRATAMENTO DOS RESULTADOS E INTERPRETAÇÕES

A etapa final da análise envolveu o tratamento, a inferência e a interpretação das informações anteriormente organizadas. Durante esse processo, várias categorias foram revistas e reorganizadas, assim como as unidades de registro e a escolha das falas que foram utilizadas para exemplificar cada categoria. Ressalta-se que ao longo da análise qualitativa existiu um processo totalmente dinâmico que realocou falas, reorganizou e renomeou categorias e unidades de registro. Após todo esse processo, ocorreu a interpretação mais aprofundada e assim foram obtidos os resultados.

4 RESULTADOS

Foram conduzidas 20 entrevistas nos locais previamente selecionados com duração mediana de 14 minutos e 14 segundos, variando de sete a 20 minutos. Participaram do estudo 17 mulheres e 3 homens, com idades variando entre 20 e 70 anos (mediana de 42,5 anos).

A escolaridade dos 20 participantes foi variada, abrangendo desde o ensino fundamental até a pós-graduação. A maioria possuía, no mínimo, ensino médio completo, e cerca de metade apresentava formação em nível superior ou de pós-graduação. Observou-se que os níveis educacionais mais elevados se concentraram entre os participantes atendidos em consultórios particulares. O IMC médio foi de 34,5 kg/m² e a mediana foi de 36,1 kg/m² e eles variaram de 30,3 kg/m² até 55,2 kg/m². Os maiores índices foram encontrados entre os participantes atendidos no Hospital de Clínicas, o que se explica pelo fato de a coleta ter sido realizada em um grupo de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, diferentemente do que foi observado nas clínicas particulares.

Quando questionados sobre a necessidade de relatar os alimentos consumidos e suas quantidades durante a consulta nutricional, 17 participantes (85%) afirmaram ter sido solicitados a fornecer esse tipo de informação.

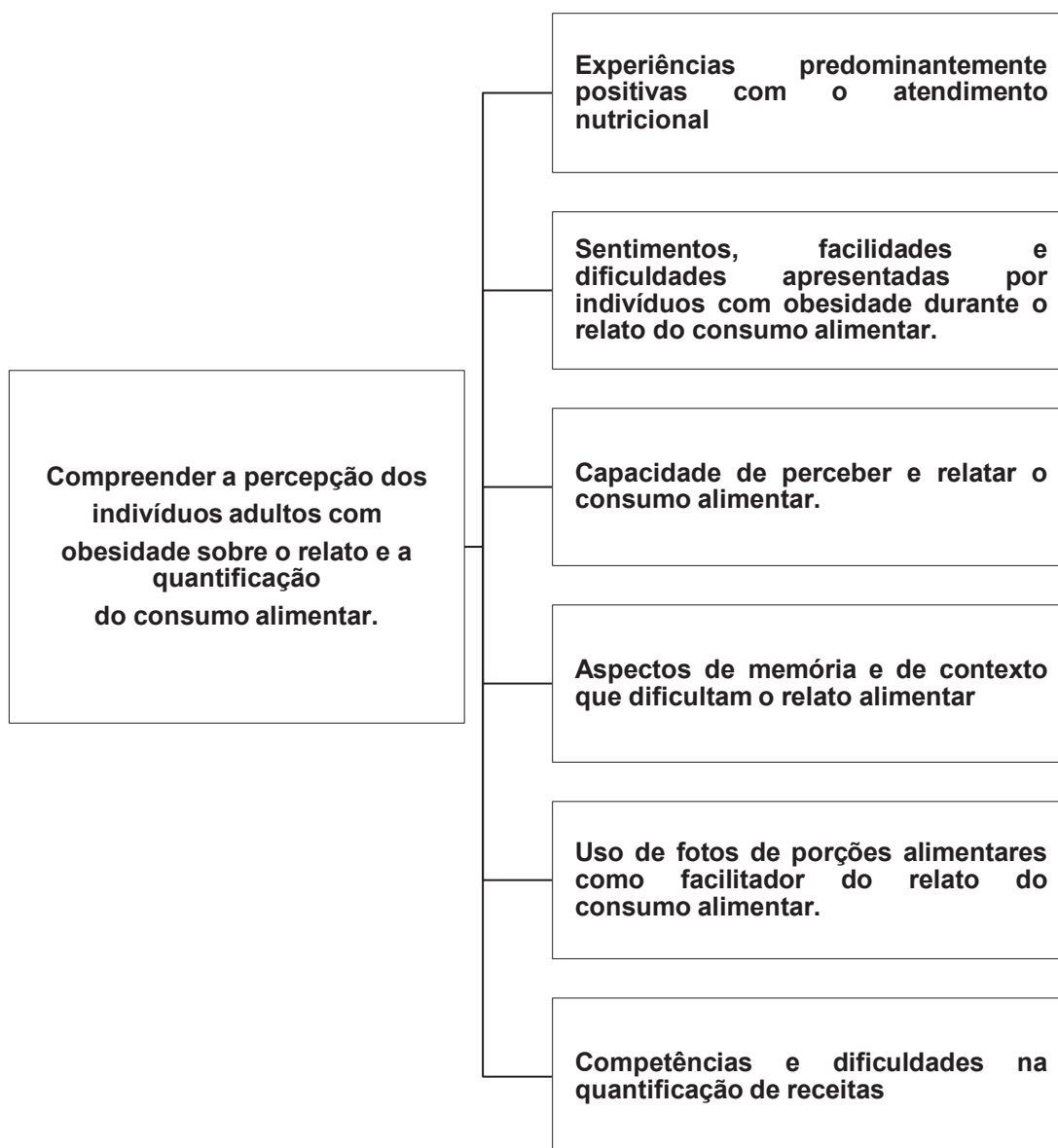
Em relação à experiência prévia com dietas, 16 participantes (80%) relataram já ter seguido algum tipo de dieta; dois (10%) afirmaram nunca ter feito dieta e dois (10%) mencionaram ter realizado apenas reeducação alimentar. As falas foram diversas e revelaram diferentes experiências e tipos de dietas praticadas pelos participantes, e uma em especial demonstrou que pessoas com obesidade também vivenciam e enfrentam transtornos alimentares com restrições severas, como demonstra a fala do entrevistado a seguir: *“Já. Dieta louca de anorexia eu segui um monte, que era minha. Era tipo 400 calorias por dia, 450. É... eu fiz uma dieta de pontos uma vez bem certinho. É... Eu já segui dietas bem certinho assim, sem sair. Eu sou meio obcecada assim. Quando tem que fazer, eu faço, mas bem certinho”*.

Considerando o aumento do uso de tecnologias pelas pessoas, também se viu necessário investigar se os participantes já utilizaram aplicativos de celular ou outras ferramentas tecnológicas para registrar sua alimentação. Apenas cinco participantes (25%) relataram já ter feito uso desse tipo de recurso, enquanto dois (10%) afirmaram que realizaram o registro manualmente ou fotograficamente e os outros 13 participantes (65%) afirmaram não ter utilizado nenhum tipo tecnologia para fazer registros de consumo.

Uma das perguntas abordou o consumo de arroz e feijão, e todos os participantes (100%) afirmaram consumi-los, mesmo que casualmente. Ao serem questionados se imagens de porções de arroz e feijão presentes no manual fotográfico ajudariam a demonstrar o quanto eles comem cotidianamente destes alimentos, todos os onze participantes (100%) afirmaram que as imagens auxiliam na identificação visual da quantidade por eles consumida.

Foi elaborada uma tabela (Tabela 1) que expõe as percepções das pesquisadoras acerca da caracterização dos participantes durante as entrevistas, com o objetivo de registrar impressões não verbais observadas no processo. As demais questões apresentadas no roteiro da entrevista semiestruturada foram submetidas à análise de conteúdo, da qual emergiram seis categorias principais. Essas categoriais são apresentadas na Figura 1.

Figura 1 - Principais categorias emergidas da análise de conteúdo.



Fonte: A autora (2026).

4.1 EXPERIÊNCIAS PREDOMINANTEMENTE POSITIVAS COM O ATENDIMENTO NUTRICIONAL.

Todos os participantes entrevistados relataram suas experiências com atendimentos nutricionais. Em seus relatos, muitos participantes afirmaram que tiveram experiências positivas, associando os acompanhamentos a aprendizados, a mudanças de vida e com os resultados obtidos durante o acompanhamento, demonstraram gratidão aos profissionais.

Sim. Bem... A última vez foi agora. Tô passando com uma nutricionista há quatro anos e ela me encaminhou pra cá. Muito bom.

Eu já fazia acompanhamento em São Paulo quando eu morava lá e depois, quando eu mudei pra cá, eu continuei fazendo, é.... tratamento com a nutricionista daqui. Acompanhamento, é.....segundo os cardápios, né? que ela passava, é....fiz muita mudança na minha alimentação. Aprendi a comer, principalmente devagar, né?. (H32).

A presença do nutricionismo em uma fala é bastante perceptível, o entrevistado relaciona o acompanhamento nutricional ao aprender a comer “direito”, limitando-o as orientações nutricionais apenas a perda de peso, sem considerar outros aspectos que envolvem todo o processo.

Sim. A....um ano e meio atrás com a doutora. Foi normal. Para mim, foi gratificante, porque é você ser acompanhado e instruído, orientado por alguém da área, é, pra perder peso, eu estava com 122 quilos, hoje eu peso 104, 105. (C11).

No entanto, uma das participantes relatou uma experiência predominantemente negativa e complexa durante os acompanhamentos nutricionais. Em sua fala, foi possível perceber sentimento de frustração com o atendimento recebido e com as dietas restritivas. Ela alegou que várias vezes abandonou o tratamento por não conseguir seguir as mudanças propostas pelos profissionais e que mesmo com a vasta experiência de acompanhamentos com nutricionistas ela afirma que algumas propostas apenas deram certo durante um curto espaço de tempo. Destacou, ainda, que na sua visão o nutricionista precisa ter mais cuidado e empatia em sua abordagem para que os pacientes não desenvolvam quadros de compulsão alimentar e abandonem o processo por não conseguirem seguir dietas restritivas prescritas.

Várias vezes (risos). Eu tô consultando agora, né? Para fazer a bariátrica, mas eu consulto com nutricionista desde pequena. Assim, algumas vezes eu tive que eles me passaram umas dietas muito restritivas. Então eu consegui fazer tipo, umas duas semanas daí já era, daí não consegui mais. Outras vezes eu já levei até um ano, só que daí eu vejo que eu perdi o peso que eu queria, daí eu abandono, daí eu engordo tudo de novo (riso) corro atrás do balde chutado de novo(...) Então é assim que é as consultas tipo, algumas deram certo, eu consegui de fato levar e outras tinham umas...ai era umas dietas muito rigorosas, que não podiam comer nada, então daí é coisas assim que não vai, daí a gente, daí eu desistia, daí tipo eu não levava pra frente, entendeu? e elas, elas num...acho que não tinha essa visão do emocional, como afeta na questão de alimentação e isso eu acho péssimo, né? É uma profissão que se você não tiver cuidado com que você fala ou algo do tipo você pode desenvolver até compulsão alimentar numa paciente digamos, então foi por isso que eu não gostei delas, elas eram extremamente restritivas (risos). (H39)

Algumas participantes também relacionaram suas resistências às mudanças e experiências nutricionais negativas, destacando que não gostaram do processo de adaptação e da necessidade de ter que abandonar alguns hábitos alimentares. Relataram que essas situações provocaram sentimentos de desconforto e sofrimento.

