

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

AS INTERFACES ENTRE A *GORDOFOBIA* E A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM
NUTRIÇÃO: UMA PROBLEMATIZAÇÃO NECESSÁRIA

Barbara Leone Silva
Jacobina Rivas Cantisani

FLORIANÓPOLIS
OUTUBRO DE 2017

BARBARA LEONE SILVA
JACOBINA RIVAS CANTISANI

AS INTERFACES ENTRE A *GORDOFOBIA* E A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM
NUTRIÇÃO: UMA PROBLEMATIZAÇÃO NECESSÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Nutrição da Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito
parcial para obtenção do título de bacharel em
Nutrição.

Orientador: Professor Doutor Rodrigo Otávio Moretti-Pires
Coorientadora: Natália Fonseca de Abreu Rangel

Florianópolis
Outubro de 2017

AGRADECIMENTOS

Primeiramente... a todas e todos que ainda resistem e acreditam na luta como a única ferramenta capaz de vencer a onda de conservadorismo e violência que vêm cerceando nossa liberdade.

À minha mãe, Luciana Wodzinsky, por me ensinar que mudar de opinião é um sinal de sabedoria, e que ser forte é uma necessidade. E por me ajudar a me manter firme de forma tão afetuosa. Ao meu pai, Leone Silva, por me mostrar que a nossa visão de mundo é apenas uma dentre tantas outras, que ao se compartilharem, se tornam infinitas. E por me permitir enxergar que nada é permanente, mas resultado de uma construção. E à toda minha família que me sustentou até aqui.

À professora Neila Maria Viçosa Machado, por me apresentar a beleza da Nutrição construída com afeto logo em meus primeiros contatos com a graduação. E na mesma intensidade à todas e todos da TearSAN, por me lembrar até hoje da potencialidade desta profissão quando estamos dispostos a construir com o outro.

Aos nossos orientadores, Rodrigo Otávio Moretti-Pires e Natália Fonseca de Abreu Rangel, por terem nos apresentado e possibilitado mais esta forma de mudança.

À todas e todos que algum dia cruzaram comigo e contribuíram na construção de quem me tornei através do compartilhamento da sua vivência.

À minha dupla desta empreitada, Jacobina Rivas Cantisani, pela paciência, compreensão e horas dispensadas nesta incrível jornada que é questionar e buscar a mudança de forma rotineira.

E por fim, à minha companheira e musa inspiradora, Barbara Janaina Pansera, que vêm me apoiando e me ensinando a olhar para o mundo de forma crítica e sonhadora. Não existem formas de referenciar tua contribuição nesta construção.

Barbara Leone Silva

A todas aquelas e aqueles com quem compartilho algum laço: de sangue, de afeto, de ideias ou ideais.

Em primeiro lugar, à Barbara - minha dupla - que aceitou entrar nessa aventura comigo. Por todas as angústias, loucuras e maravilhas que passamos juntas pra chegar até aqui.

Aos meus pais e irmãos pelo amor, apoio e paciência nos inúmeros momentos de ausência durante este período.

Ao Cris, companheiro-amor, que me ajudou a trilhar este caminho com olhos, mente e coração mais abertos.

Às amigas Nanda e Gabi - fortes, lindas, loucas e amorosas - pelos cafés, cervejas, medos e alegrias compartilhados e por me mostrarem que é possível pensar a Nutrição de outras formas.

Às companheiras e companheiros do Movimento Estudantil, por me ensinarem, no dia a dia, que “só a luta muda a vida”.

Às professoras e professores - especialmente à Neila - que mais do que “passar” conhecimento, estabelecem relações de compartilhamento e afeto que possibilitam a formação de profissionais dispostas a compreender e respeitar o outro.

Por fim, e não menos importante, à orientação do professor Rodrigo Moretti e a todo suporte e paciência da Natália Rangel, que foi quem nos colocou em contato pela primeira vez com a temática e nos conduziu até aqui.

Jacobina Rivas Cantisani

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
RESUMO	5
1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	7
2.1 Objetivo Geral	7
2.2 Objetivos Específicos	7
3 METODOLOGIA	7
4 RESULTADOS	10
4.1 Referencial Teórico	10
4.1.1 OBESIDADE	10
4.1.2 NORMAL E PATOLÓGICO	13
4.1.3 ESTIGMA E RISCO	15
4.1.4 CONCEPÇÃO DE SAÚDE	18
4.1.5 <i>GORDOFOBIA</i>	20
4.1.6 A FORMAÇÃO EM NUTRIÇÃO	25
4.2 Percepção Estudantil da Temática na UFSC⁵	28
4.2.1 MARCADORES DE SAÚDE	28
4.2.2 <i>GORDOFOBIA</i>	29
4.2.3 GÊNERO E NUTRIÇÃO	31
4.2.4 NUTRICIONISTA GORDA	33
4.2.5 DIFERENÇA DE TRATAMENTO: GORDO E MAGRO	34
4.2.6 DILEMAS DA ABORDAGEM PROFISSIONAL	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
APÊNDICES	44
ANEXOS	46
REFERÊNCIAS	47

APRESENTAÇÃO

“Os trabalhos científicos são parecidos com a música que fosse feita não para ser mais ou menos passivamente escutada, ou mesmo executada, mas sim para fornecer princípios de composição.”

BOURDIEU, 2009, p. 63

A obesidade é tida como uma doença, dentro das perspectivas de saúde hegemônicas. No campo da Nutrição ela é apontada não só como uma patologia, mas como um importante fator de risco para outras doenças.

Ao longo da nossa formação¹ de graduação em Nutrição na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), nos deparamos com inúmeros questionamentos e dúvidas sobre a real validade dessa visão disseminada sobre o que é obesidade. Fomos percebendo, ao longo do curso, que essa visão normativa sobre como deve ser um corpo tido como saudável pode acarretar em diversos problemas tanto para aqueles indivíduos que não seguem esse padrão de normatividade quanto para toda a população que se torna alienada e vulnerável a distúrbios de autoimagem corporal.

Começamos, então, a tomar conhecimento e a nos aprofundar na temática da *gordofobia*, o que nos fez perceber tanto o amplo grau de complexidade desta questão, quanto a necessidade dela ser debatida e problematizada dentro da área da saúde e, mais especificamente, no campo da Nutrição.

Porém, desconstruir crenças e paradigmas acarreta na necessidade de uma nova construção. Desta forma este trabalho tem o intuito de despertar novos olhares e interesse por novas possibilidades para a formação e a prática do profissional nutricionista, para que possamos assim, começar a pensar coletivamente na construção de uma profissão que promova saúde de forma universal, integral e equânime, humanizada e sem estigmatização.

¹ Acreditamos que seja importante esclarecer que neste estudo não trabalhamos com a ideia da impessoalidade que crê na separação total entre sujeito observador (pesquisadores/as) e objeto a ser observado (pesquisados/as). Somos parte integrante e nos relacionamos diretamente com o nosso próprio objeto de estudo. Negar isso seria falsear a realidade existente, o que configuraria - em última análise - um ato de desonestidade intelectual.

AS INTERFACES ENTRE A GORDOFOBIA E A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM NUTRIÇÃO: Uma problematização necessária.

Las interfaces entre la *gordofobia* y la profesionalización en nutrición: Una problematización necesaria

CANTISANI, Jacobina Rivas¹; SILVA, Barbara Leone¹; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio²; RANGEL, Natália Fonseca de Abreu³

¹ Graduandas em Nutrição pela Universidade Federal de Santa Catarina

² Professor Doutor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina

³ Mestranda em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO:

Este trabalho se propõe à reflexão sobre o modo como a formação em Nutrição é passível de reproduzir *gordofobia*, e as possíveis implicações desta. Foi feito a partir do resgate teórico de trabalhos abordando sociologia e história da obesidade, conceituação de normal e patológico, estigma e risco, concepções de saúde, *gordofobia*, e a profissionalização em Nutrição; além da análise das narrativas de estudantes de graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina, a partir de Grupo Focal. Percebemos ao longo deste trabalho a necessidade de diálogo entre os saberes da nutrição e de outras áreas do conhecimento, na tentativa de eliminar visões simplistas sobre corpo e saúde e qualificar a formação e a prática profissional. Concluímos que ainda há muito a aprofundar na temática da *gordofobia*, especificamente na formação da/o profissional Nutricionista. Necessitamos reavaliar nossos antigos/atuais caminhos e propor a reflexão e busca de novas rotas que possibilitem a construção de práticas e saberes que expandam os limites das abordagens historicamente consolidadas na área da Nutrição.

Palavras-chave: *gordofobia*, saúde, nutrição, risco

RESUMEN

Este trabajo se propone a la reflexión sobre cómo la formación en Nutrición es posible de reproducir *gordofobia*, y las posibles implicaciones de ésta. Se ha hecho a partir del rescate teórico de trabajos abordando sociología e historia de la obesidad, conceptualización de normal y patológico, estigma y riesgo, concepciones de salud, *gordofobia*, y la profesionalización en Nutrición; además del análisis de las narrativas de estudiantes de graduación en Nutrición de la Universidad Federal de Santa Catarina, a partir de Grupo Focal. Se percibe a lo largo de este trabajo la necesidad de diálogo entre los saberes de la nutrición y otras áreas del conocimiento, en el intento de eliminar visiones simplistas sobre cuerpo y salud y calificar la formación y la práctica profesional. Concluimos que todavía hay mucho que profundizar en la temática de la *gordofobia*, específicamente en la formación del profesional Nutricionista. Necesitamos reevaluar nuestros antiguos / actuales caminos y proponer la reflexión y búsqueda de nuevas rutas que permitan la construcción de prácticas y saberes que expandan los límites de los enfoques históricamente consolidados en el área de la Nutrición.

Palabras clave: *gordofobia*, salud, nutrición, riesgo.

1 INTRODUÇÃO

*“A igreja diz: o corpo é uma culpa.
A ciência diz: o corpo é uma máquina.
A publicidade diz: o corpo é um negócio.
O corpo diz: eu sou uma festa.”*

Eduardo Galeano, 1994

A obesidade e seus desdobramentos vêm sendo estudados no campo da Nutrição há algumas décadas. Porém, além da busca pela “solução” deste “problema de saúde”, ainda carecemos de estudos que se aprofundem nas possíveis consequências destas interferências, que muitas vezes discriminam e culpabilizam a pessoa gorda. Ou seja, necessita-se estudar a influência da própria formação e da abordagem do profissional de saúde na construção de saúde e doença dos indivíduos.

Desde antes da obesidade entrar para o rol das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), deixando para trás a preocupação com as carências nutricionais e a fome, a ciência da Nutrição reproduz o pensamento biomédico (POULAIN, 2013). Em relação à obesidade, parte do pressuposto de que esta, enquanto doença, deve ser tratada do ponto de vista biológico-nutricional e como fator de risco para outras enfermidades (TORRES, 2016).

Este cenário, por sua vez, é consequência de uma construção histórica. A Nutrição, neste caso, enquanto formação e atuação profissional, ainda apresenta alguns problemas: é essencialmente técnica, biologicista, generalista e inespecífica (SIMÕES, 2014).

A visão do profissional em relação ao indivíduo considerado obeso é condicionada por uma determinada visão social-biológica sobre como deve ser um indivíduo “saudável”, com a atuação embasada na crença de que o paciente deve ser disciplinado e perseverante no tratamento, seguindo prescrições, a fim de alcançar o objetivo final: a perda de peso (ARAÚJO et al, 2015).

Porém, se por um lado conseguimos identificar formas de reprodução da *gordofobia* e normatividade, de outro encontramos uma ausência de possibilidades e técnicas de atuação que utilizem um conceito de saúde mais amplo que o hegemônico. Desta forma, este trabalho explora estas lacunas e apresenta o desafio do desenvolvimento de novas abordagens e ferramentas para atuação em Nutrição.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar a presença da *gordofobia* na formação profissional em Nutrição, identificando a percepção estudantil sobre o tema na UFSC.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Conceituar bibliograficamente a *gordofobia* na área da saúde;
- b) Identificar as formas de reprodução da *gordofobia* na formação acadêmica em Nutrição;
- c) Realizar uma revisão teórica sobre as possíveis implicações negativas que a *gordofobia* pode ocasionar nas práticas em saúde;
- d) Identificar a percepção estudantil do curso de Nutrição da UFSC sobre a temática e a demanda de exploração da mesma.
- e) Discutir alternativas estratégicas de qualificação da formação acadêmica que não estigmatizem a pessoa gorda e promovam saúde.

3 METODOLOGIA

A construção deste objeto de estudo, como aponta Bosi (1996, p. 19) “representa um processo dinâmico que se dá na interface do acadêmico com o existencial, compreendendo os aspectos políticos-ideológicos aí implicados”. Ou seja, não definiu-se de forma “neutra ou desinteressada”, mas bem posicionada quanto a realidade material e subjetiva apresentada.

Porém, a presença da *gordofobia* na área da nutrição, desde sua formação acadêmica, é um campo pouco explorado em pesquisas. Torná-lo um objeto de estudo suscitou de responder às seguintes perguntas: A Nutrição é uma profissão gordofóbica? Como a *gordofobia* se manifesta na formação em Nutrição da UFSC? E quais as possíveis consequências para o grupo social em questão?

Desta forma, o presente estudo se trata de uma pesquisa básica/fundamental, observacional, qualitativa, exploratória, com referencial bibliográfico e documental (FONTELLES, 2009).

