

# Interfaces entre a *gordofobia* e a formação acadêmica em nutrição: um debate necessário

## Interfaces between *fatphobia* and the professionalization in nutrition: an essential debate

Barbara Leone Silva<sup>1</sup>  
Jacobina Rivas Cantisani<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição. Florianópolis, SC, Brasil.

Correspondência / Correspondence  
Barbara Leone Silva  
E-mail: ba.leonesilva@gmail.com

### Resumo

Este estudo propõe refletir sobre como a formação em Nutrição é passível de reproduzir *gordofobia*, e os riscos impostos às pessoas gordas por essa opressão. A *gordofobia*, enquanto discriminação dos indivíduos gordos, consequente da estigmatização, traduz-se em desigualdades nos mais diversos ambientes, repercutindo nos níveis biológico, psicológico, social e econômico. A hierarquização das populações consideradas mais ou menos saudáveis, baseada na lógica médico-estatística polarizada entre normal e patológico, sustenta a predominância da fisiologia no estudo das ciências da saúde, consolidando práticas de intervenção e controle sobre os desviantes, como medidas de prevenção. A formação teórica, enquanto definidora da prática, apresenta dilemas criando uma tendência de atuação patologizante, direcionando os Cursos de Nutrição a priorizarem interesses econômicos em detrimento das demandas sociais. Essa patologização contribui para a manutenção do modelo de saúde que corrobora a busca incessante pelo tipo corpóreo ideal, favorecendo a mercantilização das práticas em saúde. O debate conceitual e teórico mostra-se essencial para a discussão da abordagem prática, uma vez que a crença na obesidade enquanto reflexo das qualidades morais dos indivíduos tem importantes consequências sociais. De forma agravante, ao reproduzir a estigmatização das pessoas gordas, os profissionais as afastam do acesso aos serviços de saúde. Para desenvolver práticas humanizadas, promotoras de saúde e que reconheçam o indivíduo em sua historicidade e sociabilização, é preciso desenvolver outras concepções de saúde, já que a

abordagem clínico-biomédica se mostra insuficiente para atuar de maneira satisfatória diante desta complexidade.

**Palavras-chave:** Preconceito. Estigma social. Obesidade. Risco.

## Abstract

The study proposes to reflect on how nutrition training is likely to reproduce *fatphobia*, and the risks imposed on fat people by this oppression. *Fatphobia*, as a discrimination against fat individuals, resulting from stigmatization, translates into inequalities in the most diverse environments, affecting biological, psychological, social and economic levels. The hierarchy between populations considered to be more or less healthy, based on the medical-statistical logic polarized between normal and pathological, supports the predominance of physiology in the study of health sciences, consolidating practices of intervention and control over deviants, as preventive measures. The theoretical formation, as a definition of the practice, presents dilemmas creating a trend of pathological action, directing the Courses of Nutrition to prioritize economic interests to the detriment of social demands. This pathologization contributes to the maintenance of the health model that corroborates the incessant search for the ideal body type, favoring the commodification of health practices. The conceptual and theoretical debate is essential for the discussion of the practical approach, since the belief in obesity as a reflection of the moral qualities of individuals has important social consequences. Worse yet, when reproducing the stigmatization of fat people, professionals distance them from access to health services. In order to develop humanized practices, promoting health and recognizing the individual in his historicity and socialization, it is necessary to develop other concepts of health, since the clinical-biomedical approach is insufficient to perform satisfactorily before this complexity.

**Keywords:** Prejudice. Social stigma. Obesity. Risk.

## Introdução

Nas perspectivas hegemônicas de saúde, a obesidade e seus desdobramentos vêm sendo estudados há algumas décadas. No campo da Nutrição, ela é apontada não só como uma patologia – definida como um acúmulo excessivo ou anormal de gordura no tecido adiposo – mas como importante fator de risco para outras doenças.<sup>1</sup> Apesar disso, carecemos de estudos que se aprofundem na avaliação da abordagem terapêutica da obesidade e seus efeitos.