Já. Faz uns quatro anos, atrás. Ah, foi meio complicado, porque mudou bastante a minha alimentação e eu não gostei, porque daí tinha que comer coisas que não “tavam” no meu cardápio, ali. Que nem agora ali participei agora ali da nutri e ela viu o que a gente come e vê a quantidade pra comer, mas o que a gente come, é? Não querer mudar, falar aí comer isso, comer aquilo e então não deu certo daquela vez por causa disso, tentaram mudar o meu cardápio e não deu certo. Aí não tenho muito assim do que falar, eu só não gostei dessa parte de mudar (risos) a alimentação, de querer comer, dar, receitar, coisas que a gente não tá acostumada a comer e então, pra mim aquilo, até tentei comer, mudar o cardápio, mas não deu certo. (H36)

Várias vezes (risos). Eu to consultando agora, né? Para fazer a bariátrica, mas eu consulto com nutricionista desde pequena. Assim, algumas vezes eu tive que eles me passaram umas dietas muito restritivas. Então eu consegui fazer tipo, umas duas semanas daí já era, daí não consegui mais. Outras vezes eu já levei até um ano, só que daí eu vejo que eu perdi o peso que eu queria, daí eu abandono, daí eu engordo tudo de novo (riso) corro atrás do balde chutado de novo (...) Então é assim que é as consultas tipo, algumas deram certo, eu consegui de fato levar e outras tinham umas...ai era umas dietas muito rigorosas, que não podiam comer nada, então daí é coisas assim que não vai, daí a gente, daí eu desistia, daí tipo eu não levava pra frente, entendeu? e elas, elas num...acho que não tinha essa visão do emocional, como afeta na questão de alimentação e isso eu acho péssimo, né? É uma profissão que se você não tiver cuidado com que você fala ou algo do tipo você pode desenvolver até compulsão alimentar numa paciente digamos, então foi por isso que eu não gostei delas, elas eram extremamente restritivas (risos) (H39)

Em alguns casos também emergiram relatos que evidenciaram experiências contrastantes em relação ao atendimento nutricional, contemplando tanto percepções negativas quanto aspectos positivos vivenciados pelos participantes em suas interações com o nutricionista.

Já. Desde criança. Foi mais de uma experiência. Eu sempre fui obesa. Ah, tinha alguns que eram mais tranquilos, que eram mais humanizados. Tinha alguns que eram mais... é...te julgavam mais, assim, pelo fato que parecesse que eu não... que eu não desempenhava bem, assim, o meu papel. Então tipo eu abandonei vários nutricionistas por isso. (C25)

Em resumo, a maior parte dos entrevistados tratou com positividade a relação nutricionista paciente e falaram com bastante facilidade e propriedade sobre suas vivências e experiências, principalmente aqueles que tiveram mais de uma experiência de atendimento nutricional.

4.2 SENTIMENTOS, FACILIDADES E DIFICULDADES, APRESENTADAS POR INDIVÍDUOS COM OBESIDADE DURANTE O RELATO DO CONSUMO ALIMENTAR

Entre o grupo de 20 entrevistados, 16 (80%) deles apresentam facilidade e tranquilidade em falar sobre o que comem e tem a percepção dos sentimentos que emergem durante esse processo. A maioria dos participantes evidenciaram sentir naturalidade e neutralidade quando precisam relatar o consumo alimentar.

Olha, eu sempre, na verdade, eu converso de uma maneira bem natural, porque não sinto saudades do meu tempo de exageros, tá? (...) (C11)

Hm...o que eu sinto? hm...nada na verdade, eu precisei fazer a, a escrever, anotar todas as coisas que, que eu comi, pra, pra psicóloga é, e falei tranquilo. Acabei de contar pra doutora (...) que eu comi uma barra inteira de chocolate esses dias então, não, não tem um sentimento assim não. (C24)

Pra mim é tranquilo. Não tenho dificuldade pra falar o que eu como ou devo comer, bem tranquilo. Ah...pra mim é fácil. Não tenho problema de falar? Não tenho dificuldade, nunca tive. Assim, ah, comi alguma coisa diferente, nunca tive medo dos outros me julgarem em relação a isso. Então, você comeu isso? Comi. Ah, comeu uma besteira hoje? Comi. Não tinha problema. Assim, ah, hoje eu saí da dieta, cheguei em um lugar e falei: 'Ah, hoje eu saí da dieta.' Não tinha problema, falei: Não, eu saí da dieta, saí, entendeu? Nunca tive problema em relação a isso. (H34).

Os outros quatro entrevistados (20%) afirmaram ter algum tipo de dificuldade para relatar o que consomem. Alguns participantes apresentaram aspectos emocionais que dificultam o relato do consumo alimentar. Os sentimentos de vergonha e constrangimento estiveram presentes em relatos dos entrevistados.

Difícil mesmo. Porque eu fico com vergonha, porque isso é mais besteira, é difícil para mim, não como salada. Muito difícil para mim, comer comida mesmo é mais besteira. (C23).

Ainda eu me sinto constrangida, porque às vezes parece que eu tô, sei lá, mentindo ainda. Ainda me sinto desconfortável, mesmo sabendo que tô em uma nova etapa da minha vida. (C15).

Contudo, mesmo alegando sentir vergonha e afirmando ter medo do julgamento do nutricionista, o participante evidencia, em seu discurso, a presença do nutricionismo. Ao classificar os alimentos entre “certo” e “errado”, reduz a alimentação ao contexto biológico, desconsiderando sua significância emocional e social. Explicou que, anteriormente, tinha dificuldade em responder às perguntas do nutricionista por falta de atenção ao que consumia. Atualmente, afirma estar mais consciente de seus hábitos alimentares, o que, paradoxalmente, intensifica o sentimento de vergonha.

O que eu sinto, a...agora vergonha, sentia vergonha, mas antes eu sentia uma dificuldade porque eu não prestava atenção, então perguntavam para mim e eu ficava gente como assim que que eu comi, não sei eu comi entendeu? Agora já tenho uma consciência e presto atenção, mas eu sentia muita vergonha de falar. É porque assim, a gente sabe que não é o correto, por exemplo, eu tive crise de comer oito clube social com nescau, tipo oito clubes sociais, não é normal entendeu ou ah é...bolo, então a gente sabe que não é o certo, mas acaba tendo uma crise ou outra e acaba comendo, entendeu? Então, a vergonha acho que vinha disso de saber ou medo do julgamento dos outros acredito mais que seja principalmente quando é nutricionista, acho que é mais isso, a resposta (risos). (C13).

Por fim, o sentimento de culpa apareceu em algumas respostas de participantes, como na fala selecionada e também demonstra a presença do nutricionismo no discurso, principalmente quando o participante alega que não está comendo de forma saudável e que está se prejudicando. A fala expressa o medo de errar, de comer aquilo que não é nutricionalmente adequado.

Eu sinto um pouco de culpa, talvez seja essa palavra. e saber que a gente não tá comendo saudável, que eu tô me prejudicando (...) eu sinto isso, sabe, eu mesmo tô me boicotando, né? (...) então é, eu sinto isso quando eu vou falar, né? Pra qualquer pessoa, sabe, daí parece da vergonha, você fica assim, né? Que você sabe que tá errado, né? você sabe que não é assim, né? porque o que...que eu sei também que eu tô errada pra mim é assim, é 8 ou 80, né? (C14).

4.3 CAPACIDADE DE PERCEBER E RELATAR O CONSUMO ALIMENTAR.

Grande parte dos entrevistados (90%) conseguem ter a percepção sobre a capacidade de relatar o seu consumo, e alguns participantes relataram sobre as quantidades consumidas e suas rotinas alimentares para justificar a capacidade de relato.

Ah, eu como bastante arroz e feijão. Não sou muito de fruta, como te falei, fruta e salada é raro, ainda mais com frio, meu Deus do céu! Com frio eu não consigo comer muita salada, com calor, eu gosto muito de repolho, tomate, alface, mas tem que tá calor. Mas eu sei que é uma quantidade que é bastante. Ah, eu coloco umas quatro colheres de arroz, uma concha de feijão, aí eu sei que é bastante. Eu sei, aham, pela quantidade, eu sei. No certo, eu sei as medidas que é pra comer. (H36)

Consigo. Consigo, porque eu me baseio, né? nisso, eu vou lá coloco, ah vou colocar 3 colheres de arroz, duas de feijão, é salada, legumes à vontade, então eu já tenho uma média. Ah vou comer fruta, vou comer duas bananas, daquelas pequenininha né, aí vou comer uma maçã ou uma maçã, ou uma banana, isso ou aquilo(...) (H310).

Ainda, alguns participantes relataram apresentar algum tipo de dificuldade ou alegaram não conseguir relatar o consumo alimentar com muita clareza e precisão, como exposto na fala a seguir:

Nunca, não faço ideia! De...agora que a...a doutora(...) eu já consegui ter uma base, mas eu comia caixas e caixas de uva que eu amava, laranja eu comia duas, três. Banana comia por dia oito (risos) se me deixasse até mais, mas colheres de arroz e feijão, eu tenho dificuldade, não faço ideia (riso) isso, que o tempo que eu pego uma colher e vou servindo, né? quando eu acho que tá bom eu paro (risos). (C13).

As habilidades e facilidades que indivíduos com diagnóstico de obesidade tem ao descrever e exemplificar o que consomem podem estar diretamente relacionadas a experiências prévias com atendimentos nutricionais e dietas.

4.4 ASPECTOS DE MEMÓRIA E DE CONTEXTO QUE DIFICULTAM O RELATO ALIMENTAR

Um grupo de participantes apresentou aspectos que dificultam o relato do consumo alimentar. Um dos participantes alegou que não gosta de falar sobre o consumo alimentar, sente desconforto e constrangimento e que isso está relacionado ao fato de não conseguir acessar regularmente alguns tipos de alimento.

É um assunto assim, que eu não gosto muito de falar. Eu... eu posso falar até assim no caso, meu cardápio normal, arroz e feijão, que é a comida do povo pobre, né? Três colheres de arroz e duas de feijão, legumes, por exemplo, hoje, eu vou falar o dia de hoje. Hoje eu comi é.... Não teve carne hoje. Hoje eu comi é... três pedaços de mandioca cozido, eu comi pesto que eu mesmo faço, né? Que vai pimentão, vai beringela, vai vários legumes, né? Cozidos que você pode comer na, junto com a comida ou em lanches e o arroz e feijão. Esse foi o meu almoço de hoje, né? Então...é.... quando tem carne, que ultimamente tá difícil, Né? Aí vai lá um pedaço de bife ou um pedaço de asinha de frango ou uma tulipa a.....o que vier. Falar? Eu até não acho difícil, eu acho difícil é conseguir trazer esse alimento pra mim fazê-lo, entendeu? (H32).

As limitações de memória também foram apontadas como um fator que dificulta o relato do consumo alimentar, conforme evidenciado nos depoimentos dos participantes.

Eu esqueço na verdade o que eu como, é...se, se você me pergunta assim a o que eu comi ontem por exemplo, eu sei te dizer, mas eu é... Mas acabo não sabendo te falar se eu não anotar . É...a questão da, do que eu comi e deixei, assim é... então, eu, eu acabo esquecendo (....) (C24).

Por fim, existiu um participante que afirmou não conseguir perceber e relatar o consumo alimentar e que apenas com o acompanhamento nutricional passou a ter alguma noção disso.

Nunca, não faço ideia! De...agora que a...com a doutora eu já consegui ter uma base, mas eu comia caixas e caixas de uva que eu amava, laranja eu comia duas, três. Banana comia por dia oito (risos) se me deixasse até mais, mas colheres de arroz e feijão, eu tenho dificuldade, não faço ideia (riso) Isso , que o tempo que eu pego uma colher e vou servindo,né? quando eu acho que tá bom eu paro (risos).