Portanto, a metodologia deste estudo concentrou-se em quatro momentos principais: 1) o resgate teórico com o intuito de conceituar bibliograficamente a *gordofobia*; 2) identificação de discussões já existentes sobre o tema na área da Nutrição; 3) realização de um grupo focal para identificar a percepção dos estudantes do curso de graduação em Nutrição da UFSC quanto a presença da temática em sua formação e a necessidade desta discussão; 4) análise qualitativa com o cruzamentos dos dados obtidos nos três momentos anteriores.

O resgate teórico se concentrou em bibliografias que discutem análises sociológicas e históricas da obesidade, conceituação de normal e patológico, estigma e risco, concepção de saúde, *gordofobia*, e a profissionalização em Nutrição.

A revisão bibliográfica na área da Nutrição foi sistematizada com a utilização das palavras-chave “obesidade”, “*gordofobia*”, “preconceito”, “corpo” e “saúde”, combinadas de maneiras variadas para ampliação dos resultados, nas bases de dados mais comumente utilizadas na área da saúde. Utilizamos como critérios de seleção a presença de discussão sobre *gordofobia*, a abordagem terapêutica às pessoas gordas, a presença da perspectiva do/a profissional ou do/a paciente gordo/a, e a presença de análise mais ampla que a análise biológica para avaliação de risco em saúde. Já em relação aos critérios de exclusão, foram excluídos aqueles artigos que tratassem exclusivamente sobre bullying, cirurgia bariátrica ou apresentassem fuga da temática.

O grupo focal foi realizado com 4 estudantes, um de cada ano da graduação com exceção do último ano (correspondente ao período de estágio), que aceitaram o convite aberto, feito a todos os estudantes do curso de graduação em Nutrição da UFSC, por meio eletrônico.

Segundo Morgan (1997), Grupo Focal é uma técnica de pesquisa que coleta informações por meio da interação de grupos em um determinado tema relevante para a pesquisa.

Não se trata de entrevista em grupo ou coletiva, uma vez que os diálogos produzidos, assim como a comunicação não verbal, não é a fala de múltiplos indivíduos, mas sim um produto da interação entre as pessoas que fazem parte dele. A fala de um integrante do grupo pode ou não contemplar o ponto de vista dos/as

outros/as participantes. Em casos de concordância ou desacordo, os demais expressam sua perspectiva (de maneira verbal ou não verbal) frente ao que foi dito (MORGAN, 1997).

O produto de um Grupo Focal vai além do diálogo oral, é composto também pela comunicação não verbal, sendo assim, existe a necessidade de pelo menos um moderador e um ou mais observadores para registro desse aspectos da interação. Tanto os diálogos como as expressões não verbais são levadas em consideração na análise (MORGAN, 1997).

O Grupo Focal foi realizado com um moderador e dois observadores. Durante uma hora e trinta minutos, a discussão circulou em torno de perguntas direcionadas a identificação das formas de reprodução da *gordofobia* naturalizadas no método de ensino-aprendizagem da Nutrição da UFSC (Apêndice A). Cabe mencionar que o próprio interesse em participar de um grupo focal com a temática de *gordofobia* já diferencia estes estudantes dos demais, e além disso, os mesmos já haviam tido contato com a temática em outro espaços de formação, como o movimento estudantil ou cursos de extensão. Desta forma, a discussão executada neste grupo focal deve levar em conta uma formação prévia sobre a temática, fazendo com que esses indivíduos provavelmente consigam identificar com um olhar diferenciado situações naturalizadas hegemonicamente. Entendemos a necessidade de fazer essa observação, pois reconhecemos que estas falas não representam o universo total dos estudantes de Nutrição da UFSC.

Por fim, a discussão aqui apresentada buscou o cruzamento destes dados a fim de avaliar a relevância da temática na área de Nutrição e buscar alternativas estratégicas para qualificação da formação profissional em Nutrição na UFSC, sob uma perspectiva não-gordofóbica.

4 RESULTADOS

4.1 Referencial Teórico

4.1.1 OBESIDADE

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO), a obesidade pode ser definida como um acúmulo excessivo ou anormal de gordura no tecido adiposo, podendo prejudicar a saúde do indivíduo obeso (WHO, 2017).

A patologização do corpo gordo, enquanto algo a ser estudado, tratado e prevenido, teve início no período chamado de Transição Epidemiológica – entre a década de 1940 e início dos anos 2000, quando ocorreu a transformação das causas de mortalidade. Neste período as doenças infecciosas deram lugar às doenças degenerativas (cardiopatias, câncer, doenças metabólicas), chamadas também de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (POULAIN, 2002; DUARTE; BARRETO, 2012).

Antes de se iniciar o processo conhecido como Transição Epidemiológica o padrão de morbimortalidade predominante eram doenças infecciosas, parasitárias ou deficiências nutricionais. Foi um período de grande escassez de alimentos (poucos e distantes), onde a abundância de recursos alimentícios em algumas camadas populacionais aparece como processo de distinção social (POULAIN, 2013a; 2013b).

A segunda fase, quando inicia a regressão da mortalidade por doenças infecciosas e o aparecimento das DCNT, se dá em um período de maior abundância alimentar, onde a corpulência passa a ser vista como sinal de melhor posição social. E, por fim, a terceira fase, quando ocorre a “instalação das doenças degenerativas” (POULAIN, 2013a, p. 134) - tornando-se primeira causa de mortalidade. Período que, apesar das duas guerras mundiais, é marcado pela abundância alimentar e a magreza começa a ser vista positivamente como forma de distinção social (POULAIN, 2013a).

Posteriormente, Pischeral sugere uma quarta fase, da tentativa de “domesticação das doenças degenerativas” (PISCHERAL *apud* POULAIN, 2013a p. 134). Neste momento a magreza passa a ser vista como um sinal de boa saúde.

Também foi proposta uma quinta fase, por Drulhe, marcada pelo crescimento da obesidade e de transtornos alimentares, paralelamente à transformação das práticas alimentares decorrentes da superabundância alimentar e da pressão estética de um modelo de magreza ideal. (DRULHE apud POULAIN, 2013a; 2013b).

Este aumento dos níveis de obesidade (e diminuição dos níveis de desnutrição) que vem sendo vivenciado nos últimos 40 anos, como consequência de alterações no modo de vida da população - industrialização, urbanização, sedentarismo e mudanças de hábitos alimentares - é também conhecido como Transição Nutricional (NEVES; MENDONÇA, 2014).

É importante aqui destacar que, apesar de ser contraintuitivo para muitas pessoas, fome e sobrepeso não são opostos, mas estão relacionados. Principalmente se considerarmos a realidade brasileira, a insegurança alimentar determinada pela pobreza pode induzir as famílias à escolha de alimentos com alta densidade calórica associados ao baixo custo. A neurociência corrobora com a afirmativa, na medida em que revela mecanismos neurológicos onde ansiedade e estresse associados à restrição alimentar involuntária aumentam os riscos de transtornos alimentares caracterizados pelo consumo elevado de alimentos de alta densidade calórica (FAO, 2014).

Além disso, já existem hoje amplas evidências de adaptações metabólicas em resposta a longos e recorrentes períodos de jejum durante a vida e no período intrauterino. Ou seja, a ausência de substrato alimentar acarreta em adaptações para economia de energia, aumentando novamente o risco de ganho de peso ou transtornos metabólicos como a diabetes e a hipertensão arterial (FAO, 2014).

Recentemente, mais de 50% da população brasileira encontra-se com sobrepeso, e cerca de 16% da população adulta encontra-se em algum grau de obesidade (IBGE, 2010). Com o intuito de solucionar a problemática, assim como as outras profissões da Saúde, a Nutrição passou a dedicar-se ao estudo da obesidade, tradicionalmente, reproduzindo o pensamento biomédico, partindo do pressuposto desta enquanto doença que deve ser tratada do ponto de vista biológico-nutricional e como fator de risco para outras enfermidades (TORRES, 2016).

Nas últimas duas décadas, a OMS passa a considerar a existência de uma “epidemia da obesidade”, o que influencia o aumento de políticas públicas voltadas ao emagrecimento (POULAIN, 2013b). Um dos primeiros casos ocorreu nos Estados Unidos, em 1998, com o lançamento de campanhas que declararam “Guerra à Obesidade” (MORENO, 2015, p.5). Mais recentemente, a campanha de Michele Obama contra a obesidade nos EUA tornou-se, inclusive, tema do *Biggest Loser*² em 2012 (NBC, 2012).

A obesidade, então, é comumente e de maneira simplista definida como doença consequente de um balanço energético positivo, ou seja, maior consumo calórico e menor gasto energético. É tida como causa de incapacidade funcional, de redução da qualidade de vida, redução da expectativa de vida e aumento da mortalidade. Relacionam-se condições crônicas, como doenças renais, câncer, diabetes mellitus tipo 2, apneia do sono e hipertensão arterial sistêmica, diretamente com a incapacidade funcional e com a obesidade. Diversos estudos epidemiológicos têm levado a crer que a perda de peso leva à melhora dessas doenças, reduzindo o risco e a mortalidade (WHO, 2000; MELO, 2011).

Segundo normas da OMS, do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, o critério mais utilizado para definir o nível de gordura corporal de um indivíduo é o IMC (Índice de Massa Corporal), obtido pela razão entre o peso e a estatura do indivíduo ao quadrado ($IMC = \text{Peso} / \text{Estatura}^2$). Embora existam outros métodos como circunferência abdominal e pregas cutâneas, a utilização do IMC é majoritária por sua facilidade de aplicação, agilidade e baixo custo (WHO, 2017).

Muitos estudos, porém, questionam a relação de causalidade entre o IMC elevado e o risco de doenças cardiovasculares e doenças crônicas não transmissíveis. Alguns destes estudos, inclusive, apontam a obesidade (segundo o padrão estabelecido pelo IMC) como possível fator de proteção contra mortalidade, enfatizando a necessidade de desenvolvimento e utilização de outros métodos de predição de risco em substituição ao IMC. (AHIMA; LAZAR, 2013).

² Reality show estadunidense de competição de emagrecimento em que os participantes que são incentivados à extrema restrição alimentar combinada com alta intensidade de atividade física bem como humilhação e incentivo à purgação.

A evidência de pessoas consideradas obesas metabolicamente saudáveis vem sendo apresentada em diversos estudos. Flegal et al (2013) identificou a ausência de associação positiva entre obesidade grau 1 e mortalidade e associação negativa entre sobrepeso e mortalidade (CORI et al, 2015).

Podemos perceber que o método diagnóstico pelo IMC apresenta questionamentos e riscos por sua generalização (POULAIN, 2013a), categorizando indivíduos através de uma ferramenta originalmente formulada para avaliações de saúde a nível populacional (POULAIN, 2013a). Desta forma, indivíduos que não necessariamente estão doentes, mas que destoam dos critérios de normalidade estabelecidos pelo IMC, são enquadrados como portadores de obesidade, entendida neste contexto como uma patologia a ser tratada.

4.1.2 NORMAL E PATOLÓGICO

Para questionar o modelo adotado e propor novas abordagens, precisamos, primordialmente, entender como se construíram estes critérios de normalidade e qual papel eles cumprem.

As ciências da saúde dedicam-se a desenvolver e aprimorar os conhecimentos necessários ao processo terapêutico daquilo reconhecido como patológico. Como cita Canguilhem (2009, p. 12), “Para agir, é preciso ao menos localizar”. Assim, com a caracterização da doença, acredita-se recuperar saúde, ou seja, “restaurar na norma desejada o organismo afetado pela doença”.

Isso significa que ao tratarmos da patologia estaremos conceituando-a como algo heterogêneo à saúde: normal e patológico como concepções opostas e que não se relacionam.

Enquanto conceito, pode-se definir com certa precisão, segundo a utilização da fisiologia e da medicina, o normal enquanto um julgamento de valor, e não de realidade, definindo o máximo de capacidade física de um ser. A equívoca confusão de normalidade com a média de uma característica de uma espécie foi facilitada pela tradição filosófica realista, que dá a um caráter comum um valor de tipo ideal (CANGUILHEM, 2009).

Um exemplo que ilustra essa significação ao termo são os estudos de Quételet, que são a base da antropometria e dão origem a biometria e,

especificamente a ferramenta de triagem mais utilizada atualmente para a realização da avaliação nutricional: o IMC. Quêtelet, ao estudar a variabilidade da estatura do homem, tentava provar a submissão e a regularidade do homem às leis divinas, diferenciando então a média aritmética - mediana - da média verdadeira (CANGUILHEM, 2009). Ou seja, a base dos parâmetros antropométricos se fez na busca por evidenciar o caráter natural das características físicas humanas.

O problema de um modelo construído a partir de uma estatística é desconsiderar as especificidades de cada grupo estudado, uma vez que o que é entendido como um “desvio à norma” é na verdade um fenômeno inseparavelmente biológico e social e que está diretamente relacionado com a perspectiva (cosmovisão) do sujeito observador em relação ao sujeito observado. No caso, a visão do profissional de saúde em relação ao indivíduo tido como obeso é condicionada por uma determinada visão social-biológica sobre como deve ser um indivíduo “saudável”. (CANGUILHEM, 2009).

O corpo humano passa a ser, então, resultado de normas sociais. Ou seja, “uma forma específica normal seria o produto de uma normalização entre funções e órgãos cuja harmonia sintética não é oferecida gratuitamente, e sim conseguida em condições definidas” (HALBWACHS, 1912). E a utilização das médias esconde “o caráter essencialmente oscilatório e rítmico do fenômeno biológico funcional” (CANGUILHEM, 2009, p. 59) assim como suprime as variações antropológicas (ou seja, desconsidera o contexto cultural e as possíveis variações biológicas que podem ser decorrentes dos diferentes padrões culturais existentes, e que não necessariamente serão consideradas “fora do padrão” de normalidade em outras culturas) do mesmo objeto (HUBERT, 1997).³

Estas características que desaparecem em detrimento das médias, por sua vez, podemos chamar de anomalias, conseqüentes da variação individual e que garantem a diversidade humana. Porém, não devemos classificar a diversidade em patológico, pois, “Patológico implica *pathos*, sentimento direto e concreto de

³ Sahlins (1990), narra a vida nas sociedades havaianas pré-colombianas onde pessoas que, dentro dos padrões científicos ocidentais atuais seriam tidas como obesas eram, na verdade, não só pessoas consideradas saudáveis como eram sinônimo de beleza, status e poder (lideranças políticas).

sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada” (CANGUILHEM, 2009).

O problema da patologização das anomalias em busca de uma normalidade homogênea é grave pois conduz os seres humanos a uma busca individual pela solução de problemas coletivos - que muitas vezes são apenas casos de diversidade humana que não se encaixam na padronização medial estabelecida estatisticamente contribuindo para a manutenção de um modelo de saúde que corrobora com a busca incessante por um modelo corpóreo visto como ideal, favorecendo a mercantilização das práticas de saúde. (POULAIN, 2013a).

Além disso, de forma mais profunda, ao reduzirmos a doença a sintomas e complicações sem considerarmos o contexto em que está inserida, nos distanciamos da percepção de que a patologia depende da totalidade de um comportamento individual (CANGUILHEM, 2009), ou seja, tornamo-nos mais distantes de uma compreensão integral do indivíduo.

Portanto, é essencial sabermos que a forma que consideramos a variabilidade - como uma ameaça a forma específica ou como um caminho para uma nova forma - definirá o modo como iremos enxergar o ser vivo portador de uma nova característica (CANGUILHEM, 2009). Por isso esse debate conceitual e teórico é essencial para discussão da abordagem prática em saúde.

Neste sentido, a teoria de Canguilhem (2009) defende a capacidade de autopreservação e adaptação do ser humano, sendo a normatividade biológica incapaz de acompanhar este processo. O indivíduo obeso seria então anômalo, e não anormal, pois, de forma geral, amplia suas próprias normas de compatibilidade com a vida (SILVA; FERREIRA, 2013).

4.1.3 ESTIGMA E RISCO

No momento em que questiona-se a normatividade adotada hegemonicamente pela área da saúde, surgem questionamentos sobre os limites da prática em saúde, as consequências deste processo e as relações disso com a prática profissional. E o resultado prático para os indivíduos que desviam desta saúde normativa é a experimentação do estigma.

Estigma é definido por Goffmann (1963) como um processo que tende a desvalorizar indivíduos considerados "anormais" ou "desviantes", que são

classificados como tal por outros indivíduos. E, a partir do momento que determinado padrão é denominado como desviante, esta classificação por si só, justificaria atitudes discriminatórias e excludentes em maior ou menor grau (GOFFMANN, 1963).

O conceito de biopolítica (tratado mais detalhadamente no Item 4.1.5, que discorre sobre *Gordofobia*) também traz explicações para a hierarquização das populações consideradas mais ou menos saudáveis. Pois no contexto em que a biopolítica se estabelece como “governo sobre a vida”, sustentando-se na lógica médico-estatística de polarização entre o normal e o patológico, visualiza-se uma sobreposição do vital ao político, sustentando as desigualdades entre grupos populacionais. (CAPONI, 2014).

A antecipação e prevenção de todas as formas de possíveis perigos seria, na sociedade liberal ou neoliberal, a forma de controle populacional, trazendo à tona a ideia de risco “como quantificação probabilística de tudo aquilo que pode vir a representar um perigo ou ameaça para a vida das populações”. Ou seja, o Estado exerce poder sobre a população em nome da segurança e através dos mecanismos de risco-segurança. (CAPONI, 2014, p. 35).

A exclusividade dada aos fatos biológicos secundariza a dimensão política da existência, assim como a capacidade de reflexão e diálogo argumentativo, os vínculos sociais, os afetos (CAPONI, 2014). A biopolítica torna-se, portanto, um modo de gerir e administrar as populações, reduzindo os cidadãos à existência corpo-espécie, pois:

“os dispositivos de segurança permitem tratar à população como um conjunto de seres vivos que possuem rasgos biológicos e patológicos particulares, que correspondem a saberes e técnicas específicas. Para administrar essa população serão criadas políticas de diminuição da mortalidade infantil, prevenção de epidemias e endemias, intervenção nas condições de vida com o fim de modificá-las e de impor normas de alimentação, moradia, urbanização, etc.” (CAPONI, 2014, p. 35).

O estigma e a biopolítica, no caso da estigmatização de pessoas gordas, reduzem o indivíduo a sua característica corporal ou comportamental tida como anormal e o discrimina pela mesma, estabelecendo assim um controle coletivo sobre seu corpo e limitando sua atuação na esfera política. Quando se trata de gordos e gordas, estes mecanismos resultam na crença de que a obesidade é um reflexo das

qualidades morais dos indivíduos, principalmente o descontrole. Muito embora ela não se caracterize apenas por críticas ao indivíduo, mas por uma série de interações de ordem mais ampla que desmerecem e transformam-no em culpado por sua desvalorização (POULAIN, 2013b).

Conforme resume Silva e Ferreira (2013, p. 289):

“O corpo considerado gordo sofre um estigma perante a sociedade pela sua falência moral, bem como uma patologização por certas dimensões corpóreas definidas inadequadas biologicamente pelo referencial biomédico”.

As consequências do estigma são a exclusão e opressão do grupo em questão. Entre diversos outros adoecimentos, o estigma da gordura afeta a autoestima das pessoas gordas trazendo consequências sociais importantes, como a redução das chances de indicação para vagas de empregos, agravamento de desordens psicossomáticas e doenças induzidas pelo estresse (TORRES apud PUHL & HEUER, 2016).

O fracasso em corresponder às normas de identidade estipuladas tem efeito direto sobre a integridade psicológica do indivíduo, pois as normas levam a crer que a simples vontade resolveria um “desvio” que na verdade é resultado de uma construção social (GOFFMANN, 1963), como discorreremos anteriormente.

Além disso, as relações sociais e a relação com o próprio corpo são afetados significativamente por esta busca de saúde e de estética, pois fundamenta a identidade pessoal e o sentimento de pertencimento a determinado grupo social. O preconceito vivenciado nas relações afetivas - caracterizando o estigma - apresentam a definição do corpo gordo como resultado de preguiça, fracasso ou desleixo (SILVA; FERREIRA, 2013).

O estigma gera então um ciclo de opressão pois, apresenta-se uma gama de normas e juízos de valor - emitidos tanto pelos meios de comunicação como pelos próprios profissionais de saúde - sobre como o sujeito gordo deve construir sua identidade pessoal, sua saúde e seus comportamentos. E a insatisfação com a própria identidade, por sua vez, alimenta um componente mercadológico que promete “corrigir” sua aparência com ideais de emagrecimento (MATTOS, 2012).

De forma prática, ao reproduzir a estigmatização das pessoas gordas, os profissionais de saúde afastam estes indivíduos do acesso aos serviços de saúde - pois estende este sofrimento a um espaço social de vulnerabilidade do sujeito enquanto paciente - o que os vulnerabiliza ainda mais por terem negligenciados outros fatores de saúde/doença em detrimento do seu estigma (POULAIN, 2013a).

4.1.4 CONCEPÇÃO DE SAÚDE

Considerando então que a obesidade é uma construção social que é submetida a uma normatização, resultando em um estigma, cabe questionar: é possível uma prática que promova saúde e que não seja estigmatizante? Para responder a esta pergunta precisamos nos questionar quais concepções de saúde embasam nossas práticas.

Segundo Caponi (2003, p.59):

A saúde não pertence à ordem dos cálculos, não é o resultado de tabelas comparativas, leis ou médias estatísticas e, portanto, seu estudo não é exclusivo das investigações biomédicas, sejam elas quantitativas ou não.

Contudo, atualmente, a formação acadêmica em saúde ainda é “absolutamente biologicista”. Estuda-se a doença e não a saúde (ROS, 2017). De forma agravante, ou até mesmo causal, o estudioso da área da saúde é o que menos se interessa pelo sentido das palavras "saúde" e "doença" (CANGUILHEM, 2009).

Assim, a predominância da fisiologia no estudo das ciências da saúde (CANGUILHEM, 2009) simplificam e fragmentam o ser humano, destacando-o de seu contexto social, reforçam a problemática da patologização e estigmatização discutidas anteriormente e permitem a consolidação de práticas de intervenção e controle sobre as formas desviantes como medidas de prevenção e segurança (CAPONI, 2014).

Portanto, é essencial reconhecer, antes de tudo, que para desenvolver uma prática em saúde que seja humanizada, promotora de saúde e reconheça o

indivíduo em toda sua historicidade e sociabilização, é preciso desenvolver e consolidar novas concepções de saúde.

Isso porque, apesar da frequência em que o termo 'obesidade' aparece na literatura científica como uma doença crônica, entende-se que "muito mais do que uma condição orgânica, a obesidade é um fato social." (MATTOS, 2012, p. 26). E muito mais do que um fato, a obesidade é uma construção social. Pois, para ser considerada uma doença, foi necessário o contexto da transição nutricional, associado à mudança nos valores simbólicos da corporalidade. Ao entendermos estes contextos como processos sociais, a abordagem clínica biomédica se mostra insuficiente para atuar de maneira satisfatória diante de um fenômeno tão complexo.

Evidencia-se a necessidade de se ampliar a análise acerca desta temática, principalmente ao se considerar as origens normativas dos principais métodos de triagem de risco na prática clínica em Nutrição.

Sendo assim, a concepção que embasa este trabalho e reconhece o exposto até então é a determinação social do processo de construção de saúde e doença. A partir deste conceito podemos analisar o possível processo de adoecimento que podem sofrer as pessoas para além da dimensão biológica (SILVA; FERREIRA, 2013).

Entender a saúde-doença como um processo social significa reconhecer a existência de estruturas sociais condicionantes, que agem coercitivamente em cima dos indivíduos e suas escolhas. Mais que isso, reconhece uma hierarquia entre os fatores que promovem o adoecimento, não colocando, por exemplo, "estilos de vida" no mesmo patamar de "condição socioeconômica", mas sim o primeiro como algo subordinado e que atua a partir de condições impostas pelo último.

É importante reconhecermos também que escolhas e os gostos não são apenas pessoais, mas uma negociação entre o *habitus* e o campo (BOURDIEU, 2007), ou seja, uma construção a partir de todas as concepções individuais constituídas a partir da história do sujeito em que sua subjetividade é constantemente ressignificada em contato com as experiências pessoais do sujeito em relação com o mundo social.

Assim, entender o binômio saúde-doença como um processo social mais amplo se mostra essencial para retirarmos o olhar "culpabilizador" sobre os

indivíduos, como se bastassem a estes ter "força de vontade" e "iniciativa" para mudar sua prática cotidiana a fim de melhorar sua condição de saúde.

No caso das pessoas tidas como obesas, além de tentar compreender a complexidade interacional que leva às pessoas ao ganho de peso, deve-se considerar que a premissa estatístico-biomédica de perda de peso para o alcance de uma vida saudável pode ser, ela em si, prejudicial para a inclusão social e reconhecimento político daquela pessoa vista como "anormal".

Ou seja, reconhecer e adotar outras concepções de saúde na produção de conhecimento e, e conseqüentemente, na prática profissional é primordial para repensar estes meios e reconstruí-los de forma a atender a demanda de uma prática não-opressora e crítica.

4.1.5 GORDOFOBIA

Conceituar *gordofobia* se mostra um desafio visto a escassez de estudos sobre o tema na bibliografia científica, principalmente no Brasil (CORI et al, 2015). A abordagem científica encontrada, em sua maioria, é proveniente da organização de grupos sociais (Movimento Gordo⁴) que demandam ações estratégicas para o combate da mesma.

Segundo Arraes (2014), cordelista e militante das causas gorda e negra, pode-se definir *gordofobia* como sendo:

[...] uma forma de discriminação estruturada e disseminada nos mais variados contextos socioculturais, consistindo na desvalorização, estigmatização e hostilização de pessoas gordas e seus corpos. As atitudes gordofóbicas geralmente reforçam estereótipos e impõem situações degradantes com fins segregacionistas; por isso, a *gordofobia* está presente não apenas nos tipos mais diretos de discriminação, mas também nos valores cotidianos das pessoas (ARRAES, 2014).