4.5 O USO DE FOTOS DE PORÇÕES ALIMENTARES COMO FACILIDADOR DO RELATO DO CONSUMO ALIMENTAR

As entrevistadoras apresentaram diferentes fotos de porções de macarronada presentes no manual fotográfico de quantificação alimentar que foi utilizado como material de apoio visual para a entrevista. Todos os participantes reconheceram as fotografias como ferramentas positivas e facilitadoras, que contribuem para uma estimativa mais precisa das quantidades de alimentos.

Sim. Ah, por causa da quantia que tá no prato, eu como mais ou menos essa figura, essa, três, né? (H32)

Pode, sim. Porque mais ou menos você imagina o teu prato de alimentação, tá? Então, sem medo algum, eu digo para você, eu comia algo em torno da figura 1, minhas refe...da figura 4, minhas refeições, hoje eu como, no máximo, figura 2. (C11)

Sim. Pelo quantitativo, né? De cada imagem, cada imagem tem uma quantidade diferente (...) eu acho que antes da cirurgia, né, provavelmente dois. Agora eu não tô consumindo ainda, né? Porque como eu tô na fase da dieta líquida, eu não tô consumindo nenhum. (C21)

4.6 COMPETÊNCIAS E DIFICULDADES NA QUANTIFICAÇÃO DE RECEITAS

Os entrevistados, em sua maioria, demonstraram ter conhecimentos sobre a quantificação dos ingredientes e as práticas culinárias necessárias para o preparo do arroz e do feijão, tendo percepções positivas sobre suas habilidades culinárias. No total dezoito participantes (80%) afirmaram que sabem ou que preparam o arroz e feijão que são consumidos em suas residências.

Além disso, a maior parte dos entrevistados evidenciou ter conhecimento consistente sobre práticas culinárias, relatando o modo de preparo do arroz e do feijão consumidos e apresentando percepção adequada quanto às proporções dos ingredientes empregados em suas preparações.

Sim! Desde o começo, como que a gente faz o feijão? É..eu no arroz, a quantidade que a gente faz lá em casa, porque são quatro pessoas, né? eu coloco, é feito um fio de azeite, aí a gente coloca alho, cebola, daí vai um dente de alho, meia cebola ralada trituradinha, aí eu refogo, daí vai duas xícaras pequenas assim de arroz. O feijão é meio pacote, aí eu cozinho ele com água normal, lava tal bonitinho, né? aí cozinho ele com a água. Daí pra tempera eu uso também alho,

cebola, sal e louro e é isso (...) daí coloca um fio de, de óleo, refogo o tempero, aí coloco o arroz ali e do uma pré fritada nele e coloco a água e o feijão a mesma coisa (H39)

Sim. Então, alho, cebola, arroz, óleo e água e põe pra cozinhar e o fogo, esse é o arroz. O feijão, é... aí, coloca uns bacon (risos) ..., cebola, alho, o feijão, óleo e um pouquinho de bacon. Normalmente é uma xícara de arroz por pessoa que é feito, óleo é uma colher, mais ou menos. O feijão, não sei quantificar, porque a gente cozinha um quilo inteiro e depois separa em porções que a gente vai comer no almoço, na janta. Uma porção é pra uma refeição. Então, não sei quantificar. Então, vai também uns cinco dentes de alho, uma cebola e óleo, uma colher e bacon é pouquinho, um pedacinho de bacon. (C12)

É... geralmente eu que faço. Então, o arroz geralmente eu mesmo preparo, coloco uma linha de azeite, aí eu lavo o arroz, depois coloco um pouco de alho amassado, tudo natural, o alho, tudo amassa e preparo. Coloco um pouquinho de sal. Nada industrializado, não gosto. O feijão geralmente quem faz é meu marido. Ele coloca tudo que é tempero, tudo que ele imaginar que vai no feijão, ele coloca. Aí coloca bacon, coloca carne seca, coloca calabresa, coloca tudo que você imaginar. Não, não lembro a quantidade. Geralmente ele faz assim pra semana, que eu separo em potes, é cerca de meio quilo de feijão. Pra separar em potes pra ir comendo devagar durante a semana. O arroz eu geralmente faço todo dia, eu preparo sempre no frito, é o... é o arroz parboilizado, é um copo que eu coloco, um dente de alho e uma linha de azeite com uma pitada de sal, pouquinho de sal. Geralmente faço todo dia. No arroz é uma pitada de sal e um alho, um dente de alho. Eu não gosto de colocar nada de industrializado, só esses que eu coloco mesmo. (C23)

Dois participantes apresentaram dificuldades para relatar o modo de preparo e as quantidades dos ingredientes utilizados no arroz e no feijão. Ambos não conseguiram relatar integralmente o preparo dessas receitas, pois não estavam envolvidos no processo de elaboração dessas preparações.

Hum... Bom, a quantidade que é preparada... que, que eu vou dizer? Minha empregada cozinha feijão para a semana inteira. Nós somos em cinco com ela para comer. Eu tenho duas filhas e a minha mulher. Então, ela faz uma porção de feijão; na segunda ou na terça ela cozinha, e dura até a sexta, tá? A quantidade que cada um pega, daí depende mais do individual. Ah, daí ela prepara... acho que... não sei... ela cozinha arroz todo dia, né? Quanto que ela cozinha? Deve ser uma xícara e meia, deve cozinhar por dia, para nós cinco. Não sei. Não sei te precisar, é porque... o que mais eu posso te dizer? Ela cozinha meio quilo de feijão por semana. Ah, os temperos normais: alho, cebola, sal. As quantidades, não sei te dizer. O arroz, ela deve... eu acho que ela deve cozinhar uma xícara, uma xícara e meia por dia. Porque às vezes sobra, e daí ela faz bolinho de arroz com a sobra no dia seguinte. Mas é... não precisa assim... eu não sei. Eu tô falando

por mim, porque se eu for cozinhar, eu vou cozinhar uma xícara e meia, que é uma medida que eu tenho (risos). Temperos? Também os mesmos: alho, cebola... o alho que ela fritou, o alho e a cebola. E sal, né? (C11).

Hm, não muito, sei mais ou menos a quantidade de arroz, ali que é uma xícara de xícara de açafrão que chá ... de café, então mais ou menos só sei isso. Então quantidade de ingrediente não (...) É normalmente é o arroz, com sal. Feijão com sal e um alho eu acho, mas normalmente é isso, pior que de feijão não, só de arroz mesmo. Deixa eu ver, o arroz, arroz eu sei mais ou menos fazer, então eu quando faço né, coloco uma xicrinha de chá, água e... sal, daí eu deixo ali uns, até ferver ali, mas, o feijão daí já não sei, daí como nunca vi. Eu sei que coloca, eu acho que é uma colher, uma xicrinha de, de, de chá também, sei que vai água pra cozinhar panela de pressão, acho que sal e um pouco de...alho ali (C15).

5 DISCUSSÃO

Este estudo buscou compreender a percepção de indivíduos adultos com obesidade em relação à quantificação do consumo alimentar. A pesquisa foi desenvolvida a partir das evidências identificadas no estudo de Garmus et al. (2025) e que avaliou a percepção de nutricionistas sobre a quantificação do consumo alimentar de indivíduos com obesidade. Os resultados foram obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas que avaliaram as percepções dos indivíduos com obesidade sobre o consumo alimentar. Nesse sentido, destacaram-se seis temas: 1) Experiências predominantemente positivas com o atendimento nutricional; 2) Sentimentos, facilidades e dificuldades apresentadas por indivíduos com obesidade durante o relato do consumo alimentar; 3) Capacidade de perceber e relatar o consumo alimentar; 4) Aspectos de memória e de contexto que dificultam o relato alimentar; 5) Uso de fotos de porções alimentares como facilitador do relato do consumo alimentar; 6) Competências e dificuldades na quantificação de receitas .

As experiências predominantemente positivas com o atendimento nutricional estão relacionadas com a relação entre o indivíduo com obesidade e o profissional nutricionista que o acompanha parece ser fundamental para a avaliação do consumo alimentar desses indivíduos, assim como apresentado por Garmus et al. (2025). Do ponto de vista dos indivíduos com obesidade, as vivências e percepções positivas relacionadas ao acompanhamento nutricional estiveram associadas a sentimentos de aprendizado, empatia, motivação e à construção de uma boa relação com o nutricionista.

De fato, abordagens nutricionais mais humanizadas, com enfoque centrado na pessoa, apresentam-se como estratégias promissoras para promover transformações duradouras nos comportamentos alimentares, especialmente quando pautadas no respeito e na comunicação, bem como na valorização da autonomia do paciente. É reconhecido que a qualidade da relação entre o nutricionista e o paciente precisa ser marcada pela construção de uma comunicação empática livre de julgamentos e imposições onde exista uma rede de confiança e a abordagem colaborativa exerça influência positiva no acompanhamento nutricional (Nagy *et al.*, 2022).

Tais elementos contribuem para a construção de um ambiente terapêutico seguro, além de reduzirem sentimento de culpa e de julgamento frequentemente associados às dietas restritivas, favorecendo escolhas alimentares mais alinhadas às necessidades individuais. Neste contexto as práticas de atendimento, não limita suas estratégias apenas para a obtenção dos resultados, mas sim como ferramenta estruturante de um espaço e contexto seguro no processo de cuidado, influenciando diretamente a comunicação e a permanência do paciente (Priester *et al.*, 2026; Street *et al.*, 2009).

Em contrapartida, alguns participantes deste estudo relataram ter vivenciado experiências predominantemente negativas em atendimentos nutricionais alegando que não se sentiram acolhidos, compreendidos ou ouvidos, ou ainda quando perceberam que suas preferências e realidades não foram consideradas no planejamento alimentar. Esse achado pode indicar que para muitos profissionais, a relação entre a nutrição e a saúde ainda é fundamentada a partir do ideal prescritivo e restritivo, com o foco centralizado na perda de peso, no controle calórico e em regras alimentares pré-estabelecidas (Bacon; Aphramor, 2011; Priester *et al.*, 2026).

Outros estudos apontam que as dietas restritivas se caracterizam por impor limitações extremas ao consumo de determinados alimentos, grupos alimentares ou nutrientes. Esse tipo de prática, quando associado a restrições excessivas, pode não ser a melhor escolha a longo prazo, pois pode favorecer o desenvolvimento de comportamentos alimentares disfuncionais e problemas relacionados ao bem-estar físico e mental do indivíduo. Os achados deste estudo corroboram a compreensão de que abordagens alimentares restritivas podem intensificar experiências negativas no acompanhamento nutricional (Casari *et al.*, 2026; Gonsalves;Barros; Silva, 2023)

Assim, profissionais que promovem a prática da restrição alimentar podem acabar impulsionando grandes prejuízos na alimentação e na nutrição do indivíduo.

O paciente começa a buscar mecanismos de compensação alimentar para suprir a falta daquilo que foi retirado da sua rotina alimentar e acaba apresentando quadros de compulsão alimentar e culpa e conforme exista a repetição destes ciclos maior a chance do desenvolvimento de transtornos alimentares (Andrade et al., 2021).

As práticas de cuidado sem visões integrativas para pessoas com obesidade podem ser marcadas pela iatrogenia e estigmatização. A iatrogenia é compreendida como os efeitos negativos decorrentes da prática do profissional de saúde quando atravessada por julgamentos morais e estigmatização, os quais acabam por produzir sofrimento ao paciente, tornando este acompanhamento prejudicial para o paciente e ocasionando o abandono do tratamento e outras consequências psíquicas (Lima; Freitas; Pena, 2020; Paim et al., 2025).

Para evitar a presença de iatrogenia na nutrição, os nutricionistas precisam explorar uma abordagem multifacetada que inclua a compreensão ampla da doença, a escuta ativa do paciente, comunicação adequada para cada tipo de situação, propor metas realistas, incentivar e acolher sempre que for necessário para que um bom relacionamento seja estabelecido entre o indivíduo avaliado e o profissional e a confiança seja estabelecida durante a troca de experiências e vivências (Caterson et al., 2019; Demétrio et al., 2011; Fruh, 2017).