Além disso, a *gordofobia* está intimamente associada à *lipofobia*. A diferença entre a *lipofobia* e a *gordofobia* é que a primeira é caracterizada como discriminação para com indivíduos gordos e seus corpos, estigmatizando-os nas mais diversas

⁴ O Movimento Gordo surge como uma tentativa de superação do estigma, desempenhando um importante papel na aceitação das pessoas gordas pela sociedade, por meio de ações estruturadas (NEVES; MENDONÇAS, 2014).

associações possíveis: descontrole, desleixo, preguiça, incapacidade, doença, inadequação, não pertencimento (GURGEL, 2017). Enquanto a segunda é a aversão sistemática à “gordura em si”, ou seja, o medo da própria pessoa em tornar-se gorda (FRANCISCO, DIEZ-GARCIA, 2015).

A *gordofobia* traduz-se em desigualdades em ambientes de trabalho, instituições de saúde e de ensino, muitas vezes devido à generalização de estereótipos negativos de que pessoas com sobrepeso e obesidade são preguiçosas, desmotivadas, indisciplinadas, menos competentes e desleixadas (PUHL; HEUER, 2010; CORI et al, 2015), acarretando consequências diretas em nível psicológico (depressão, ansiedade, autoimagem e transtornos alimentares), social e econômico (HUNGER et al, 2015); além de consequências indiretas como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (promoção, prevenção e tratamento) (FRANCISCO; DIEZ-GARCIA, 2015), revertendo em maiores custos para o SUS, a longo prazo.

A *gordofobia* é, portanto, a marginalização consequente da estigmatização (CORI et al, 2015), e a materialização da biopolítica da obesidade, onde o controle da massa corporal é uma forma de controle dos corpos. Silva e Ferreira (2013) citando Mattos (2012) aponta que:

“(...) medir os sujeitos a partir de parâmetros que definem supostas médias da espécie humana hierarquiza formas de corpo que são (des)qualificadas social e culturalmente, segundo Mattos. O corpo gordo se torna um desvio do padrão dito normal – leia-se aparentemente belo e saudável, valores esses compartilhados e perseguidos pela sociedade contemporânea.” (MATTOS, 2012; SILVA; FERREIRA, 2013).

Quando a biopolítica coloca a vida como objeto de estudo das ciências biológicas e como um espaço de governabilidade, ela se constitui como uma tecnologia científica e política que se exerce sobre as populações anômalas, e que tem como preocupação imediata antecipar os riscos. Os mecanismos de segurança estabelecidos para cada risco ou perigo desempenham papéis similares a mecanismos disciplinares, maximizando as forças produtivas com a diminuição da capacidade política (CAPONI, 2014).

Desta forma, o “pacto de segurança” que vinculam o Estado e a população de sociedades liberais não só legitimam a intervenção na antecipação a todo risco como um compromisso - o que não será visto como excesso de poder, autorizando a

realização de intervenções extralegais - como também cria uma compreensão coletiva de que os próprios sujeitos são responsáveis pela vigilância e controle dos riscos como um dever moral, pois o liberalismo propaga a ideia de que qualquer pessoa é capaz de antecipar os riscos se estiver devidamente informado. (CAPONI, 2014, p. 35).

É esta organização que faz com que o corpo gordo se torne um objeto de controle tanto da sociedade quanto dele próprio, criando mecanismos de adequação em nome da prevenção de riscos de complicações, ou seja, em nome de sua segurança.

Porém reconhecer a existência de uma opressão contra pessoas consideradas obesas é insuficiente, uma vez uma compreensão ampla exige o reconhecimento dos marcadores sociais (interseccionalidades) correspondentes “às conexões de diferentes fatores que demarcam territórios específicos de vivências na vida de cada sujeito e/ou grupo” (PERPÉTUO, 2017).

Portanto, devido a diversos fatos evidenciados e que serão explorados a partir daqui, um importante recorte a ser feito - e que é intrínseco à discussão sobre o controle dos corpos, a *gordofobia*, e a formação profissional em nutrição - é a discussão de gênero, concebendo-a enquanto uma construção histórica e cultural (SOUZA et al, 2016).

Estudos que identificam uma maior vulnerabilidade das mulheres às pressões dos padrões socioculturais, econômicos e estéticos apontam este fato como agravante de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (BOSI et al, 2006). Segundo Almeida et al (2005), “A insatisfação com o corpo tem sido frequentemente associada à discrepância entre a percepção e o desejo relativo a um tamanho e a uma forma corporal”.

Para o segmento feminino, a exigência de corpos magros caracteriza-se como sinônimo de normalidade. (ALMEIDA et al, 2005). Além disso, estudos têm mostrado que a imagem corporal é um fator preditor para a prática de dietas, sendo a frequência destas práticas mais um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar. (BOSI et al, 2006).

Considerar estas constatações é essencial para o prosseguimento da análise quanto a *gordofobia* na Nutrição, uma vez que o controle dos corpos é enfatizado no

grupo das mulheres. Principalmente se retomarmos a discussão trazida pela biopolítica - de que o controle dos corpos afasta o indivíduo do meio político, jurídico e social - é possível compreender o que diz Wolf (1992, p.248) quando afirma que: “O hábito da dieta é o mais possante sedativo político na história feminina. Uma população tranquilamente alucinada é mais dócil.”.

Este controle faz com que as mulheres gordas sofram uma opressão peculiar: além da discriminação experimentada nas relações sociais, de forma velada ou não, da constante vigilância, da culpabilização e da cobrança por iniciativas que a encaixem no padrão estético hegemônico, estas mulheres enfrentam uma batalha contra si mesmas, apresentando auto reprovação, culpa, e maior risco de desenvolvimento de transtornos psicológicos e alimentares (ORBACH, 1978).

É importante entender que esta preocupação excessiva com a própria aparência não se dá ao acaso, mas é consequência de uma objetificação da mulher que enfatiza a aparência como aspecto principal de sua existência. Ou seja, grande parte de seus sentimentos e sua identidade depende de como a mulher se vê e é vista pelos outros (ORBACH, 1978).

Considerando todos estes fatores, resta caracterizar as fontes e as formas de preconceito contra as pessoas gordas na área da Saúde.

Relatos de pacientes considerados obesos indicam que os profissionais de saúde são uma fonte importante de preconceito (FOSTER et al, 2003). Estudos internacionais constataam atitudes negativas à obesidade entre médicos, enfermeiros, psicólogos, educadores físicos e nutricionistas (CORI et al, 2015). Evidenciou-se a presença de preconceito implícito significativo inclusive com especialistas em obesidade (SCHWARTZ et al, 2003).

Um estudo de CORI et al (2015), que teve o objetivo de identificar atitudes de nutricionistas em relação à obesidade, constatou uma forte estigmatização da obesidade e preconceito contra o obeso, atribuindo ao mesmo características como: guloso, não atraente, desajeitado, sem determinação, preguiçoso e desonesto. Entre os mais importantes fatores apontados pelos profissionais como causa estavam: alterações emocionais e de humor, vício ou dependência de comida, sedentarismo e baixa autoestima. Cabe destacar que outros fatores como alterações metabólico-

hormonais, situação financeira e social, e realização frequente de dietas não foram considerados tão importantes pelos profissionais (CORI et al, 2015).

O estudo discute que esta simplificação dos fatores etiológicos da obesidade pode acarretar na culpabilização do indivíduo, negligenciando a interação entre heranças genéticas e os fatores socioambientais. Além disso, discute-se também a problemática da frequência com que os profissionais mencionaram a “falta de consciência” ou a falta de informação como motivos da obesidade, o que enfatiza a culpabilização individual (CORI et al, 2015).

Um ponto interessante do estudo chama a atenção para a vigilância aos próprios profissionais de saúde, que, segundo as respostas dos profissionais, devem manter seu “peso adequado”, pois devem ser exemplos. A discordância de que as “pessoas obesas possam ser tão saudáveis quanto às de peso normal” também foi outro ponto discutido. (CORI et al, 2015).

Outro modo muito comum de exclusão dos indivíduos gordos nos espaços de atendimento em saúde é a falta de equipamentos e profissionais qualificados para o atendimento, conforme relata Patrício (2017):

“Durante toda a gestação, que transcorreu tranquilamente, não houve em momento algum uma conversa sobre a impossibilidade do meu parto ocorrer. No dia do parto, o hospital alegou não ter uma maca que suportasse meu peso e nem uma agulha específica para a anestesia. Do nada eu me vi completamente desamparada e sem perspectiva do que aconteceria comigo e com meu filho. Uma amiga acionou a imprensa e só aí o hospital se prontificou a conseguir os equipamentos necessários para o meu parto. No dia seguinte o parto ocorreu, de forma tranquila e com uma equipe qualificada.”

A questão da acessibilidade, porém, não se limita ao serviço de saúde, mas está presente de forma constante na vida das pessoas gordas, apresentando-se no tamanho das cadeiras, das catracas, das roupas. Com isso, podemos ampliar um pouco mais nossa compreensão sobre a complexidade de caracterização da gordofobia.

Portanto, a mudança da postura do profissional de acordo com o IMC do paciente, além de estigmatizante e gordofóbico, vulnerabiliza ainda mais este sujeito, reforçando - e revelando-se o real fator causal - a predisposição destes indivíduos a problemas físicos e psicológicos (CORI et al, 2015).

4.1.6 A FORMAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Considerando a formação teórica como algo que define e conforma a prática do profissional nutricionista, refletindo em sua identidade profissional e profissionalização (BOSI, 1996), é essencial a realização de uma análise desta formação enquanto peça fundamental da construção de uma identidade coletiva e, conseqüentemente, de uma determinada compreensão da categoria por parte da sociedade.

Novamente, para uma compreensão ampla da atualidade, é preciso reconhecer que a profissão de nutricionista é permeada por significações de gênero na sua constituição histórica, apesar de identificar-se uma abordagem inexpressiva do tema nos estudos sobre formação e prática em Nutrição (SOUZA et al, 2016). A feminização dos empregos não só preserva a hierarquia dos poderes e papéis (HIRATA, 2002), como também sujeita a categoria à opressões que vulnerabilizam e enfraquecem a atuação (ROCHA, 2008). No item 4.2.3 (Gênero e Nutrição) a questão é abordada de forma mais aprofundada.

Através de um breve resgate histórico, é possível perceber alterações no foco dos estudos em Nutrição com o passar dos anos. A América Latina e o Brasil se diferenciam da América do Norte e Europa quanto ao surgimento dos estudos em Nutrição, pois, enquanto estes centraram seus estudos no biológico, na saúde individual, e na forma de intervenção da alimentação nas condições de saúde do homem sadio ou enfermo - baseado na clínica, na fisiologia e no laboratório, como uma especialidade médica - aqui identificava-se a perspectiva social, preocupada com aspectos relacionados à produção, à distribuição e ao consumo de alimentos pela população - voltada para o coletivo, a sociedade, a economia e a disponibilidade de alimentos. (VASCONCELOS, 2002). Na década de 60, constituiu-se um campo profissional de três dimensões: o alimento, a nutrição humana e os serviços de saúde, considerando esta última uma esfera em comum de todos os profissionais da saúde. (ROCHA, 2008).

Alguns estudos apontam a presença de dilemas na formação/atuação profissional em Nutrição no Brasil: essencialmente técnica, biologicista, generalista e inespecífica (SIMÕES, 2014).

Uma das principais autoras brasileiras sobre a temática, Maria Lúcia Bosi (1989), nos descreve enquanto profissionais “essencialmente técnicos”, com ênfase no “saber biológico” e especializados/fragmentados dentro da área de atuação. Além disso, Bosi (1996) também aponta para a problemática de uma formação ampla, superficial e inespecífica. Assim como o emprego do termo “generalista”, utilizado para definir o perfil do Nutricionista, o que dificulta a delimitação, de forma clara e objetiva, de qual seria o campo de atuação deste profissional.

Por sua vez, Costa (2001) que também analisa a estrutura curricular predominante nos Cursos de Nutrição no Brasil, o perfil profissional e o atendimento ao mercado de trabalho, argumenta que os Cursos de Nutrição são direcionados prioritariamente para atender aos interesses econômicos e ao mercado de trabalho, em vez de atender às demandas sociais. Além disso, ela aponta a tendência do Nutricionista a atuar de forma biologicista, sob a perspectiva da doença e reduzi-la a um “desvio”, de caráter meramente individual.

Mais recentemente, Mortoza (2011), a partir de uma análise de conteúdos dos materiais utilizados nas instituições de ensino superior no Brasil, mostra que a literatura científica de Nutrição está principalmente pautada: a) na censura ao paciente pela nutricionista; b) na crença de que o paciente deve ser disciplinado e perseverante no tratamento; c) em prescrições emagrecedoras (dietas, atividade física e medicamentos) que, isoladamente, fracassam em seus objetivos, d) na ideia de que, apesar de a perda de peso ser difícil de ser alcançada, é imprescindível.

Além disso, constata-se que “a formação do nutricionista é falha em estratégias de aconselhamento, mudança comportamental e abordagem da imagem corporal” (CORI et al, 2015, p. 572). Ou seja, além de apresentar objetivos limitados na conduta terapêutica, estes predominantemente não são alcançados.

Em relação ao Curso de Graduação em Nutrição da UFSC, este foi o primeiro do Estado de Santa Catarina, criado em 10 de agosto de 1979 (ALVES; ROSSI; VASCONCELOS, 2003). Atualmente o curso de Nutrição da UFSC é constituído tanto por disciplinas ministradas por professores do Departamento de Nutrição (em média 36 profissionais), quanto por disciplinas de outros 16 departamentos das mais diversas áreas. A maioria das disciplinas advindas de outros departamentos são

provenientes das Ciências Biológicas, muito embora o curso tenha uma trajetória de construção de currículo muito mais voltada para o "social" (SIMÕES, 2014).