Reconhece-se que a discriminação social e o estigma relacionados ao peso não contribuem para a redução da obesidade nem para o seu tratamento. Ao contrário, estão associados a piores desfechos em saúde mental, como depressão, ansiedade, baixa autoestima e compulsão alimentar, além de maior risco de desenvolver doenças mentais (Rubino et al., 2020; Sutin et al., 2018).

Alguns sentimentos, facilidades e dificuldades apresentadas por indivíduos com obesidade durante o relato do consumo alimentar, são semelhantes aos apontados pelos nutricionistas no trabalho de Garmus et al. (2025). Os relatos de parte dos participantes do estudo trouxeram a tranquilidade, facilidade e naturalidade como aspectos emocionais que surgem quando precisam falar sobre o que comem.

Ainda, segundo o estudo de Garmus et al. (2025), os nutricionistas que participaram da pesquisa relacionaram as facilidades com as experiências múltiplas com dietas prévias e ao bom relacionamento criado com o nutricionista. Contudo, por mais que fosse tranquilo e natural relatar o consumo alimentar, o nutricionismo se fez presente em falas. Sathler e Menezes (2021) discutiram sobre o tema e afirmaram que isso se deve, pois, alguns profissionais e uma parte considerável da

sociedade ainda percebe a alimentação saudável como uma somatória de nutrientes essenciais para o bem estar humano e acreditam que são através dele que irão alcançar seus objetivos de saúde e beleza. Pessoas que geralmente convivem com normas sociais que abordam um discurso sobrealimentação saudável, geralmente tendem a relatar uma preferência menor por alimentos que não se encaixam nesse grupo ou supervalorizam em seus discursos os hábitos vistos como corretos (Templeton; Stanton; Zaki, 2016).

Os aspectos emocionais relacionados as dificuldades de relatar o consumo alimentar que surgiram entre os participantes também se assemelham aos encontrados por Garmus et al.(2025), principalmente sobre os sentimentos de culpa e vergonha. Dessa forma, considera-se que as emoções estão diretamente relacionadas às escolhas alimentares e ao ato de alimentar-se, entendido não apenas como um comportamento biológico, mas sim como diferentes estados emocionais e de saúde (Ljubičić *et al.*, 2023).

Um dos principais fatores que pode estar relacionado ao surgimento destes sentimentos é estigma relacionado à obesidade que retrata um conceito social cuja aplicação resulta em graves danos, de ordem física e psicossocial, àqueles que possuem excesso de peso. As concepções populares sobre as causas da obesidade contribuem diretamente para a discriminação, uma vez que indivíduos com obesidade são percebidos como fora dos padrões de normalidade socialmente estabelecidos, o que favorece sua rejeição e desvalorização social (Taroza; Pessa, 2020; Westbury et al., 2023).

Os julgamentos sociais podem desencadear sentimentos como culpa, medo, vergonha e baixa autoestima. A vergonha e a culpa são sentimentos vivenciados em diferentes contextos, inclusive ao avaliar os hábitos alimentares (Francisco; Diez-Garcia, 2015; Scagliusi; Lancha Júnior,2003).

Taroza e Passa (2020) apontam que pessoas com índice de massa corporal mais elevado vivenciam com maior frequência situações associadas a vergonha e a culpa . Uma das principais fontes dos sentimentos de vergonha e culpa na obesidade estão relacionados ao medo da discriminação social e, no momento do relato do consumo alimentar, esses sentimentos pode emergir quando o indivíduo acredita estar consumindo alimentos considerados não saudáveis ou que está se alimentando errado (Scagliusi; Lancha Júnior, 2003; Conradt etal, 2008).

A vergonha e culpa quando relacionadas à pacientes com sobrepeso e obesidade são perigosas para a saúde mental e podem reforçar ou desencadear comportamentos de compulsão alimentar (Craven; Fekete, 2019; Ljubičić et al., 2023) e como concluído por Garmus et al. (2025) a existência destes sentimentos podem levar a dificuldade de comunicação entre o nutricionista e o paciente e justificar a dificuldade da evolução da relação entre eles. Assim, e estratégias de acolhimento nutricional e aceitação corporal podem reduzir a prevalência destes sentimentos e aproximar os pacientes dos nutricionistas (Craven ;Fekete, 2019; Ljubičić et al., 2023; Scagliusi ; Lancha Júnior, 2003).

Outro aspecto dificultador apontado pelos entrevistados foi a relação entre a memória e o relato do consumo alimentar, que pode estar relacionada ao esquecimento dos alimentos ou quantidades consumidas, bem como ao relato de itens que não foram consumidos. Diversos fatores podem interferir nesse processo de recuperação da memória para o relato do que foi consumido, tais como gênero, peso, idade, nível educacional, ambiente e local da entrevista e principalmente a percepção sobre a qualidade da própria dieta (Fisberg; Marchioni; Colucci, 2009).

A maioria dos entrevistados declararam possuir ter a capacidade para perceber e relatar o seu consumo alimentar. Entretanto, algumas das falas evidenciaram diferenças no nível de detalhamento e a forma que a percepção foi descrita. Alguns pacientes utilizaram referências mais formais como colheres e medidas e outros termos mais subjetivos como pedaço e punhado. Garmus et al. (2025) trouxe em seu estudo uma reflexão que indica que o relato alimentar é construído a partir de experiências e percepções subjetivas, sendo resultado do envolvimento de fatores individuais, lembranças e simbolismos relacionados ao comer principalmente quando estão associados a indivíduos com obesidade. Isso talvez possa explicar as diferentes percepções dos indivíduos com obesidade sobre a capacidade de relatar o consumo de alimentos.

Embora grande parte dos participantes afirmarem possuir habilidade para perceber e relatar o próprio consumo alimentar, o nível de detalhamento, organização e precisão das descrições pode variar significativamente entre eles. Para que o relato do consumo alimentar seja preciso é necessário ter algumas habilidades cognitivas, como a memória adequada, manter a atenção no momento da refeição, conhecer diferentes grupos alimentares e ter a capacidade e estimar as porções consumidas (Livingstone, 2022).

Sobre o uso de fotos de porções alimentares como facilitador do relato do consumo alimentar, os entrevistados demonstraram entusiasmo e compreenderam facilmente o propósito do uso de fotografias na quantificação alimentar. Os participantes conseguiram visualizar as porções alimentares, tendo realizado diversos comentários positivos sobre as imagens e o manual. A utilização de recursos visuais tem se mostrado uma estratégia relevante na avaliação do consumo alimentar, especialmente pelo baixo custo, durabilidade, praticidade ao não exigir grande espaço para transporte e ter uma ampla capacidade ilustrativa de uma ou mais porções e tipos de alimentos (Souza et al., 2016; Vossenaar et. al., 2020).

O uso e a aprendizagem com imagens baseiam-se em três pontos principais: o processamento de informações por percepções visuais e verbais, a memória de trabalho, que armazena e lida com diferentes informações ao mesmo tempo, e a aprendizagem significativa, que ocorre quando o indivíduo seleciona o que é relevante e integra a conhecimentos já armazenados, facilitando a construção de percepções e significados. Assim como na aprendizagem, o relato do consumo alimentar, o processo cognitivo envolve três componentes: a percepção, relacionada à capacidade de quantificar o alimento consumido e comparar com as imagens; a conceitualização, relacionada à capacidade de formar mentalmente uma porção alimentar e relacionar com a imagem; e a memória, que influencia os demais processos (Mayer, 2024; Nelson; Atkinson; Darbyshire, 1994).

Por fim, o último tema emergente deste estudo refere-se as competências e dificuldades na quantificação de receitas, quando questionados sobre seus conhecimentos culinários. Praticamente todos os participantes conseguiram exemplificar suas receitas usuais, exceto dois que mesmo alegando não saber preparar os pratos, conseguiram com dificuldades descrever parcialmente sobre como essas preparações eram realizadas em suas residências.

De fato, os indivíduos podem saber exatamente como as receitas foram preparadas ou não, a depender do envolvimento deles no preparo dos alimentos (Crispim et al., 2024). No entanto, o envolvimento no preparo de receitas frequentemente não acontece de maneira homogênea entre todos os membros da família, sendo fortemente marcado pela permanência da mulher na cozinha. É comprovado que as mulheres dedicam mais tempo para as atividades culinárias quando comparadas com os homens (Liu et al., 2022; Oliveira et al., 2024). De

qualquer maneira, os resultados encontrados nesta pesquisa demonstraram que a capacidade de relatar receitas de arroz e feijão, alimentos comumente consumidos pela população brasileira, não pareceu ter sido um empecilho.

Esse estudo apresenta algumas limitações. Ressalta-se primeiro que o uso do manual fotográfico poderia ter sido melhor explorado, principalmente em relação a escolha da foto do prato de macarronada. Teria sido mais interessante deixar o próprio entrevistado escolher uma foto de alguma preparação para comentar sobre ela, pois percebeu-se que a foto escolhida na pesquisa não refletia o consumo de todos os participantes. De toda maneira, as fotos de arroz e feijão pareceram estar adequadas. Em segundo lugar, a maior proporção de mulheres participantes na pesquisa, pode gerar reflexões que não representam o grupo de indivíduos com obesidade que inclui homens. Dessa forma, estudos que possam incluir proporção similar de homens e mulheres podem ser importantes para compreender se existem diferenças entre as percepções. Sugere-se também que novas pesquisas possam avaliar de forma mais ampliada a percepção comportamental e a visão da psicologia em relação a temática.

Ressalta-se que esse estudo buscou contemplar, corroborar e ampliar os achados de Garmus et al. (2025) e demonstrar de forma empática e cuidadosa as percepções de indivíduos com obesidade sobre a quantificação do consumo alimentar. Essas evidências somente foram possíveis em virtude da metodologia adotada. A realização de entrevistas semiestruturadas proporcionou as pesquisadoras conhecer e se conectar aos entrevistados, tornando o processo de coleta enriquecedor para ambas as partes. De maneira semelhante, as transcrições manuais das entrevistas também possibilitaram uma imersão maior ao estudo. O estudo como um todo buscou ampliar a visão dos leitores sobre o consumo alimentar de indivíduos com obesidade, respeitando as percepções individuais apresentadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da percepção dos indivíduos adultos com obesidade sobre a quantificação do consumo alimentar seis principais temas foram observados neste trabalho: experiências predominantemente positivas com o atendimento nutricional; sentimentos, facilidades e dificuldades apresentadas por indivíduos com obesidade durante o relato do consumo alimentar; capacidade de perceber e relatar o consumo alimentar; aspectos de memória e de contexto que dificultam o relato alimentar; uso de fotos de porções alimentares como facilitador do relato do consumo alimentar, e competências e dificuldades na quantificação de receitas.

Sobre as experiências predominantemente positivas com o atendimento nutricional, foi possível afirmar a partir dos relatos dos participantes que a empatia é uma ferramenta facilitadora para a criação de laços entre o profissional e o paciente.

Por outro lado, segundo os participantes da entrevista, a falta de escuta por parte dos nutricionais complica e desestimula a aderência ao acompanhamento nutricional, assim como a falta de percepção da realidade e das preferências alimentares deles. Outros fatores que foram apontados como negativos no atendimento nutricional foram os julgamentos, a falta de empatia durante as consultas e a proposta de mudanças muito drásticas na rotina do paciente, revelando que é necessária uma abordagem individualizada e acolhedora, principalmente com os pacientes diagnosticados com obesidade.