O perfil profissional idealizado pela proposta curricular, que segue as Diretrizes Curriculares Nacionais, priorizando a formação para o SUS é o que consta no Projeto Pedagógico do curso de Nutrição da UFSC:

O Curso de Graduação em Nutrição tem como perfil do egresso um profissional cidadão, com formação generalista, autônomo na busca do conhecimento, sensível e crítico em relação à realidade social, econômica, política e cultura, percebendo o ser humano e o mundo em sua integralidade, capaz de atuar como agente de transformação, trabalhando interdisciplinarmente de forma comprometida, ética e sustentável, em todos os campos de conhecimento em que a alimentação e a nutrição se apresentem fundamentais para a promoção e recuperação da saúde, bem como, a prevenção e tratamento de doenças de indivíduos e coletividade. (UFSC, 2015).

Apesar disso, há uma polarização entre o idealizado pela proposta curricular e alguns outros perfis profissionais que se desenham ao longo da formação, mais voltados aos interesses privados e às demandas de mercado. Simões (2014) aponta que, diferentemente do perfil idealizado pelo curso, outros perfis de profissional se desenham ao longo da trajetória acadêmica, cada um relativo a uma perspectiva teórica-profissional. Destacam-se o Nutricionista Social (e também biológico) e o Nutricionista biológico (e também social) relacionados, respectivamente, às áreas de Saúde Pública e de Clínica. Em comum, ambos apresentam dificuldades em "costurar" os diferentes saberes nas diversas áreas de conhecimento (das Biológicas às Ciências Humanas), o que leva a frustrações e angústias por parte dos estudantes, que não se sentem seguros e com conhecimento suficiente para a futura prática profissional.

4.2 Percepção Estudantil da Temática na UFSC⁵

4.2.1 MARCADORES DE SAÚDE

Conforme visto anteriormente, no embasamento teórico, o diálogo construído com estudantes, através de grupo focal, confirma a preponderância do IMC como fator preditivo de saúde ou doença.

"Só que tudo ali a gente faz com ele. Qualquer cálculo, qualquer coisa que a gente precise usa o IMC." (ESTUDANTE 3)

"Teoricamente falando, na faculdade, não cheguei a usar outras medidas que não o IMC. É o que é mais utilizado mesmo. Apesar de ter essa alternativa [circunferências], não sei se seria viável. Porque dispensa tempo e também a questão de quem tá sendo avaliado ficar confortável né?" (ESTUDANTE 1)

"Na parte que fala da nutrição, da avaliação antropométrica da criança, o professor colocou como verdade absoluta o IMC. Tipo: 'acreditem em mim, que isso pode ser generalizado sim', e beleza. E do adolescente, a professora fez a crítica assim, mas... é isso né? Você faz a crítica mas continua assim." (ESTUDANTE 2)

Para além dele, os marcadores de saúde mais frequentemente utilizados na prática do/a nutricionista são circunferência abdominal, relação cintura/quadril, exames bioquímicos e – eventualmente - pregas cutâneas, demonstrando um rol muito reduzido (apenas de cunho biológico, sendo que a maioria deles são marcadores de medidas antropométricas) de recursos para determinação do que é um indivíduo saudável.

"Na Avaliação Nutricional a gente aprende outras formas também pra usar, tipo circunferência, mas sei lá, não sei se eu também concordo com elas. (...) A gente aprende outros, na verdade, mas o que a gente mais usa é o IMC." (ESTUDANTE 4)

Quando levantada a questão da diferença - aprendida na formação - entre um corpo considerado saudável e um não saudável, um estudante respondeu "que a (pessoa) não saudável é a mais pesada." (ESTUDANTE 4).

⁵ Conforme mencionado na Metodologia é importante reconhecer que estas falas não representam o universo total dos estudantes de Nutrição da UFSC.

Alguns estudantes demonstraram insatisfação em utilizar os recursos avaliativos disponíveis, porém sentem-se inseguros por não dispor de métodos alternativos para embasar suas práticas.

"Acho que é mais importante uma conversa pra entender a vida da pessoa do que ficar medindo ela e calculando." (ESTUDANTE 4)

"Eu gostaria de não usar também. Eu prefiro muito mais uma conversa do que essas medições, mas eu fico me perguntando se a pessoa que for me consultar não vai esperar isso de mim. Porque já é tão passado isso pra população que a gente faz isso, que a gente mede, que a gente dá... porcentagem de gordura, isso e aquilo." (ESTUDANTE 1)

4.2.2 GORDOFOBIA

Percebemos por meio das falas dos estudantes (e na nossa vivência dentro do curso) que alguns/algumas docentes de Nutrição reconhecem a existência da *gordofobia*, embora tratando-a de maneira superficial no que parece ser um processo de adaptação geracional, uma vez que o tema, provavelmente, não foi discutido por eles/elas em suas respectivas formações universitárias (o termo *gordofobia* em português e a discussão sobre o tema no Brasil são recentes).

"O professor falou assim: 'não quero nem entrar no fato de *gordofobia* - que isso era outra coisa - vamos falar só da doença'. Acho que esse foi um dos únicos comentários que ouvi na graduação inteira." (ESTUDANTE 1)

"(...) Trazer ela [a palavra *gordofobia*], o que é ela, o que a gente pode fazer para evitar, porque eu acho que ela é assim, velada, sabe? (...)" (ESTUDANTE 3)

"Apesar de estar na terceira fase, nunca ouvi falar..." (ESTUDANTE 2)

"Eu também não (...) eu não lembro, sabe? Nem dele [professor mencionado anteriormente] ter falado disso, nem de outros professores." (ESTUDANTE 4)

"É, eu também não lembro." (ESTUDANTE 1)

Nas falas de todos os estudantes ficou evidenciada a falta de tratamento do tema durante a formação. Como estudantes da última fase do curso de Nutrição, também podemos afirmar que ao longo de nossa formação esse tema nunca foi abordado pelo corpo docente.

Algo importante de se reconhecer são as diversas camadas nas quais se sustenta o discurso gordofóbico. Primeiramente, ele não aparece como uma simples "objeção" ou "ojeriza" ao corpo gordo, mas sim de maneira mais sutil, através de um discurso "científico" que embasa e sustenta a ideia de que uma pessoa "obesa" necessariamente está com alguma doença ou problema de saúde e, dessa forma, necessariamente terá que ser tratada.

"Eu tou numa fase em que, agora, todas as comorbidades que a gente estuda estão diretamente relacionadas a sobrepeso e obesidade."
(ESTUDANTE 1)

"No curso, pra mim, a impressão que dá é que dizer 'gordo' já é dizer 'não é saudável'." (ESTUDANTE 2)

Tratamento este que, impreterivelmente, passa pela perda de peso até que a pessoa atinja (ou se aproxime do) o IMC visto como ideal a partir do atual estado da arte da ciência da Nutrição.

Conseguimos observar também que, apesar das/os estudantes participantes do grupo focal terem alguma familiaridade com o tema proposto, ainda reproduzem ideias e falas gordofóbicas introjetadas ao longo da vida e na formação acadêmica.

Ainda existe, de maneira intrínseca, a ideia de que a pessoa gorda necessariamente não vai ser saudável:

"A anorexia, bulimia, a gente fala que é doença, a pessoa tá doente. Ela precisa ir num psicólogo, precisa talvez tomar remédio. E aí quando a gente vê uma pessoa que tá obesa: 'ah mas é só ela comer melhor e fazer um exerciciozinho', sabe? Tipo, **é uma doença também**, pode ser uma coisa genética, pode ser mil coisas, mas não, a pessoa é relaxada e não se cuida. E do outro lado também, **dos dois lados tem que ser cuidado**. Só que como ela falou: um lado a gente estuda e o outro não." (ESTUDANTE 3) (grifos nossos)

"pra pessoa não ficar constrangida quando a pessoa é gorda, ele já faz a avaliação, um outro tipo de avaliação que não é medido tudo pras pessoas não ficarem constrangidas, **porque obviamente aquela pessoa não vai ser saudável**." (ESTUDANTE 4) (grifos nossos)

"(...) E os dois [obesidade e desnutrição], se for pensar, **os dois vão estar não adequado**, mas só se preocupa de um lado." (ESTUDANTE 3) (grifos nossos)

Da mesma forma, é possível identificar falas naturalizando a ideia de que o corpo natural/normal e perfeito é o corpo magro:

“(...) começaram a falar, assim, da barriga dela, que ela era gordinha, e eu não via nada de mais nela, assim, **corpo perfeito, normal**, né?” (ESTUDANTE 1) (grifos nossos)

“(...) é que pra mim ficou muito marcado assim que ele falou: “ai porque o bebê era gordo, gordo, gordo!”. Tipo, mas, como gordo? O **bebê acabou de nascer**, sabe? **Tá se alimentando de leite, tipo, logo depois vai crescer**, sabe? Não sei, tipo, **que idade tu pode falar que uma criança realmente, tipo, tá gorda, sabe?**” (ESTUDANTE 3) (grifos nossos)

A demanda da discussão sobre *gordofobia* das/o estudantes presentes no grupo focal no curso nutrição é mais abrangente: trata da inclusão da diversidade nos estudos sobre saúde. A necessidade que aparece é não só da discussão sobre *gordofobia*, mas sobre gênero, raça/etnia, sexualidade, classe, ou seja, sobre identidades sociais e culturais, diversidades que costumam ser apagadas na aplicação de métodos estatísticos. Há falta da interseccionalidade nos estudos e, por conseguinte, nas práticas da/o nutricionista.

Ao serem questionados sobre a sua formação global, enquanto nutricionista e também em relação à tolerância e diversidade, afirmam:

"Eu acho que o curso não desenvolve tolerância nenhuma em ninguém porque - talvez nessas primeiras fases ele até se propõe, mas não se propõe - pra mim mostrar essa realidade que é alheia a galera do curso, pra mim parece mais (...) uma expiação pelos pecados, tipo: 'me livrei da culpa de não ter falado sobre aquilo' (...). Penso isso, porque de fato, depois da primeira fase, parece que ninguém nunca viu nenhuma matéria que fale de questão social. Então se essa sensibilização ou essa criação de uma tolerância acontece, ela não se mantém." (ESTUDANTE 2)

"Eu não vou generalizar, mas eu acho que a grande maioria entra mais tolerante e sai mais intolerante" (ESTUDANTE 1)

4.2.3 GÊNERO E NUTRIÇÃO

Historicamente a Nutrição é uma profissão hegemonicamente feminina. Bosi (1996) delinea que essa característica predominantemente feminina se deve a origem deste profissional estar ligada com a divisão técnica do trabalho da medicina.

Além disso, em seus primórdios, a Nutrição no Brasil era voltada a mulheres que pretendessem estender as atividades realizadas no âmbito doméstico.

De acordo com a última pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Nutricionistas (2006), 96% dos profissionais de Nutrição são mulheres. Nos relatos as/os estudantes ponderaram sobre esse predomínio de mulheres no curso e quais as possíveis razões disso:

"(...) pra mim agora faz muito sentido ser só mulher, que é quem sempre lidou com alimentação da casa e isso foi externando prum âmbito mais amplo. (...) E acho que também por ser ligado a estética. Que a gente sabe que é um curso que, querendo ou não, bastante gente procura por causa da estética." (ESTUDANTE 4)

"A alimentação sempre foi uma tarefa da mulher. É uma coisa que já é esperada que ela... sabe, já é esperado que ela cuide disso." (ESTUDANTE 4)

A importância de se entender a questão do gênero como um aspecto estruturante da profissão de Nutricionista tem uma relação direta com a discussão sobre *gordofobia* que empreendemos neste estudo. Embora a *gordofobia* não se restrinja apenas às mulheres, estudos indicam que estas são atingidas de maneira mais contundente do que os homens quando não possuem o corpo visto como "adequado" (ARRAES, 2014; ALMEIDA et al, 2015).

Uma das estudantes relata o grau de constrangimento de uma colega por estar supostamente acima do peso:

"(...) todas as partes que eu ia medir dela ela sempre falava, tipo, falava alguma coisa como se tentasse se desculpar por estar gorda, assim, sabe?" (ESTUDANTE 4)

Essa mesma estudante complementa:

"(...) Tem [*gordofobia*]. Mas normalmente é com as mulheres e geralmente é da pessoa com ela mesma: 'tô gorda, preciso emagrecer, tô gorda, quero ser nutricionista e tenho que emagrecer'." (ESTUDANTE 4)

Como iremos abordar no próximo tópico, essa visão de que a Nutricionista tem que ser necessariamente magra se torna um elemento importante que irá conferir maior ou menor grau de legitimidade para a atuação dessa profissional.

4.2.4 NUTRICIONISTA GORDA

A/o Nutricionista que não se encaixa no padrão estético vigente tende a ser estigmatizada/o por seus iguais, uma vez que a "obesidade" não é vista como compatível com a atuação prescritora e normatizadora de corpos desta/e profissional (CORI et al, 2015). Isto pôde ser observado nas falas de alguns estudantes.