A respeito dos sentimentos, facilidades e dificuldades apresentadas por indivíduos com obesidade durante o relato do consumo alimentar, a maioria dos entrevistados alega não apresentar problemas ou sentimentos considerados negativos quando precisam relatar o consumo alimentar, demonstrando que indivíduos com obesidade também conseguem falar sem percalços sobre as rotinas alimentares e sentir facilidade e tranquilidade durante o processo. No entanto, quando os sentimentos negativos estiveram presentes nos relatos, os participantes indicaram ansiedade, constrangimento, vergonha e culpa, evidenciando que pessoas com obesidade sentem que falar sobre seus hábitos alimentares pode gerar sensações desagradáveis, muitas vezes acreditando que irão ser julgados, repreendidos ou até mesmo por terem crenças erradas sobre o consumo alimentar. Alguns entrevistados alegaram apresentar esses sentimentos pois acreditam que estão comendo de forma

prejudicial ou que estão decepcionando alguém, demonstrando assim que pode existir sim desconfortos nos relatos do consumo alimentar de pessoas com obesidade e que os nutricionistas precisam estar preparados para lidar e acolher os indivíduos nessas situações.

No que se refere às percepções diversificadas sobre a capacidade de relatar o consumo alimentar, foi possível perceber que a maioria dos indivíduos entrevistados tem capacidade de relatar o consumo alimentar. Muitos relataram as quantidades e o que consumiam em suas respostas. Assim, é perceptível que os indivíduos com obesidade podem apresentar dificuldades para relatar o consumo alimentar, porém conseguem e detalham com destreza.

Ainda, foi possível perceber que alguns participantes enfrentaram dificuldades em relatar por aspectos relacionados a memória e a capacidade de estimar porções, especialmente quando não existia atenção durante o consumo.

Quanto ao uso de fotos de porções alimentares como facilitador do relato do consumo alimentar, os resultados demonstraram que usar estes recursos tem suas potencialidades, pois ajudam os indivíduos a perceberem as porções alimentares. Todos os participantes alegaram que estes recursos ajudam na quantificação do consumo alimentar.

Em relação as competências e dificuldades na quantificação de receitas, poucos foram os participantes que não conseguiram discorrer sobre a quantificação ou o preparo do arroz e feijão. Esses participantes, mesmo alegando que não sabiam, em algum momento de suas falas, evidenciaram conhecer alguma coisa sobre como as preparações são feitas. Os participantes que relatam com bastante clareza a receita e as suas respectivas quantidades geralmente são aqueles que têm a função de cozinhar para a família em seus lares. Além disso, os relatos demonstraram as preferências e as variâncias dos métodos de preparo existentes do arroz e feijão, receitas tipicamente brasileiras que fazem parte do cotidiano dos indivíduos.

É perceptível a necessidade de um estudo qualitativo mais ampliado sobre o comportamento alimentar de indivíduos com obesidade, assim como apontado em Garmus et al. (2025), a presença de profissionais de outras áreas principalmente psicólogos em estudos como este pode ser enriquecedor por terem conhecimentos mais aprofundados sobre o comportamento humano e seus sentimentos.

Este estudo, contribuiu para corroborar e ampliar os achados do estudo de Garmus et al. (2025), ajudando a esclarecer aspectos relacionados ao relato do

consumo alimentar por indivíduos com obesidade e à importância do trabalho do profissional nutricionista no acompanhamento desses indivíduos. Dessa forma, é esperado que este estudo agregue para a temática da obesidade e proporcione dados para novos estudos sobre esse universo. Por ser um tema ainda pouco explorado, principalmente quando pensamos em estudos qualitativos, acredita-se que este estudo poderá auxiliar na condução de abordagens nutricionais mais humanizadas e empáticas.

REFERÊNCIAS

ABESO. **Mapa da obesidade**. Disponível em: <[AGRA, G.; ARAÚJO, L. L. L. DE M.; PESSOA, V. V. B.; FILHO, J. J.; FREIRE, M. E. M.; FORMIGA, N. S. PERCEPÇÃO DE MULHERES OBESAS EM RELAÇÃO AO SEU CORPO. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 2, n. 3, p. 775, 25 out. 2017.](https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/#:~:text=Em%202025%2C%20a%20estimativa%20%C3%A9,20%2C3%25%20em%202019.>. Acesso em: 23 jan. 2025.</p></div><div data-bbox=)

ALBUQUERQUE, L. DA S.; GRIEP, R. H.; AQUINO, E. M. L.; CARDOSO, L. DE O.; CHOR, D.; FONSECA, M. DE J. M. DA. Fatores associados à insatisfação com a Imagem Corporal em adultos: análise seccional do ELSA-Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1941–1954, maio 2021.

ANDRADE, R. S. DE; CESSÉ, E. Â. P.; FIGUEIRÓ, A. C. Cirurgia bariátrica: complexidades e caminhos para a atenção da obesidade no SUS. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 138, p. 641–657, set. 2023.

ANDRADE, C. de A.; BEZERRA, R. A.; MAGNAVITA, A. P. A.; SILVA, L. S. G. R. Dietas restritivas e o risco para o desenvolvimento de compulsão alimentar em adolescentes. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 5, p. 50918–50928, maio 2021.

BACON, L.; APHRAMOR, L. Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. **Nutrition Journal**, v. 10, n. 1, p. 9, 24 dez. 2011.

BAILEY, R. L. Overview of dietary assessment methods for measuring intakes of foods, beverages, and dietary supplements in research studies. **Current Opinion in Biotechnology**, v. 70, p. 91–96, ago. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARNHILL, A. Nutritionism, Commercialization and Food Comment on “Buying Health: The Costs of Commercialism and an Alternative Philosophy”. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 1, n. 3, p. 223–225, 2013.

BERNAL-OROZCO, M. F.; VIZMANOS-LAMOTTE, B.; RODRÍGUEZ-ROCHA, N. P.; MACEDO-OJEDA, G.; OROZCO-VALERIO, M.; ROVILLÉ-SAUSSE, F.; LEÓN-ESTRADA, S.; MÁRQUEZ-SANDOVAL, F.; FERNÁNDEZ-BALLART, J. D. Validation of a Mexican food photograph album as a tool to visually estimate food amounts in adolescents. **British Journal of Nutrition**, v. 109, n. 5, p. 944–952, 14 mar. 2013.

BEZERRA, I. N.; VASCONCELOS, T. M.; CAVALCANTE, J. B.; YOKOO, E. M.; PEREIRA, R. A.; SICHIERI, R. Evolução do consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil de 2008–2009 a 2017–2018. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. Supl.1, p. 1–11, 26 nov. 2021.

BIAGIO, L. D.; MOREIRA, P.; AMARAL, C. K. Comportamento alimentar em obesos e sua correlação com o tratamento nutricional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 69, n. 3, p. 171–178, jul. 2020.

BLÜHER, M. Metabolically Healthy Obesity. **Endocrine Reviews**, v. 41, n. 3, 1 jun. 2020.

BONOTTI, M. Food Policy, Nutritionism, and Public Justification. **Journal of Social Philosophy**, v. 46, n. 4, p. 402–417, 13 dez. 2015.

BOTHWELL, E. K. G.; AYALA, G. X.; CONWAY, T. L.; ROCK, C. L.; GALLO, L. C.; ELDER, J. P. Underreporting of Food Intake among Mexican/Mexican-American Women: Rates and Correlates. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 109, n. 4, p. 624–632, abr. 2009.

BRASIL. **LEI DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL Conceitos Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. [s.l: s.n.].

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Obesidade**. [s.l.] Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. . **Sobrepeso e obesidade como problemas de saúde pública**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-ter-peso-saudavel/noticias/2022/sobrepeso-e-obesidade-como-problemas-de-saude-publica>>. Acesso em: 17 dez. 2024.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. 1ª ed. [s.l.] Ministério da Saúde, 2011

CAIRES, I. DA S.; VICENTINE, F. B.; FERREIRA, J. B. B. A construção de roteiros de entrevista a partir do referencial dos determinantes sociais da saúde: enfoque sobre a população jovem que vive em aglomerados subnormais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, p. 387–398, set. 2021.

CANCILIERI, R. F. S.; LIMA, F. R.; FERREIRA, D. DE O.; BALIANA, L. O.; REZENDE, M. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Facilidades e dificuldades

na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes internados: percepção de pacientes. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, p. e280111032749, 31 jul. 2022.

CARDOSO, L.; NIZ, L. G.; AGUIAR, H. T. V.; LESSA, A. DO C.; ROCHA, M. E. DE S. E; ROCHA, J. S. B.; FREITAS, R. F. Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em estudantes universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 69, n. 3, p. 156–164, jul. 2020.

CASTELL, G. S.; SERRA MAJEM, L.; RIBAS-BARBA, L. ¿Qué y cuánto comemos? El método Recuerdo de 24 horas. **Rev Esp Nutr Comunitaria**, v. 21, p. 42–44, 2015.

CASTRO-QUEZADA, I.; RUANO-RODRÍGUEZ, C.; RIBAS-BARBA, L.; SERRA-MAJEM, L. Infradeclaración en las encuestas alimentarias: implicaciones metodológicas. **Rev Esp Nutr Comunitaria**, v. 21, p. 118–126, 2015.

CATERSON, I. D. *et al.* Gaps to bridge: Misalignment between perception, reality and actions in obesity. **Diabetes, Obesity and Metabolism**, v. 21, n. 8, p. 1914–1924, 3 ago. 2019.

CEDIEL, G.; PÉREZ-TAMAYO, E. M.; GONZÁLEZ-ZAPATA, L.; GAITÁN-CHARRY, D. Perspectivas actuales sobre alimentación: del nutricionismo a la alimentación saludable, solidaria y sustentable. **Revista de la Facultad de Medicina**, v. 70, n. 3, p. e94252, 30 jul. 2021.

CERDÓ, T.; GARCÍA-SANTOS, J.; G. BERMÚDEZ, M.; CAMPOY, C. The Role of Probiotics and Prebiotics in the Prevention and Treatment of Obesity. **Nutrients**, v. 11, n. 3, p. 635, 15 mar. 2019.

CLAPP, J.; SCRINIS, G. Big Food, Nutritionism, and Corporate Power. **Globalizations**, v. 14, n. 4, p. 578–595, 7 jun. 2017.

CONRADT, M.; DIERK, J.; SCHLUMBERGER, P.; RAUH, E.; HEBEBRAND, J.; RIEF, W. Who copes well? Obesity-related coping and its associations with shame, guilt, and weight loss. **Journal of Clinical Psychology**, v. 64, n. 10, p. 1129–1144, 26 out. 2008.

CORI, G. DA C.; PETTY, M. L. B.; ALVARENGA, M. DOS S. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 565–576, fev. 2015.

CRAVEN, M. P.; FEKETE, E. M. Weight-related shame and guilt, intuitive eating, and binge eating in female college students. **Eating Behaviors**, v. 33, p. 44–48, abr. 2019.

CRISPIM, S. P. *et al.* The influence of recipe disaggregation in dietary assessment: results from the national food consumption survey in Saint Kitts and Nevis. **Frontiers in Nutrition**, v. 11, 5 set. 2024.

CRISPIM, S. P.; [ET AL.]. **Manual fotográfico de quantificação alimentar**. 1ª ed. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2017.

DAO, M. C.; MESSER, E.; CONIGLIARO, T.; SAKAIDA, K.; OUELLETTE, A. F.; HIMARAS, V.; THIRON, S.; ROBERTS, S. B. Different and Unequal: A Qualitative Evaluation of Salient Factors Influencing Energy Intake in Adults with Overweight and Obesity. **Nutrients**, v. 11, n. 6, p. 1365, 18 jun. 2019.

DEMÉTRIO, F.; PAIVA, J. B. DE; FRÓES, A. A. G.; FREITAS, M. DO C. S. DE; SANTOS, L. A. DA S. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 5, p. 743–763, out. 2011.

DIAS, P. C.; HENRIQUES, P.; ANJOS, L. A. DOS; BURLANDY, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, 2017.