"Sempre rola uma piadinha assim, de que nutricionista têm que emagrecer as pessoas, né? E tipo "ai não, porque vocês são todas magrinhas né, e não sei o que". Sempre rola umas frasezinhas assim, tipo, porque realmente é visto como se a nutrição tivesse aí só pra emagrecer as pessoas e que toda nutricionista tem que ser magra. (...) Acho totalmente inútil se a Nutrição servir só pra emagrecer as pessoas." (ESTUDANTE 4)

"Por parte dos estudantes eu já inclusive ouvi. Foi logo nas primeiras fases, que professora acima do peso... falaram no grupo de amigas: 'como eu vou aprender alguma coisa com ela, sendo que ela é gorda?'" (ESTUDANTE 1)

"(...) as mulheres da sala, muitas se sentem... tipo, no dia em que a gente foi fazer a avaliação antropométrica (...) muitas não querem fazer. E tipo, os porquês? E rola muito, tipo, e aí as pessoas que tem um corpo mais parecido com o meu, que se esperam que tenham, são os modelos da aula, e são medidos nessas pessoas." (ESTUDANTE 2)

"E semana passada, a gente tava falando sobre diabetes, daí eu fiz uma pergunta pra professora e ela falou: ah, porque é difícil, o paciente às vezes não consegue, isso e aquilo. Eu sei, eu entendo ele, porque eu como nutricionista - ela é gordinha - eu sei que não tou dando exemplo pra eles" (ESTUDANTE 1)

As estudantes referem essa pressão estética em relação a/o nutricionista tido como "ideal" como algo que ultrapassa os limites da formação, existindo antes mesmo do início do curso:

"Às vezes não ali, mas, tipo, elas querem julgar, meio que já tá na agenda até mesmo antes de entrar no curso. Quando tu entra no curso tu tenta tirar mais isso da cabeça sabe? Tipo, eu mesma me julgo, só que eu fico pensando 'Cara! Eu não tenho que me julgar sabe?'" (ESTUDANTE 3)

Assim como nas frases destacadas neste tópico, também pudemos perceber durante nossa formação e durante as diversas atividades acadêmicas ou extracurriculares a tendência ao julgamento das/dos Nutricionistas que estavam "acima do peso ideal". Pressão e julgamento que se acentua quando esse Nutricionista ou Professor é alguém do gênero feminino.

4.2.5 DIFERENÇA DE TRATAMENTO: GORDO E MAGRO

Um dos pontos que foi percebido durante o grupo focal é que, mesmo que a "magreza excessiva" (quando o IMC é abaixo de 18,5 = desnutrição leve) também seja vista como uma situação anormal, isto é, uma condição patológica, o tratamento dado a ela em relação à obesidade é diferente.

"A gente aprende, porque tem que aprender, que IMC abaixo de 18 é magro demais; aqueles fatores que podem gerar anorexia e outros transtornos, mas só é passado pra gente. O que é bem frisado é a questão de que, se está acima do peso pode gerar doenças, porque só quem tá acima do peso fica doente, essas coisas assim. Basicamente é isso que cai em prova. A gente tem que estudar basicamente a obesidade, sobrepeso e obesidade, e a relação disso. E quando a pessoa é muito magra parece que não tem problema mesmo." (ESTUDANTE 1)

"(...) E quando é menos [peso], parece que é menos pior, sabe?" (ESTUDANTE 3)

"Eu vejo que quando se fala assim: 'a pessoa tem um IMC abaixo do normal', é só estar tudo certo com os exames dela, a gente não precisa tentar deixar o IMC maior porque aí vai precisar fazer a pessoa comer mais do que ela consegue e não sei o que, tem que respeitar a saciedade, e vai que passa do IMC!? Só que quando é acima não, entendeu? Quando é acima a pessoa pode estar com todos os exames ok, tudo certo, mas ainda assim, 'Não, tem que emagrecer, porque é um risco se tá acima do peso.'" (ESTUDANTE 4)

Nestes casos, os parâmetros científicos de normalidade ganham o acréscimo de uma visão gordofóbica. A Ciência, por si só, não justifica o tratamento diferenciado dado para as pessoas que estejam com o IMC acima ou abaixo da faixa tida como de normalidade. Ambas, do ponto de vista da ciência ocidental, "estão doentes". Assim, o que ocorre é o sincretismo entre o discurso científico e a perspectiva estética-social contemporânea, onde o corpo magro é visto como sinônimo de beleza, mesmo que ele esteja excessivamente magro para os olhos da ciência. E, dessa forma, a pessoa que apresenta o IMC abaixo do limite de normalidade é vista, normalmente, como alguém "menos doente" ou que precisa de "menos cuidados" que o seu equivalente do lado oposto.

4.2.6 DILEMAS DA ABORDAGEM PROFISSIONAL

Em uma das aulas, segundo relato de uma estudante, tentou-se contrapor a ideia estabelecida de que a pessoa que está acima do peso dentro dos padrões cientificamente estabelecidos deve necessariamente perder peso.

"a mulher era acima do peso - a gente tinha um exercício assim com uma pessoa hipotética - a gente estava fazendo esse exercício e... enfim, no exercício tinha que dizer que a pessoa tinha que emagrecer, tinha que fazer as contas e as coisas todas pra que fechasse; pra que a pessoa fosse emagrecendo. E aí uma colega nossa perguntou: 'Tá, mas se a pessoa que vier no consultório ela só tiver querendo melhorar os níveis de, sei lá, das vitaminas, e ela não estiver nem aí pra emagrecer?'. Aí a professora falou: 'Não, mas é que o peso também é um fator de risco, a gente tem que falar que a pessoa tem que emagrecer também, a gente tem que fazer uma dieta pra pessoa emagrecer'. Mesmo se a pessoa não quiser, entendeu? (ESTUDANTE 4)

Na resposta da professora, ela evidencia a crença de que existe uma relação direta de causalidade entre indicadores epidemiológicos e o quadro clínico de uma pessoa. Ou seja, como "obesidade" é entendida como "fator de risco" porque há estudos epidemiológicos que mostram uma maior probabilidade de pessoas "obesas" desenvolverem certas patologias, logo aquela pessoa "certamente" estará mais propensa a desenvolver essas doenças. Assim, mesmo que a pessoa não apresente problemas de saúde que estariam relacionados com a obesidade ou simplesmente não queira emagrecer, a "função" da nutricionista envolve obrigatoriamente o emagrecimento desta pessoa. Como abordado por Caponi (2014), esta busca por antecipar os possíveis riscos à saúde é uma biopolítica, que visa controlar os corpos a partir dos parâmetros referendados e aceitos cientificamente.

Diante dos problemas da abordagem predominantemente reducionista do campo da Nutrição, em que prevalece a visão biologicista da prática de saúde, muitas vezes em consonância com um viés gordofóbico, os estudantes relatam seus dilemas e angústias sobre qual deve ser a melhor forma de conduzir um processo terapêutico.

"A nutrição acho que trabalha muito do, tipo, 'a força de vontade'. Não sabe que você precisa de um apoio, de coisas maiores que só o alimento, sabe? A

gente trabalha muito com 'é só tu comer isso aqui ó! tu vai ficar bem'. Não é isso, sabe?" (ESTUDANTE 3)

"Não é ensinado a gente respeitar o que o paciente quer. A gente é tipo: tem que emagrecer!" (ESTUDANTE 1)

"(...) Acho totalmente inútil se a Nutrição servir só pra emagrecer as pessoas." (ESTUDANTE 4)

Simões também percebeu esses dilemas em seu estudo no Curso de Nutrição da UFSC. Diversos relatos, tanto de estudantes, professores e profissionais apontavam para esse questionamento: qual a melhor conduta terapêutica a se seguir? Escutar mais o paciente, não tentar "impor uma dieta", ser mais restritivo ou não (uma dieta com mais ou menos calorias), etc. Contudo, estes questionamentos não chegavam a ponderar sobre a real necessidade da pessoa emagrecer ou não, tendo intrínseca a ideia de que ela precisa emagrecer. Colocavam em dúvida apenas qual abordagem geraria o melhor resultado para o tratamento, sob a perspectiva do necessário emagrecimento, ser bem sucedido (SIMÕES, 2014).

Trata-se de questões que também nos afligem, como formandas e futuras Nutricionistas: qual a abordagem que podemos adotar em substituição a prática hegemônica no campo de Nutrição? Em outras palavras, se tratamos aqui de tentar desconstruir uma prática profissional predominantemente gordofóbica, onde a/o Nutricionista "tem que emagrecer", o que podemos colocar no lugar enquanto prática terapêutica que tente promover uma saúde a partir de outros parâmetros, mais amplos e que trabalhem a saúde sob um ponto de vista mais integral?

Ou, como aponta o relato abaixo, quais são os riscos implicados na prática do Nutricionista? Urge refletirmos sobre o quanto a nossa prática terapêutica não pode trazer um efeito inverso do que nos propomos a fazer. Ou seja, ao invés de melhorar, piorar o quadro de saúde de uma pessoa devido ao foco de tratamento estar pautado em uma perspectiva que traz mais aflição do que conforto ao indivíduo que necessita de cuidado.

"Porque aí vai: "tem que baixar, tem que baixar". A pessoa fica com aquilo que tem que baixar, daqui a pouco baixa lá no... mas pelo menos agora ela tá abaixo. Mas já gerou todo uma outra doença na pessoa, mas agora é tipo: "não, mas agora ela tá magra, ela tá abaixo". Mas você não sabe o estrago psicológico que vai fazer." (ESTUDANTE 3)

Não se trata aqui de encontrar respostas estabelecidas, mas de propor uma reflexão e buscar caminhos que possibilitem a construção de novos pressupostos de práticas e saberes que agreguem elementos que possam superar os limites das abordagens historicamente consolidadas no campo da Ciência da Nutrição.

É importante salientar que a abordagem do nutricionista não é entendida de maneira uníssona entre os professores do curso de Nutrição da UFSC. Ou seja, não se pode colocar que o entendimento sobre como deve ser a atuação do Nutricionista perante a obesidade e a alimentação é um bloco homogêneo dentro do corpo docente (o que podemos ampliar também para o corpo discente, bem como as/os profissionais já formadas/os):

"E aí eu acho que às vezes determinados professores de uma área que é meio tipo: não pode comer. E determinadas outras áreas já são um pouquinho mais tipo: pode comer, dá pra fazer." (ESTUDANTE 2)

Neste relato o estudante reforça que principalmente entre os professores da área de Saúde Pública aparecem vozes que, de certa forma, relativizam uma visão mais ortodoxa da abordagem do/a nutricionista.

"Essa parada da Clínica e da Saúde Pública - só pra externar um pouco assim - às vezes não se cobra tanto da Saúde Pública porque nem se vê como nutrição de verdade. " (ESTUDANTE 2).

Neste caso "nutrição de verdade" é a Nutrição fundamentada puramente em bases metabólico-antropométricas, que devem ser aplicadas para tratar a saúde das pessoas a partir desses parâmetros calcados em uma epistemologia científica biologizante.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabendo-se da complexidade de fatores – mídia, sociedade, fisiologia, economia, alimentação, atividade física, infraestrutura, desenvolvimento, biologia, medicina (ver detalhes em ANEXO 1) - que determinam o que é chamado de "obesidade", circunscrever a atuação profissional e abordagem terapêutica do

profissional de saúde apenas em termos biológicos não é só insuficiente (FRANCISCO; DIEZ-GARCIA, 2015), como também pode vir a ser irresponsável.

Como afirma Poulain (2013a, p. 132): “A comunidade médica deve estar consciente do papel de ‘grande estigmatizadora’ que ela corre o risco de desempenhar”.

A discussão deste trabalho é tão complexa porque o controle sobre o corpo gordo acontece de maneira sutil, mas presente em todas as esferas da vida, de forma objetiva e subjetiva, material, concreta e subliminar. Pois, para um controle efetivo, é necessário que a população busque os próprios meios de encaixe à norma e, para isso, o sentimento de não pertencimento é essencial e estratégico.

Por isso, a abordagem teórica e prática sobre estigma e biopolítica, possibilitando um olhar crítico sobre os conceitos de normalidade e patologia - temas que não se limitam a obesidade e possibilitam a inclusão da diversidade nos estudos sobre saúde - são fundamentais para a formação de um profissional de saúde que promova uma assistência universal, integral e equânime (BRASIL, 1990) e que seja crítico e sensível para a construção de uma assistência humanizada.

É importante compreender que, apesar de parecer simples, desconstruir certos preceitos demanda tempo, esforço e prática. Por isso discutir a formação acadêmica se mostra uma ação estratégica.

Outro ponto trazido à tona é a forma como a estigmatização desvia o foco dos determinantes de doenças que estão presentes no território e no cotidiano dos sujeitos, o que os afasta da compreensão da necessidade de organização social para enfrentamento destes fatores. Ou seja, o estigma, além de agravar a vulnerabilidade destes indivíduos, ainda promove uma alienação sobre os determinantes sociais de saúde e doença e sobre seu pertencimento nesta construção.

A alienação sujeita os indivíduos gordos ao medo, e por rejeitarem a própria aparência, impede o desenvolvimento de autoconhecimento, aumentando os riscos de desenvolver transtornos alimentares - que por sua vez expressam a busca por uma solução para seus problemas sem o conhecimento necessário para tal.