DRAPER, A.; SWIFT, J. A. Qualitative research in nutrition and dietetics: data collection issues. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 24, n. 1, p. 3–12, fev. 2011.

EMOND, J. A.; PATTERSON, R. E.; JARDACK, P. M.; ARAB, L. Using doubly labeled water to validate associations between sugar-sweetened beverage intake and body mass among White and African-American adults. **International Journal of Obesity**, v. 38, n. 4, p. 603–609, 19 abr. 2014.

FAO. **Dietary Assessment: A resource guide to method selection and application in low resource settings** Rome, 2018. Disponível em: <<https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/3dc75cfc-9128-4f29-9d76-8d1f792078f0/content>>. Acesso em: 17 dez. 2024

FERREIRA, A. P. DE S.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. DE. Increasing trends in obesity prevalence from 2013 to 2019 and associated factors in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, n. suppl 2, 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, n. 5, p. 617–624, jul. 2009.

FOSTER, E. *et al.* Validity and reliability of an online self-report 24-h dietary recall method (Intake24): a doubly labelled water study and repeated-measures analysis. **Journal of Nutritional Science**, v. 8, p. e29, 30 ago. 2019.

FRANCISCO, L. V.; DIEZ-GARCIA, R. W. ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA OBESIDADE: ENTRE CONCEITOS E PRECONCEITOS. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 10, n. 3, 28 jul. 2015.

FRUH, S. M. Obesity. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 29, n. S1, p. S3–S14, out. 2017.

GARMUS, L. M.; ARAÚJO, M. C.; SANTOS, N. A. DOS; FERREIRA, G. R.; PEREIRA, L. O.; SCHEMIKO, L. B.; MEDEIROS, C. O.; DAL-MOLIN NETTO, B.; CRISPIM, S. P. Percepção de nutricionistas sobre a quantificação do consumo alimentar relatado por indivíduos com obesidade. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 19, n. 119, p. 331-342, 16 jul. 2025.

GLORIA, N. F.; CARVALHO, M. C. D. V. S.; SEIXAS, C. M.; BARCELLOS, D. M. N. Nutricionismo, postagens e celebridades: o que o oráculo nos diz para comer? **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 15, n. 3, 31 ago. 2021.

GODOY-IZQUIERDO, D.; GONZÁLEZ-HERNÁNDEZ, J.; RODRÍGUEZ-TADEO, A.; LARA, R.; OGALLAR, A.; NAVARRÓN, E.; RAMÍREZ, M. J.; LÓPEZ-MORA, C.; ARBINAGA, F. Body Satisfaction, Weight Stigma, Positivity, and Happiness among Spanish Adults with Overweight and Obesity. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 12, p. 4186, 12 jun. 2020.

GONSALVES, M. E. C. P. S.; BARROS, M. V. DE C.; SILVA, M. C. DA. A adoção de dieta flexível frente a adoção de dieta restritiva: Uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 13, p. e79121344189, 3 dez. 2023.

GUTHOLD, R.; STEVENS, G. A.; RILEY, L. M.; BULL, F. C. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 10, p. e1077–e1086, out. 2018.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018 : análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KOUBIK, N. A. S.; MEDEIROS, C. O.; SILVA, G. V. DA; GONÇALVES, J. B.; CRISPIM, S. P. Perspectives from individuals with low education and interviewers using the GloboDiet 24 h recall: a qualitative study. **Journal of Nutritional Science**, v. 9, p. e13, 1 abr. 2020. .

LIMA, K.; FREITAS, M. DO C. S. DE; PENA, P. G. L. Iatrogenia e Estigma de Obesidade. **The Journal of the Food and Culture of the Americas**, v. 2, n. 1, p. 4–20, 25 jun. 2020.

LIN, X.; LI, H. Obesity: Epidemiology, Pathophysiology, and Therapeutics. **Frontiers in Endocrinology**, v. 12, 6 set. 2021.

LIU, B.; WIDENER, M. J.; SMITH, L. G.; FARBER, S.; GESINK, D.; MINAKER, L. M.; PATTERSON, Z.; LARSEN, K.; GILLILAND, J. Who's cooking tonight? A time-use study of coupled adults in Toronto, Canada. **Time & Society**, v. 31, n. 4, p. 480–507, 21 nov. 2022.

LIVINGSTONE, M. B. E. Issues in dietary intake assessment of children and adolescents. **British Journal of Nutrition**, v. 127, n. 9, p. 1426–1427, 14 maio 2022.

LJUBIČIĆ, M. *et al.* Emotions and Food Consumption: Emotional Eating Behavior in a European Population. **Foods**, v. 12, n. 4, p. 872, 17 fev. 2023.

LOUZADA, M. L. DA C.; COSTA, C. DOS S.; SOUZA, T. N.; CRUZ, G. L. DA; LEVY, R. B.; MONTEIRO, C. A. Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. suppl 1, 2021.

MARCHIONI, D. M.; CARVALHO, A. M. DE; VILLAR, B. S. Dietas sustentáveis e sistemas alimentares: novos desafios da nutrição em saúde pública. **Revista USP**, n. 128, p. 61–76, 24 fev. 2021.

MARTINS, A. C.; NICODEMO, D.; SUZUKI, V. Y.; SALES, S. S.; ALBUQUERQUE, L. M. Psychological assessment in post-bariatric plastic surgery: A scoping review. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (RBCP) – Brazilian Journal of Plastic Surgery**, v. 39, n. 3, 2024.

MAZUR, C. E.; NAVARRO, F. INSEGURANÇA ALIMENTAR E OBESIDADE EM ADULTOS: QUAL A RELAÇÃO? **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 2, 18 dez. 2015.

MAYER, R. E. The Past, Present, and Future of the Cognitive Theory of Multimedia Learning. **Educational Psychology Review**, v. 36, n. 1, p. 8, 17 mar. 2024.

MCNITT, K. M.; HOHMAN, E. E.; RIVERA, D. E.; GUO, P.; PAULEY, A. M.; GERNAND, A. D.; SYMONS DOWNS, D.; SAVAGE, J. S. Underreporting of Energy Intake Increases over Pregnancy: An Intensive Longitudinal Study of Women with Overweight and Obesity. **Nutrients**, v. 14, n. 11, p. 2326, 1 jun. 2022.

MINAYO, M. C. DE S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis : Vozes , 2009.

MORAIS, S. R. DE; BEZERRA, I. N.; SOUZA, A. DE M.; VERGARA, C. M. A. C.; SICHIERI, R. Alimentação fora de casa e biomarcadores de doenças crônicas em adolescentes brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, 2021.

MORAN, L. J.; MCNAUGHTON, S. A.; SUI, Z.; CRAMP, C.; DEUSSEN, A. R.; GRIVELL, R. M.; DODD, J. M. The characterisation of overweight and obese women who are under reporting energy intake during pregnancy. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 204, 1 dez. 2018.

MORIGUCHI WATANABE, L.; BERNARDES PEREIRA DELFINO, H.; AUGUSTA DE SOUZA PINHEL, M.; NORONHA, N. Y.; MARIA DIANI, L.; CINTRA DO PRADO ASSUMPÇÃO, L.; FERREIRA NICOLETTI, C.; BARBOSA NONINO, C. Food and Nutrition Public Policies in Brazil: From Malnutrition to Obesity. **Nutrients**, v. 14, n. 12, p. 2472, 15 jun. 2022.

NAGY, A.; MCMAHON, A.; TAPSELL, L.; DEANE, F. The therapeutic relationship between a client and dietitian: A systematic integrative review of empirical literature. **Nutrition & Dietetics**, v. 79, n. 3, p. 303–348, 24 jul. 2022.

NANI, A.; MURTAZA, B.; SAYED KHAN, A.; KHAN, N. A.; HICHAMI, A. Antioxidant and Anti-Inflammatory Potential of Polyphenols Contained in Mediterranean Diet in Obesity: Molecular Mechanisms. **Molecules**, v. 26, n. 4, p. 985, 12 fev. 2021.

NAVOLAR, T. S.; TESSER, C. D.; AZEVEDO, E. DE. Contribuições para a construção da Nutrição Complementar Integrada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 41, p. 515–528, 22 maio 2012.

NCI. **Dietary Assessment Instrument Profiles**. Disponível em: <<https://dietassessmentprimer.cancer.gov/profiles/>>. Acesso em: 17 dez. 2024.

NELSON, M.; ATKINSON, M.; DARBYSHIRE, S. Food Photography I: the perception of food portion size from photographs. **British Journal of Nutrition**, v. 72, n. 5, p. 649–663, 6 nov. 1994.

NILSON, E. A. F.; ANDRADE, R. DA C. S.; BRITO, D. A. DE; MICHELE LESSA DE, O. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, 10 abr. 2020.

O'KANE, G. A moveable feast: Contemporary relational food cultures emerging from local food networks. **Appetite**, v. 105, p. 218–231, out. 2016.

OLIVEIRA, M. S. DA S.; UNSAIN, R. F.; ARCEÑO, M. A.; ULIAN, M. D.; SATO, P. DE M.; SCAGLIUSI, F. B. She keeps on cooking: the gendered organization of domestic cooking among heterosexual brazilian couples in the Amazon region. **Revista Caribeña - QUALIS B1**, v. 13, n. 7, p. e4181, 24 jul. 2024.

ONITA, B. M.; PEREIRA, J. L.; MIELKE, G. I.; BARBOSA, J. P. DOS A. S.; FISBERG, R. M.; FLORINDO, A. A. Fatores sociodemográficos e comportamentais da obesidade: um estudo longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 7, 2024.

ONWUEGBUZIE, A. J.; DICKINSON, W. B.; LEECH, N. L.; ZORAN, A. G. A Qualitative Framework for Collecting and Analyzing Data in Focus Group Research. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 8, n. 3, p. 1–21, 1 set. 2009.

PAHO. **Overweight and obesity**. Disponível em: <<https://www.paho.org/en/enlace/overweight-and-obesity>>. Acesso em: 17 dez. 2024a.

PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, 2020.

PAIM, M. B.; SELAU, B. L.; BORTOLI, F. R.; TESSER JUNIOR, Z. C.; KOVALESKI, D. F. Gordofobia nos serviços de saúde e seus efeitos no acesso à saúde das pessoas gordas. **Saúde e Sociedade**, v. 34, n. 1, 2025.

PARK, Y.; DODD, K. W.; KIPNIS, V.; THOMPSON, F. E.; POTISCHMAN, N.; SCHOELLER, D. A.; BAER, D. J.; MIDTHUNE, D.; TROIANO, R. P.; BOWLES, H.; SUBAR, A. F. Comparison of self-reported dietary intakes from the Automated Self-Administered 24-h recall, 4-d food records, and food-frequency questionnaires against recovery biomarkers. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 107, n. 1, p. 80–93, jan. 2018.

PHELAN, S. M.; BURGESS, D. J.; YEAZEL, M. W.; HELLERSTEDT, W. L.; GRIFFIN, J. M.; RYN, M. VAN. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. **Obesity Reviews**, v. 16, n. 4, p. 319–326, 5 abr. 2015.

PORTO, L; CABALLERO, R M S; VINHOLES, D. B.. Percepção de pacientes com excesso de peso acerca da intervenção do nutricionista: revisão da literatura e metassíntese. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [S. l.], v. 10, n. 23, p. 150–161, 2022.

PRIESTER, A. R.; VALDAMERI, I. A.; LUCAS, M.; SUZAKI, P. A. R.; MAZUR, C. E. ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA NA PRÁTICA NUTRICIONAL: Efeitos de intervenções não restritivas e flexíveis na adesão. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 12, n. 1, p. 223–246, 10 fev. 2026

REIS, E. C. DOS; PASSOS, S. R. L.; SANTOS, M. A. B. DOS; SILVA, L. M. L. E; OLIVEIRA, R. DE V. C. DE; CAMARA, A. P. S.; GOULART, J. Z. Características de adultos com obesidade grave em tratamento ambulatorial no Rio de Janeiro e fatores associados à perda de peso. **Cadernos Saúde Coletiva**, 27 jun. 2022.