Apesar da temática da humanização ser abordada nos manuais de atendimento, incluindo aqueles visando o atendimento pelo Sistema Único de

Saúde, orientando a evitar o tratamento normatizado ou culpabilização do indivíduo - e ressaltando a função da humanização como auxílio a criação de vínculo profissional-paciente, aumentando a adesão e a confiança no tratamento - a prática não reflete esta teoria (CORI et al, 2015), o que reforça ainda mais a necessidade de abordagem desde a formação teórica.

Portanto, percebemos a necessidade de formações em saúde que estimulem os profissionais a serem engajados com seu saber, com os sujeitos e seus territórios de vivências, capazes de analisar os determinantes sociais que reforçam a produção das desigualdades, das violações de direitos e da não humanização de determinados grupos (PERPÉTUO, 2017).

Especificamente no campo da Nutrição, é urgente e essencial que se desconstrua a 'mentalidade de dieta' - “definida como o controle social e consequente mal-estar que atravessa a experiência com a alimentação e o corpo” (TORRES, 2016, p. 1203), uma vez que esta interfere nas escolhas alimentares, desempodera e gera perda da autonomia.

A compreensão e a atitude de nutricionistas em relação a pessoas gordas é outro ponto preocupante. Acreditar que a obesidade resulta de “vício em comida” enquanto estudos apontam as dietas restritivas como gatilho para vício (CORI et al, 2015), é um exemplo ilustrativo de como a assistência a saúde pode se transformar, na verdade, em um fator de risco.

A associação do prazer pela alimentação ao desenvolvimento da obesidade, vista como oposição ao conceito de saúde, não só causa uma distorção deste conceito, como faz uma associação de culpa ao ato de se alimentar, deturpando completamente a possibilidade de exploração e qualificação da relação do corpo com o alimento, e desconsiderando todos os outros fatores envolvidos neste processo (sabor, memória, cultura, disponibilidade, entre outros).

Outra confusão ilustrada pela atitude profissional é a atribuir à “falta de consciência” e à “baixa autoestima” uma função de causa da obesidade, enquanto, na verdade, estas são consequências da estigmatização. Assim, os julgamentos morais sobre o caráter da pessoa gorda refletem diretamente no atendimento oferecido, comprometendo a efetividade mesmo das ações que objetivam o emagrecimento.

Em relação a isso, é preciso considerar que “saúde pode ser entendida por obesos como autonomia” (SILVA; FERREIRA, 2013, p. 294). A possível redução da capacidade funcional e da liberdade de vivenciar a atividades cotidianas podem gerar angústia e sofrimento do sujeito, o que pode acarretar na busca do sujeito por terapias normatizadoras.

Mesmo assim, quando objetiva-se o emagrecimento, o profissional deve realizar atendimento com acolhimento, cuidado e atenção com compreensão da vulnerabilidade social e cultural a que este sujeito está submetido. O atendimento centrado na pessoa - e não na doença - abrange a compreensão de que o próprio indivíduo elabore estratégias de ressignificação da vida, incluindo o comer e o exercitar-se (SILVA; FERREIRA, 2013).

Não se trata de buscar uma formação que resolva as iniquidades sociais ou os determinantes de doenças, mas sim, uma formação que compreenda que os vínculos sociais e a autonomia renovam os sentidos do viver saudável e dos supostos ideais hegemônicos de beleza.

Ampliar o conceito de saúde durante a formação acadêmica possibilita uma ampliação da compreensão e da criticidade sobre, neste caso, a obesidade, evitando assim o deslocamento do problema para uma esfera psicológica (CORI et al, 2015) como solução à sensação de incompetência para a abordagem do tema.

Um dos grandes limites do combate à *gordofobia* é a negação da existência da opressão - resultante da naturalização da patologização da diversidade - que impede a realização da autocrítica por parte dos profissionais e acadêmicos, o que agrava ainda mais a persistência da reprodução do preconceito durante a formação acadêmica em Nutrição. Segundo Torres (2016): "Ignorar a estigmatização significa ignorar o sofrimento de uma parcela importante da sociedade, uma vez que mais de 50% da população brasileira estão acima do peso tido como ideal".

Além disso, considerando a importância que o gênero constitui na construção da profissão de Nutrição, necessita-se reconhecer que autoridade e o poder no âmbito da Ciência na área de Nutrição estão sendo exercidos com maior expressão pelo sexo masculino.” (SOUZA et al, 2016).

Desta forma, a interseccionalidade também é um ponto crítico e estratégico para a qualificação da formação. A inclusão do feminismo é estratégica, uma vez

que a crítica feminista tem aprofundado o debate acerca dos distúrbios alimentares, ampliando a abordagem psicopatológica para as dimensões relacionadas a sociabilização, além de reconhecer o papel primário e causal da cultura e do gênero e enfatizar as causas sociais em detrimento dos fatores vistos como individuais no modelo médico padrão. Ou seja, o feminismo também é um importante alicerce para se questionar o valor clínico da própria dualidade normativa / patológica, inclusive para análise dos transtornos alimentares (BORDO, 1993, p. 54).

A compreensão da determinação social na multidimensionalidade dos transtornos do comportamento alimentar, incluindo a percepção do próprio corpo, é essencial para um manejo clínico no qual se considerem os impactos da perda de peso na saúde das pessoas. Portanto, a discussão sobre pressão cultural e econômica exercida sobre o corpo, é de grande valor, considerando a multiplicação de conceitos e práticas relacionados ao corpo e à alimentação, e a detecção e manejo de distúrbios na vivência profissional em Nutrição (BOSI et al, 2006).

Outra consequência destas qualificações na formação pode ser uma diminuição da moralização do corpo e suas relações, que acarretam em uma discriminação velada, pondo em dúvida inclusive a capacidade intelectual e prática de profissionais da área que não se encontram dentro dos parâmetros de normalidade atuais.

É preciso reconhecer também os poderes envolvidos na delimitação do processo de profissionalização no Brasil. Se no surgimento da Nutrição o país apresentava características singulares, levando a entender um comprometimento em relação às demandas sociais, o cenário atual reflete um retrocesso. A medicalização da alimentação e o enfoque biomédico, que cresceram significativamente nas últimas décadas, revelam a busca de reconhecimento e o serviço a um mercado que estrutura essas opressões. Por isso, a construção de uma formação autônoma, crítica comprometida com as demandas sociais requer o enfrentamento de estruturas maiores basais.

Deve-se ponderar que a quebra de paradigmas acerca da abordagem da obesidade na Nutrição demanda o desenvolvimento de estudos e pesquisas que ainda se encontram incipientes, além do questionamento e relativização de algumas certezas e verdades trazidas pela ciência biomédica. Isso se reflete tanto na atuação

dos profissionais de saúde, hegemonicamente estigmatizante e gordofóbica, por um lado, quanto nas proposições de Políticas Públicas de Saúde, pelo outro, em que predomina uma abordagem que não trabalha a intersectorialidade (e, dessa forma, não trabalha fatores determinantes do processo saúde-doença), mas que enfoca abordagens educacionais que acabam por reforçar a responsabilização dos indivíduos pelo seu estado de saúde e sua consequente culpabilização.

De qualquer forma, não existem avaliações rigorosas do impacto e da efetividade das intervenções na alimentação ou na obesidade em âmbito mundial (POPKIN et al, 2012, p. 10), o que também nos faz questionar a redução destas abordagens a intervenções educacionais. Essa inexistência de tecnologias apropriadas e ambientes que promovam mudanças benéficas em larga escala é um sério problema de saúde pública (POPKIN et al, 2012). É necessário redirecionar a atenção para os reais fatores determinantes de saúde, em detrimento das atitudes culpabilizantes.

Dessa forma, a área da saúde precisa reconhecer seu lugar privilegiado de articulação entre um conhecimento e as intervenções governamentais sobre indivíduos e populações (CAPONI, 2014). O que significa, em última instância, a adoção de biopolíticas que tanto consigam minimizar os impactos negativos da modernidade que levaram à explosão das doenças-crônico-degenerativas nas últimas décadas (atuando em seus determinantes, tais como o modo de produção alimentícia e políticas de inclusão social e urbana) como consigam respeitar a diversidade humana (incluindo aí o âmbito cultural) e as múltiplas formas de experiência vivida e pertencimento que devem ser aceitas e trabalhadas sem a sua estigmatização.

A discriminação enfrentada pelas pessoas gordas é uma realidade em todos os ambientes, o que acarreta em riscos para sua saúde e integridade, assim como deturpa a relação com o próprio corpo, afastando-as da possibilidade de desenvolver os próprios mecanismos de emancipação. Para as mulheres esta realidade se agrava, destacando a opressão de gênero como um fator determinante, assim como a patologização da gordura, o estigma e a biopolítica, pois a redução da ética e da política ao campo biológico acarreta na patologização das diversidades e das relações sociais.

Percebemos ao longo deste trabalho a necessidade de diálogo entre os saberes da nutrição e de outras áreas do conhecimento, como a sociologia e a antropologia, no intuito de eliminar visões simplistas sobre corpo e saúde e qualificar a formação e a prática profissional.

O relato estudantil reflete uma demanda de ampliação dos conteúdos abordados durante a formação acadêmica na UFSC, afirmando a necessidade de maior criticidade para o alcance de uma formação humana.

Nós, estudantes e profissionais de Nutrição, precisamos desenvolver um olhar diferenciado, não perpetuando discursos equivocados e preconceituosos ou contribuindo para a reprodução de práticas estigmatizantes. Nossa abordagem deve refletir uma compreensão sócia histórica do indivíduo, evitando assim a naturalização da patologização da pessoa gorda - aproximando-a do acesso à saúde - e a transformação do atendimento em um fator de risco, e ampliando a resolutividade para os reais fatores de adoecimento da população.

Sem dúvida, ainda há muito a aprofundar na temática da *gordofobia*, especificamente na formação da/o profissional Nutricionista. Não se trata de trilhar os mesmos caminhos, mas de propor pontos de reflexão e buscar novas rotas que possibilitem a construção de práticas e saberes que expandam os limites das abordagens historicamente consolidadas na área da Nutrição.

Portanto, as constatações aqui apresentadas devem subsidiar a busca por meios que contribuam para o avanço da profissão, mas não através da auto afirmação e negação das contradições, e sim conhecendo a história da saúde e da Nutrição, para entendermos o quanto ainda temos para construir.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Roteiro para realização de Grupo Focal para caracterização da percepção estudantil do Curso de graduação em Nutrição da UFSC sobre a temática da gordofobia na formação acadêmica. Florianópolis, 2017.

Apresentação: Este TCC trabalha a questão da opressão relacionada à pressão estética e gordofobia - que pode ser interseccionada com gênero ou raça - e as percepções estudantis sobre a construção do currículo do curso em relação a essas opressões. Não existem respostas certas ou erradas, e, para que obtenhamos respostas fidedignas de uma pesquisa científica, precisamos da máxima aproximação de sua própria verdade, do seu entendimento e da sua percepção dentro do curso. Neste espaço vocês têm direito ao anonimato, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que vocês assinaram.

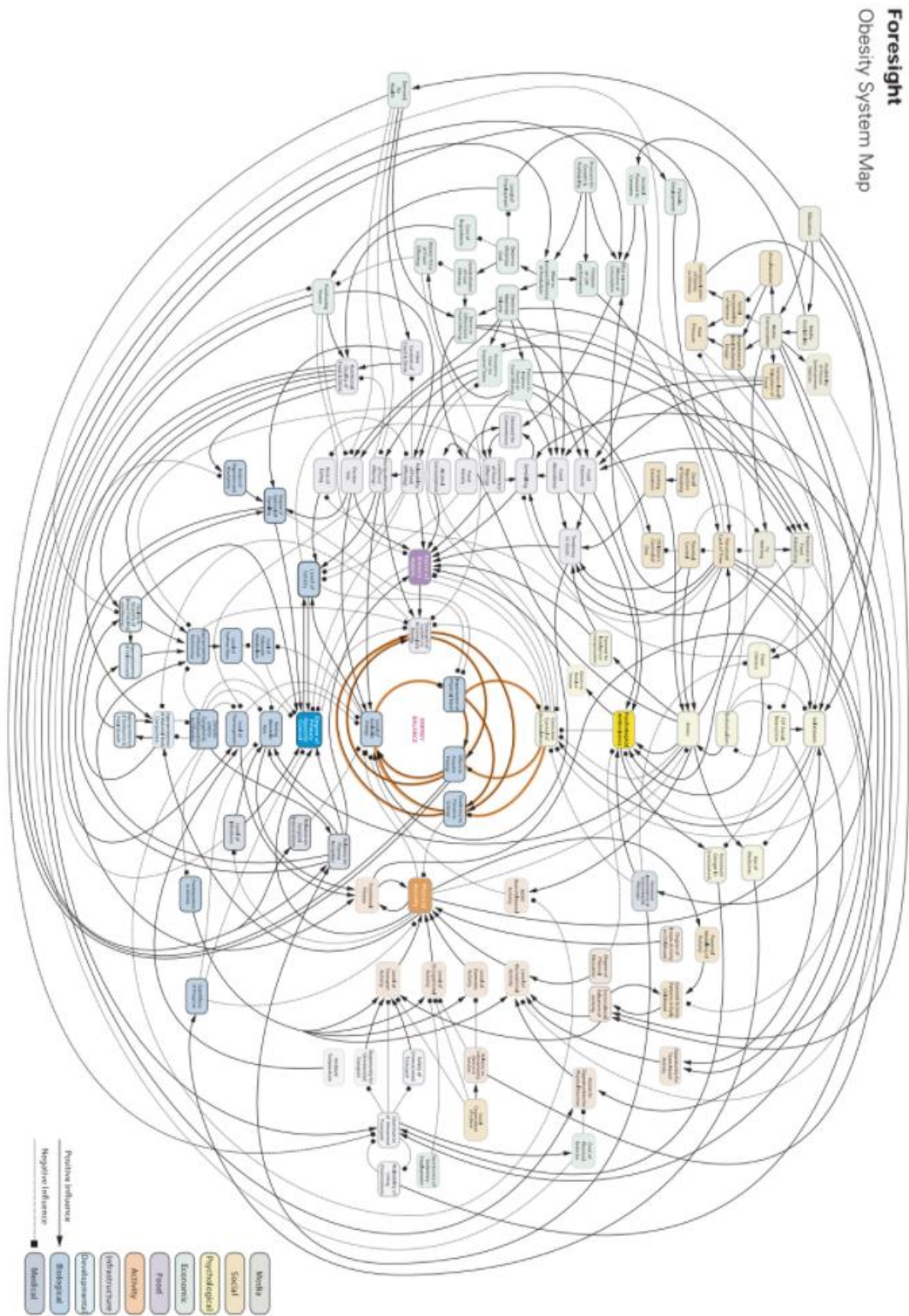
Perguntas:

- 1) Durante o curso, já sentiram algum tipo de opressão relacionada a aparência de vocês? Seja em relação a peso, cor, gênero, tanto de professores quanto de colegas.
- 2) Durante as aulas existe algum tipo de comentário ou contexto que possa ser constrangedor pras outras pessoas?
- 3) Qual a diferenciação que há na nutrição entre um corpo saudável para um corpo não saudável? O que vocês aprendem no curso em relação a isso?
- 4) Qual a importância do IMC, dentro do currículo de vocês, para a avaliação nutricional? Levando em consideração tudo que vocês aprendem ao longo das disciplinas.
- 5) Vocês pensariam/gostariam de uma outra abordagem? Vocês já viram uma abordagem alternativa no curso?
- 6) Em que fase vocês aprendem a fazer a avaliação antropométrica? E como vocês avaliam a importância da avaliação antropométrica na avaliação nutricional?
- 7) Algum professor ou professora já se colocou de uma forma que vocês sentiram que foi violenta, no sentido amplo, de violência simbólica?
- 8) E em relação a professores que estão “fora do padrão” de acordo com o IMC: vocês sentem que há falta de credibilidade, entre os pares deles que estão dentro do peso ou por parte dos e das estudantes? Em relação a não dar tanta credibilidade pra aquele professor ou pra aquela professora porque não está no peso considerado correto.
- 9) E da proporção de mulheres e homens do curso, professoras são mais mulheres ou mais homens? E estudantes?
- 10) Por que vocês acham que são mais mulheres no curso de Nutrição? Vocês já pensaram sobre isso?

- 11) E os autores e autoras que vocês leem, são mais homens ou mulheres e qual a nacionalidade?
- 12) Vocês já conheciam o termo gordofobia? Onde e quando foi a primeira vez que vocês ouviram falar?
- 13) Vocês ouviram o termo gordofobia em algum momento do curso por algum professor ou professora? Já foi tratado ou comentado?
- 14) Do que vocês aprendem sobre Avaliação Nutricional no curso: como vocês acham que isso se adequa a como vai ser a atuação de vocês no mercado de trabalho depois de formados e formadas?
- 15) Vou falar algumas frases para que vocês digam a impressão de vocês sobre elas: a) “Ela é gorda e saudável”; b) “Ela é magra e saudável”.
- 16) Vocês acham que é possível uma pessoa gorda ser feliz?
- 17) Quais situações ou conteúdos que vocês tiveram acesso, nesse sentido (das opressões), que vocês acham que trouxeram a tona algum tipo de violência? Ocorreu alguma situação específica ou pontual que vocês lembram?
- 18) Como vocês acham que o curso, positivamente, afeta na percepção de vocês em relação à tolerância?

ANEXOS

Anexo 1: Obesity System Map (GOVERNMENT OFFICE FOR SCIENCE, 2007)



REFERÊNCIAS

ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. São Paulo: ed. 4, 2016.

Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>>. Acesso em: 17 mar 2017.

AHIMA, R. S.; LAZAR, M. A.. The Health Risk of Obesity: Better Metrics Imperative. **Science**, [s.l.], v. 341, n. 6148, p.856-858, 22 ago. 2013. American Association for the Advancement of Science (AAAS). <http://dx.doi.org/10.1126/science.1241244>.

ALMEIDA G.A.N., Santos J.E., Passian S.R., Loureiro S.R. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10(1): 27-35, 2005.

ALVES, E.; ROSSI, C. A.; VASCONCELOS, F. A. G. Nutricionistas Egressos da Universidade Federal de Santa Catarina: áreas de atuação, distribuição geográfica, índices de pós-graduação e de filiação aos órgãos de classe. In: **Revista de Nutrição**, vol. 16, n. 03, 2003, pp. 295- 304.

ARAÚJO, K. L. et al. Estigma do nutricionista com obesidade no mundo do trabalho. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 28, n. 6, p.569-579, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732015000600001>>. Acesso em: 15 out 2016.

ARRAES. J. Gordofobia como questão política e feminista. **Revista Forum**, set. 2014. Disponível em: <<https://www.revistaforum.com.br/digital/163/gordofobia-como-questao-politica-e-feminista/>>. Acesso em: 03 nov 2016.

BORDO, S.R. **Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and the Body**. [S.I.], 1993.

BOSI, M.L.M. **A Face oculta da Nutrição**: ciência e ideologia. Rio de Janeiro: Ed. Espaço e Tempo, 1989. 220p.

_____. **Profissionalização e conhecimento**: a Nutrição em questão. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996. 205p.

_____ et al. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. **J Bras Psiquiatria**. Rio de Janeiro, p. 108-113. jun. 2006.

BOURDIEU, P. **A distinção**: crítica social do julgamento. São Paulo: EDUSP, 2007. 556p.

_____. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009. 311p.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 6 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2009.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 55-77.

_____. Viver e deixar morrer: Biopolítica, risco e gestão das desigualdades. **Redbioética**, [s.i], v. 10, n. 2, p.27-37, jul. 2014.

CARVALHO, M. C.; MARTINS, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1003-1012, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS - CFN. **Perfil da atuação profissional do nutricionista no Brasil**. Brasília- DF, 2006. 88p.

CORI, G.C.; PETTY, M.L.B.; ALVARENGA, M.S. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos: um estudo exploratório. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.565-576, fev. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.05832014>.

COSTA, N.S.C. **A formação do Nutricionista**: educação e contradição. Goiânia: Ed. UFG, 2001. 151p.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul 2016.

FAO. Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura. **O Estado da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil**: um retrato multidimensional. Relatório 2014. Brasília, 2014.

FLEGAL K.M., KIT B.K., ORPHANA H., GRAUBARD B.I. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories. **JAMA**, 2013; 309(1):71-82.

FONTELLES, M. J. et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 23, n. 3, p.221-229, ago. 2009.

FOSTER G.D., WADDEN T.A., MAKRIS A.P., DAVIDSON D., SANDERSON R.S., ALLISON D.B., KESSLER A. 'Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. **Obes Res**, 2003; 11(10):1168-1177.

FRANCISCO, L., DIEZ-GARCIA, R.. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, 10, jul. 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/16095>>. Acesso em: 26 mai 2017.

GALEANO, E. **As palavras andantes**. [S.l.]: Ed. L&PM, 1994. 316p.

GOVERNMENT OFFICE FOR SCIENCE (Reino Unido). **Reducing obesity: obesity system map**. Disponível em: <<https://www.gov.uk/government/collections/tackling-obesities-future-choices>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

GURGEL, A. O QUE É GORDOFOBIA? - Como Deixar de Ser Gordofóbico ep 1, Alexandrismos. 2017. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=NUyfj82OoRg>>. Acesso em: 09 set 2017.

HIRATA H. **Nova divisão sexual do trabalho?** Um olhar voltado para a empresa e a sociedade. São Paulo: Boitempo, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008- 2009** - Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rj&tema=pofantropometrica_2009>. Acesso em: 14 jun 2017.

HALBWACHS, M. La théorie de l'homme moyen: essai sur Quêtelet et la statistique morale. Tese de Letras. Paris, 1912. In: CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico. 6 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2009.

HUBERT, A. Adaptabilité humaine: biologie et culture. Du corps pesant au corps léger: approche anthropologique des formes. **Diététique et médecine**, p. 83-88, 1997.

HUNGER, J.M et al. Weighed down by stigma: how weight-based social identity threat contributes to weight gain and poor health. *Soc Personal Psychol Compass*. 2015; v. 9, n. 6, p. 255–268.

MATTOS, R. **Sobrevivendo ao estigma da gordura**. São Paulo: Vetor, 2012. 202 p.

MELO, M. E. Doenças Desencadeadas ou Agravadas pela Obesidade. Site da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO. 2011. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/28/5521afaf13cb9.pdf>>. Acesso em: 22 ago 2016.

MORGAN, D. **Focus Group as qualitative research**. London: Sage Publications, 1997.

MORENO, M. L. **Una historia de gordxs**: Breve análisis sobre los dispositivos de normalización de los cuerpos. Jornadas "Discurso y poder: Foucault, las ciencias sociales y lo jurídico". Universidad de Lanús, Buenos Aires, jul. 2015.

MORTOZA, A.S. **A obesidade como expressão de questão social**: nutrição e estigma [doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011.

NBC. Bob Harper on Training Michelle Obama on The Biggest Loser. [s.i.]: Nbc, 2012. P&B. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=XmEcWNjQjOU>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

NEVES, A. S. ; MENDONÇA, A. L. O. Alterações na identidade social do obeso: do estigma ao fat pride. **Demetra**: Alimentação, nutrição & saúde, v. 9, n. 3, p. 619-631, 2014; Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/viewFile/9461/10922>>. Acesso em: 23 set 2016.

ORBACH, S. **Gordura é uma questão feminista**. Rio de Janeiro: Record, 1978.

PATRÍCIO, R. **Gordofobia**: um debate urgente. Disponível em: <<http://popplus.com.br/2017/08/15/como-foi-o-boteco-da-diversidade-visibilidade-gorda-que-aconteceu-dia-5-de-agosto/>>. Acesso em: 07 maio 2017

PERPÉTUO, C. L. **O Conceito de Interseccionalidade**: Contribuições para a Formação no Ensino Superior. Simpósio Internacional em Educação Sexual: saberes/trans/versais currículos identitários e pluralidades de gênero, abr. 2017.

POPKIN, B. M.; ADAIR, L. S.; NG, S. W. The Global Nutrition Transition: the pandemic of obesity in developing countries. **Nutr Rev**, North Carolina, v. 1, n. 1, p.1-27, jan. 2012.

POULAIN, J.P. **Sociologias da Alimentação**: Os comedores e o Espaço Social Alimentar. 2 ed. Florianópolis: Editora UFSC, 2013a.

_____. **Sociologia da Obesidade**. São Paulo: Editora Senac, 2013b.

PUHL, R.M., HEUER C.A. Obesity stigma: important considerations for public health. **Am J Public Health**, 2010; v. 100, n. 6, p.1019-1028.

ROCHA, B. R. S. **Nutrição como profissão, gênero como questão**. 2008. 36 f. TCC (Graduação) - Curso de Nutrição, Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2008.

ROS, M. A. As alterações da PNAB e o processo de trabalho do NASF

(PALESTRA). 4º Encontro Universitário de Saúde da Família. Florianópolis: UFSC/PMF, 2017.

SAHLINS, M. **Ilhas de História**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1990.

SCHWARTZ M.B., CHAMBLISS H.O.N., BROWNELL K.D., BLAIR S.N., BILLINGTON C. Weight bias among health professionals specializing in obesity. **Obes Res** 2003; 11(9):1033-1039.

SILVA, A. C.; FERREIRA, J. T. Gordura corporal: entre a patologização e a falência moral. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 23, p.289-296, 2013.

SIMÕES, C. O. **A “Sociabilidade dos Nutrientes” e a “Nutricidade do Social”**: Um estudo de antropologia simétrica sobre o chamado “conhecimento científico” no curso de graduação em Nutrição (TCC). UFSC, Florianópolis, SC, 2014. 127 p.

SOBAL, J. The medicalization and demedicalization of obesity. In: MAURER, D.; SOBAL, J. **Eating agendas: food and nutrition as social problems**. New York: Adeline de Gruyter, 1995.

SOUZA, L. K. C. S. et al. Gênero e formação profissional: considerações acerca do papel feminino na construção da carreira de nutricionista. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [s.l.], v. 11, n. , p.773-788, 30 ago. 2016. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2016.23426>.

TORRES, A. A. L. Ponto de Equilíbrio entre a Ciência da Nutrição e "Fat Studies". **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [s.l.], v. 11, n. , p.1201-1212, 17 nov. 2016. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2016.25885>.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Projeto Pedagógico do Curso de Nutrição. 2009 (versão atualizada), jul. 2015.

VASCONCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Rev. Nutr.**, Campinas, 15(2):127-138, maio/ago., 2002.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000.

WOLF, N. **O mito da beleza**: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.