RODRIGUES DA SILVA DIAS, F. M.; CASTRO AZEVEDO, E. C. DE; FALCÃO DE MELO RODRIGUES, M. L.; CABRAL DE LIRA, P. I.; COELHO CABRAL, P. Autopercepção do peso corporal, estado nutricional e consumo alimentar de funcionários de uma universidade pública brasileira. **Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria**, v. 36, n. 2, p. 20–29, 2016.

RUBINO, F. *et al.* Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nature Medicine**, v. 26, n. 4, p. 485–497, 4 abr. 2020.

SATHLER, M. M.; MENEZES, M. Â. B. C. Nutricionismo: uma abordagem que ignora a complexidade dos alimentos. **Pista: Periódico Interdisciplinar**, v. 3, n. 1, p. 79–95, 2021.

SAMPAIO, L. R.; SILVA, M. DA C. M. DA; OLIVEIRA, T. M. DE; RAMOS, C. I. Técnicas de medidas antropométricas. *Em: Avaliação nutricional*. [s.l.] EDUFBA, 2012. p. 89–101.

SANTIAGO , L. A. C.; CYRILLO, D. C.; MANCUSO, A. M. C. Motivos de abandono do tratamento nutricional para perda de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade: uma análise qualitativa. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 15, n. 97, p. 1070-1078, 8 jul. 2022

SCAGLIUSI, F. B.; LANCHA JÚNIOR, A. H. Subnotificação da ingestão energética na avaliação do consumo alimentar. **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 4, p. 471–481, dez. 2003.

SCHIMITH, M. D.; SIMON, B. S.; BRÊTAS, A. C. P.; BUDÓ, M. DE L. D. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 479–503, nov. 2011.

SILVA, F. M. O. DA; NOVAES, T. G.; RIBEIRO, A. Q.; LONGO, G. Z.; PESSOA, M. C. Fatores ambientais associados à obesidade em população adulta de um município brasileiro de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 5, 2019.

SILVA, N. G. DA; SILVA, J. DA. Aspectos Psicossociais Relacionados à Imagem Corporal de Pessoas com Excesso de Peso. **Revista Subjetividades**, v. 19, n. 1, p. 1, 11 maio 2019.

SOARES RAIMUNDO, J.; SILVA, R. B. DA. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico, no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. **Revista Mosaico**, v. 11, n. 2, p. 109–116, 2 dez. 2020.

SOUZA, D. R. DE; ANJOS, L. A.; WAHRLICH, V.; VASCONCELLOS, M. T. L. DE. Energy intake underreporting of adults in a household survey: the impact of using a population specific basal metabolic rate equation. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 777–786, abr. 2015.

SOUZA, R. G. M. DE; CAMPOS, M. I. V. A. M.; CORDEIRO, M. DE M.; MONEGO, E. T.; PEIXOTO, M. DO R. G. Validação de fotografias de alimentos para estimativa do consumo alimentar. **Revista de Nutrição**, v. 29, n. 3, p. 415–424, jun. 2016.

SUTIN, A. R.; ROBINSON, E.; DALY, M.; TERRACCIANO, A. Perceived Body Discrimination and Intentional Self-Harm and Suicidal Behavior in Adolescence. **Childhood Obesity**, v. 14, n. 8, p. 528–536, dez. 2018.

STREET, R. L.; MAKOUL, G.; ARORA, N. K.; EPSTEIN, R. M. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. **Patient Education and Counseling**, v. 74, n. 3, p. 295–301, mar. 2009.

TAM, K. W.; VEERMAN, J. L. Prevalence and characteristics of energy intake under-reporting among Australian adults in 1995 and 2011 to 2012. **Nutrition & Dietetics**, v. 76, n. 5, p. 546–559, 30 nov. 2019.

TAROZO, M.; PESSA, R. P. Impacto das Consequências Psicossociais do Estigma do Peso no Tratamento da Obesidade: uma Revisão Integrativa da Literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, 2020.

VALE, D.; MORAIS, C. M. M. DE; PEDROSA, L. DE F. C.; FERREIRA, M. Â. F.; OLIVEIRA, Â. G. R. DA C.; LYRA, C. DE O. Correlação espacial entre o excesso de peso, aquisição de alimentos ultraprocessados e o desenvolvimento humano no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 983–996, mar. 2019.

VALLE, P. R. D.; FERREIRA, J. D. L. ANÁLISE DE CONTEÚDO NA PERSPECTIVA DE BARDIN: CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES PARA A PESQUISA QUALITATIVA EM EDUCAÇÃO. **Educação em Revista**, v. 41, 2025.

VIANA, M. R.; NEVES, A. S.; CAMARGO JUNIOR, K. R.; PRADO, S. D.; MENDONÇA, A. L. O. A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 447–456, fev. 2017.

VILLAR, N. P. G.; STOCO, A. L. R. C.; LEPORACE, A. C.; TEODORO, B. DE A.; COSTA, I. G.; AZEVEDO, K. A. DE; SILVA, L. G. V. DA; FIGUEIREDO, R. DE O. A importância da relação médico-paciente na abordagem às doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 27, p. e7103, 3 jun. 2021.

WATERWORTH, S. P.; KERR, C. J.; MCMANUS, C. J.; COSTELLO, R.; SANDERCOCK, G. R. H. Obese individuals do not underreport dietary intake to a greater extent than nonobese individuals when data are allometrically-scaled. **American Journal of Human Biology**, v. 34, n. 7, 8 jul. 2022a.

WEHLING, H.; LUSHER, J. People with a body mass index ≥ 30 under-report their dietary intake: A systematic review. **Journal of Health Psychology**, v. 24, n. 14, p. 2042–2059, 21 dez. 2019.

WESTBURY, S.; OYEBODE, O.; RENS, T. VAN; BARBER, T. M. Obesity Stigma: Causes, Consequences, and Potential Solutions. **Current Obesity Reports**, v. 12, n. 1, p. 10–23, 14 fev. 2023.

WHO. WHO Technical Report Series OBESITY: PREVENTING AND MANAGING THE GLOBAL EPIDEMIC. 2000.

WHO. **Obesity**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1>. Acesso em: 17 dez. 2024.

WILLET, W. **Nutritional Epidemiology**. 3. ed. New York: Oxford University Press, 2013.

YAMAMOTO, A. O.; DUARTE, A. G.; OLIVEIRA, J. L. B. DE; ESPINDOLA, T. L. A importância do vínculo profissional com o usuário na atenção primária em saúde: revisão de escopo. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, v. 17, n. 10, p. e11336, 8 out. 2024.

ZAGO, M. A. Satisfação do peso corporal frente à percepção da imagem corporal e IMC. **The Journal of the Food and Culture of the Americas**, v. 3, n. 2, p. 65–76, 1 jan. 2023.

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E PERCEPÇÕES DAS ENTREVISTADORAS

Código	Idade	Gênero	IMC	Escolaridade	Percepções das entrevistadoras sobre ações não verbais dos entrevistados
H31	61	Feminino	42,6	Superior completo	Aceitou com facilidade, antes da entrevista demonstrou interesse pelo assunto e contextualizou com a realidade dela. Apresentou algumas fragilidades durante a pergunta sobre sentimentos e experiências com dieta, aparentou sentir um pouco de desconforto e foi se tranquilizando conforme conversava com a entrevistadora.
H32	66	Feminino	37,8	Ensino Médio	Participou da entrevista com bastante entusiasmo, contou sua história de vida e como chegou ao grupo do AMOC, falou sobre suas dificuldades e suas experiências de vida, parecia estar confortável com ambas pesquisadoras. Sua linguagem corporal transmitia tranquilidade, porém apresentou sinais de constrangimento e timidez quando precisou falar sobre o que e o quanto comia. Relatou dificuldades para acessar alguns grupos alimentares e nesta hora quase chorou, os olhos ficaram marejados, mas se recuperou logo em seguida.
H33	31	Feminino	55,2	Superior Completo	Aceitou participar da pesquisa assim que foi abordada, muito simpática e comunicativa, brincalhona e acolhedora. Não apresentou dificuldades em responder os questionamentos e nenhum sinal de desconforto corporal, apenas quando questionada sobre o que sentia quando precisava falar sobre o que come e as quantidades, neste momento se retraiu e não manteve contato visual com a entrevistadora. Elaborou algumas frases em tom de brincadeira e deu algumas risadas, respondeu às perguntas e recuperou a sua postura ao decorrer da entrevista. Gosta de envolver o contexto familiar e falar sobre o preparo de alimentos, após o término da entrevista agradeceu o convite e comentou que gostou da abordagem das pesquisadoras e que se sentiu à vontade com a entrevistadora por ela ser uma mulher gorda.

H34	26	Feminino	49,8	Superior Incompleto	Foi um pouco resistente para aceitar o convite da entrevista, aceitou após uma certa insistência das pesquisadoras. Tímida e pouco comunicativa, ficou retraída durante toda a entrevista, não interagiu muito com as pesquisadoras e ficou abraçada em sua bolsa durante toda conversa. Ao longo da entrevista apresentou alguns desconfortos e dúvidas sobre as questões do roteiro, manteve contato visual com as entrevistadoras.
H35	43	Feminino	41,6	Ensino Médio	Comunicativa, aceitou participar da pesquisa com facilidade, perguntou se a participação dela iria antecipar sua cirurgia ou se era apenas voluntária. Ao adentrar o consultório, perguntou se a participante anterior era mais "pesada" que ela. Conversou bastante sobre as questões familiares, relatou problemas com seus pais e falou que herdou a ansiedade deles, não apresentou nervosismo no início da entrevista, apenas depois com algumas questões, ficou com mãos agitadas e tremulas, balançava a perna durante todo o processo e respondia com bastante detalhamento tudo que foi perguntado, manteve contato visual com as entrevistadoras e boa comunicação tanto antes como após o processo.
H36	43	Feminino	45,9	Ensino Médio	Aceitou com bastante entusiasmo o convite para participar da entrevista. Antes de iniciar a gravação comentou sobre sua vida e sua rotina com as pesquisadoras, muito comunicativa e demonstrou bastante ansiedade, chegou a comentar que estava aguardado ser chamada pelo psicólogo para falar sobre essas questões. Ficou inquieta durante toda a entrevista, demonstrou fortemente suas emoções e frustrações durante as suas falas, mesmo sentada não parecia muito confortável e demonstrou expressões de choro e constrangimento em alguns momentos.
H37	47	Feminino	33,5	Ensino Médio	Simpática, aceitou participar da entrevista e relatou estar em dúvidas sobre a realização da bariátrica, comentou que sentia medo da cirurgia. Não estava com pressa ou ansiosa, sentou e ficou confortável durante toda a entrevista, manteve contato visual e apresentou bom entendimento de todas as questões, não demonstrou sinais de desconforto ou constrangimento, elogiou o trabalho das entrevistadoras e apenas reafirmou o seu medo de realizar a cirurgia em todos os momentos da entrevista.
H38	55	Feminino	38,2	Ensino Médio	Extremamente simpática, participativa e comunicativa, respondeu com bastantes detalhes suas respostas, relacionou seus hábitos alimentares com a sua profissão (cozinheira de marmitas fitness), sua linguagem corporal transmitia tranquilidade e conforto, não demonstrou nenhum sentimento



					negativo quando questionada sobre emoções e sentimentos.
H39	36	Feminino	38,8	Ensino Médio Incompleto	Carinhosa e muito simpática, apresentou bastante empatia com as entrevistadoras ao aceitar participar da entrevista. Contou sobre sua vida e vivências com a obesidade, relatou compreender bem a necessidade da cirurgia bariátrica. Durante a entrevista apresentou tranquilidade e neutralidade, não expressou muitas emoções e sua linguagem corporal demonstrou que ela estava confortável e aberta a participar da entrevista, muito sorridente respondeu com bastante facilidade a entrevista.
H10	60	Feminino	45,0	Ensino Fundamental	Simpática e de poucas palavras, se voluntariou sozinha para participar da entrevista. Manteve a calma durante toda a conversa, não apresentou sinais de desconforto ou constrangimento, bastante direta em suas respostas e incisiva em muitas delas. Sua linguagem corporal não demonstrou estresse ou qualquer tipo de inquietude.
C11	67	Masculino	30,6	Pós graduação	Brincalhão e bem comunicativo, aceitou com bastante facilidade o convite para a entrevista, ficou confortável e não demonstrou sentimentos negativos quando questionado sobre sua alimentação. Relacionou muitas falas com seu convívio familiar e seus hábitos. Sua linguagem corporal apresentou tranquilidade e conforto, realizou brincadeiras com as entrevistadas. Enfatizou a importância de pesquisas como está para a sociedade
C12	70	Masculino	30,6	Pós graduação	Tímido, direto e pouco comunicativo. apresentou certo desconforto quando questionado sobre algumas coisas, direto em suas respostas e de poucas interações, bastante solícito e não apresentou dúvidas sobre as questões.
C13	29	Feminino	35,0	Técnico	Animada, simpática e carinhosa. Respondeu todas as perguntas com muita fluidez e apresentou bom entendimento sobre o que era perguntado. Elogiou a entrevistadora e a conduta dela durante a entrevista, fez algumas brincadeiras com o contexto das perguntas e sua linguagem corporal demonstrava que estava bem animada, confortável e calma.
C14	55	Feminino	30,6	Ensino Médio	Simpática, muito participativa e animada. Elogiou a entrevistadora e falou se sentir acolhida por ela durante toda a entrevista. Ficou confortável e respondeu todas as questões com tranquilidade, manteve contato visual com a entrevistadora e teve boa compreensão sobre o que foi perguntado. Elaborou bem as suas respostas e realizou brincadeiras em suas falas, sua linguagem corporal demonstrava neutralidade e conforto
C15	20	Masculino	33,7	Superior Cursando	Tímido e pouco comunicativo. Apresentou bastante clareza e objetividade em suas respostas, ficou um pouco constrangido com a

					pergunta do arroz e feijão pois não sabia responder com muita exatidão. Aceitou participar da entrevista com entusiasmo e sua linguagem corporal demonstrava que estava nervoso e retraído.
C21	41	Feminino	30,9	Pós Graduação	Tímida e de poucas palavras, aceitou participar da entrevista com bastante facilidade. Respondeu com clareza todas as perguntas. Apresentava estar com bastante pressa, porém manteve em todos os momentos a calma e não apresentou desconforto em momento algum, teve contato visual com a entrevistadora em toda a entrevista.
C22	38	Feminino	30,0	Pós Graduação	Inquieta e entusiasmada em participar da entrevista. Bastante simpática e comunicativa, trouxe sinceridade em suas falas e relacionou com sua experiência de vida, apresentou muito desconforto durante a pesagem. Quando questionada sobre sentimentos e emoções relacionados a alimentação, em momento algum apresentou sinais de desistência, confiou na entrevistadora e relatou problemas pessoais e contou tudo sobre a sua cirurgia bariátrica, manteve contato visual durante um tempo e depois desviava o olhar e tinha poucas expressões faciais.
C23	55	Feminino	40,2	Ensino Superior	Muito simpática, apresentou entusiasmo em participar da entrevista. Transmítia muito tranquilidade em sua fala e apresentou algumas emoções quando precisou falar de sua alimentação, um pouco de constrangimento e desconforto, mas bem discreto, sua linguagem corporal demonstrava tranquilidade e conforto, não apresentou sinais físicos de desconforto.
C24	35	Feminino	33,2	Superior Completo	Bastante participativa e comunicativa, aceitou de cara o convite para participar da entrevista. Respondeu tudo com bastante clareza e sem constrangimentos, elogiou a profissional que acompanha seu caso durante toda a entrevista, sua linguagem corporal demonstrava que estava confortável e aberta a responder as questões, não demonstrou desconforto em nenhuma questão, foi bastante clara em suas falas.
C25	36	Feminino	32,8	Superior Completo	Muito comunicativa, aceitou com entusiasmo participar da entrevista, falou com a entrevistadora sobre como se sentia bem após a cirurgia bariátrica, perguntou sobre o intuito da entrevista e enfatizou a importância de estudos como esse, respondeu tudo com bastante facilidade e tranquilidade, sua linguagem corporal demonstrava bastante tranquilidade e nenhum constrangimento, agradeceu bastante o convite.

Fonte: A autora (2025).

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TCLE

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO</p>	
---	--	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Sandra Patricia Crispim e Rafaela Olle da Luz Szklar, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o(a) senhor(a) atendida pelo serviço de nutrição desse estabelecimento, a participar da pesquisa “Projeto VALIDA: Validação de instrumentos para quantificar a dieta brasileira – fase 2”. A pesquisa é a segunda etapa de uma pesquisa que explorou a percepção dos nutricionistas sobre as limitações e facilidades na quantificação do consumo alimentar de indivíduos com obesidade. Esta pesquisa é importante pois busca melhorar a qualidade dos dados do consumo alimentar no Brasil, ao compreender as dificuldades na estimação de porções alimentares.

O objetivo desta pesquisa é compreender a percepção dos indivíduos adultos com obesidade sobre a quantificação do seu consumo alimentar.

Caso o(a) senhor(a) participe da pesquisa, será necessário participar de uma triagem em que as entrevistadoras irão aferir seu peso e sua altura para classificar o estado nutricional e, caso se enquadre nos requisitos da pesquisa, participará de uma entrevista com até 13 perguntas.

Para tanto (o Senhor, a Senhora) estará em atendimento em um dos locais abaixo citados e será convidado para realizar uma entrevista com duração prevista de aproximadamente 30 minutos:

Local 1: Ambulatório de Atendimento Multidisciplinar ao Obeso Cirúrgico (AMOC) no CHC/UFPR. Rua General Carneiro, n. 181, Alto da Glória, Curitiba/PR, CEP 80060-900.

Local 2: Consultório particular da nutricionista Marília Rizzon Zaparoli. Rua Padre Anchieta, n. 2194, Bigorriho, Curitiba/PR, Brasil, CEP 80730-000.

Local 3: Consultório particular Nathalia Farinha na rua Bruno Figueira 489, Batel, Curitiba, Paraná.

Gostaríamos de informar que é possível que o(a) senhor(a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado à algum constrangimento durante a entrevista e a perda da confidencialidade de dados. Destaca-se, contudo, que a possibilidade de ocorrência de riscos relacionados ao desconforto e sigilo das informações é baixa.

Os benefícios esperados com essa pesquisa incluem a possibilidade de um conhecimento mais aprofundado sobre questões que podem interferir no relato do indivíduo com obesidade sobre o seu consumo alimentar. Ainda, essa pesquisa fortalecerá a voz dos indivíduos com obesidade e promoverá uma abordagem inclusiva e participativa na busca por soluções mais eficazes para os desafios relacionados à obesidade, embora nem sempre o(a) senhor(a) seja diretamente beneficiado (a) por sua participação neste estudo.

Os pesquisadores Sandra Patricia Crispim e Rafaela Olle da Luz Szklar, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) Senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo a por e-mail e telefone. Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone (41) 3360-4012 ou (41) 98488-8643; e pelos e-mails crispim@ufpr.br ou rafaelaszklar@ufpr.br.

Se o Sr(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas da UFPR – Rua General Carneiro 181 – Alto da Glória – Curitiba/PR. Fone (41) 3360-1041 das 08:00 horas às 16:30 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é constituído por um grupo de indivíduos com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo da pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos como participante da pesquisa.

Caso se faça necessário direcionamento do problema a instâncias superiores, você poderá entrar em contato diretamente com a CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, pelo telefone (61) 3315-5877 ou pelo e-mail conep@saude.gov.br

A sua participação neste estudo é voluntária e se (o Senhor, a Senhora) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinados. O seu atendimento está garantido e não será interrompido se (o Senhor, a Senhora) desista de participar.

As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas, sendo essas as pesquisadoras responsáveis pela pesquisa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Para estudos que envolvem entrevistas gravadas, seu anonimato também será respeitado; tão logo seja transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.

O material obtido serão questionários e gravações de áudio que serão utilizados unicamente para esta pesquisa e será destruído ou descartado por meio da exclusão das entrevistas gravadas e destruição dos formulários impressos ao termino do estudo, dentro de cinco anos.

A participação no estudo não acarretará custos para o(a) Sr. (a) e não haverá nenhuma compensação financeira adicional. O(A) Sr. (a) será ressarcido somente de gastos advindos diretamente da sua participação na pesquisa, como transporte e alimentação durante os seus deslocamentos necessários como participante, quando for o caso, e desde que não estejam relacionados à rotina de seu encaminhamento dentro da Instituição como paciente.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como impressão de formulários, não são de sua responsabilidade e o (a) senhor (a) não será onerado pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

(Somente para o responsável do projeto)



Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

 <p>UFPR UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO</p>	 <p>SAÚDE UFPR</p>
---	--	---

Código de Identificação: _____ (Preenchido pelo responsável do Estudo)

Nome: _____

Peso (Kg): ____ **Altura (m):** ____ **IMC:** ____ (Preenchido pelo responsável do Estudo)

Data de Nascimento: ____/____/____ **Telefone:** () _____

E-mail: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo | <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio completo | <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto |
| <input type="checkbox"/> Curso Técnico | <input type="checkbox"/> Curso Técnico incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino superior completo | <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino superior cursando | <input type="checkbox"/> Pós- Graduação |
| <input type="checkbox"/> Mestrado | <input type="checkbox"/> Doutorado |

1) Você já consultou com algum nutricionista alguma vez?

1.1) Quando foi?

1.2) Como foi?

2) Se sim, perguntar: Nessa consulta com o nutricionista, você teve que falar sobre quais alimentos e quanto você comeu? (**Se não, pular para a próxima**)

3) Você já seguiu ou segue algum tipo de dieta?

4) O que você sente quando você tem que falar sobre o que você come?

5) Você considera fácil ou difícil falar sobre o que você come? Como é para você?

6) Na sua opinião, você consegue dizer o quanto come normalmente de cada alimento? Por exemplo, quantas colheres de um alimento, copos com suco, unidades de frutas?

7) Você já utilizou ou utiliza algum aplicativo de celular ou outras tecnologias para escrever o que come?

7.1 [Se sim]: Você pode falar mais sobre isso?

8) Você acha que imagens, como essas daqui [*mostrar o manual de fotos*], podem ajudar você a dizer o quanto você come?

8.1) Por quê? **Qual foto?**

9) Você come arroz e feijão de vez em quando?

9.1) Quantos dias por semana você consome? (Dependendo da resposta): [**Se sim**]

10) Você sabe explicar e quantificar os ingredientes utilizados na preparação do arroz e do feijão que você normalmente come?

10.1) Você sabe me dizer quais as quantidades dos ingredientes utilizados e como o arroz e o feijão são preparadas?

11) [Somente se a pessoa consome arroz] alguma dessas fotos de porção de arroz [mostrar foto do arroz página 85], te ajudaria a mostrar o quanto você come normalmente?

12) [Somente se a pessoa consome feijão] alguma dessas fotos de porção de feijão [mostrar foto do arroz página 69-70], te ajudaria a mostrar o quanto você come normalmente?