Desde antes de a 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.<sup>2</sup> 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. Nesse período, as doenças infecciosas deram lugar às doenças degenerativas (cardiopatas, câncer, doenças metabólicas), chamadas também de DCNT.<sup>3,4</sup>

O aumento dos níveis de obesidade (e diminuição dos níveis de desnutrição) 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.<sup>5</sup>

Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), mais de 50% da população brasileira encontrava-se com sobrepeso, e cerca de 16% da população adulta encontrava-se em algum grau de obesidade no ano de 2009.<sup>6</sup> Com o intuito de solucionar a problemática, assim como as outras profissões da Saúde, a ciência da Nutrição passou a dedicar-se ao estudo da obesidade, reproduzindo tradicionalmente 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.<sup>7</sup> Nas últimas duas décadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a considerar a existência de uma “epidemia da obesidade”, o que influencia o aumento de políticas públicas voltadas ao emagrecimento.<sup>2</sup>

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.<sup>1,8</sup>

Muitos estudos, porém, questionam a relação de causalidade entre o IMC elevado e o risco de doenças cardiovasculares e doenças crônicas não transmissíveis. Alguns desses 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.<sup>9</sup> Além disso, relatos de pacientes considerados obesos indicam que os profissionais de saúde são uma fonte importante de preconceito.<sup>10</sup> Estudos internacionais constataam atitudes negativas à obesidade entre médicos, enfermeiros, psicólogos, educadores físicos e nutricionistas.<sup>11</sup> Evidenciou-se a presença de preconceito implícito significativo, inclusive com especialistas em obesidade.<sup>12</sup>

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. Este trabalho explora estas lacunas e apresenta o desafio do desenvolvimento de novas abordagens e ferramentas para atuação em Nutrição.

A construção deste objeto de estudo, como aponta Bosi,<sup>13</sup> “representa um processo dinâmico que se dá na interface do acadêmico com o existencial, compreendendo os aspectos políticos-ideológicos aí implicados”. Ou seja, não se definiu de forma “neutra ou desinteressada”, mas bem posicionada quanto à realidade material e subjetiva apresentada. Desta forma, o presente estudo trata de pesquisa básica/fundamental, qualitativa e exploratória. O resgate teórico se baseou nas análises sociológicas e históricas de Bourdieu<sup>26</sup> e Poulain<sup>2,3</sup> acerca da obesidade, articulando-as com a conceituação de normal e patológico de Canguilhem<sup>14</sup> e os debates sobre estigma e risco promovidos por Goffman<sup>20</sup> e Caponi<sup>21,24</sup>. Além disso, os estudos de Bosi<sup>13,38</sup> foram o fundamento para as análises sobre a profissionalização em Nutrição. A partir destes pressupostos teóricos, realizou-se revisão bibliográfica nas bases de dados mais comumente utilizadas nas áreas da saúde, buscando reconhecer os debates atuais sobre concepções de saúde, *gordofobia* e profissionalização em Nutrição.

## Discussão

### Normalidade ou variabilidade

As ciências da saúde dedicam-se a desenvolver e aprimorar os conhecimentos necessários ao processo terapêutico daquilo reconhecido como patológico. Como cita Canguilhem,<sup>14</sup> “[p]ara 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.<sup>14</sup>

Exemplo que ilustra essa significação ao termo são os estudos de Quételet, que são a base da antropometria e dão origem à biometria, com destaque para a ferramenta de triagem mais utilizada atualmente para a realização da avaliação nutricional: o índice de massa corporal (IMC). Quételet, 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.<sup>14</sup> Ou seja, a base dos parâmetros antropométricos se fez na busca por evidenciar o caráter natural das características físicas humanas.

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, 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.<sup>1</sup>

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.

A utilização das médias esconde “o caráter essencialmente oscilatório e rítmico do fenômeno biológico funcional”,<sup>14</sup> 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.<sup>3</sup>

Nesse contexto, o corpo humano passa a ser resultado de normas sociais, ou seja, a normalidade seria o produto de uma normalização entre funções e órgãos cuja harmonia sintética é fruto de condições definidas. A visão do profissional de saúde em relação ao indivíduo considerado obeso, portanto, é condicionada por determinada visão social-biológica sobre como deve ser um indivíduo “saudável”, fundamentando sua atuação 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.<sup>15</sup>

---

a Sahlins<sup>16</sup> narra a vida nas sociedades havaianas pré-colombianas, onde pessoas que segundo 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).

O problema da patologização das anomalias em busca de uma normalidade homogênea é grave, pois reduz a compreensão da multifatorialidade da obesidade a um fator comportamental, contribuindo para a manutenção de um modelo de saúde que corrobora a busca incessante por um tipo corpóreo visto como ideal, favorecendo a mercantilização das práticas de saúde.<sup>3</sup>

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,<sup>14</sup> ou seja, tornamo-nos mais distantes de uma compreensão integral do indivíduo.

No Brasil, por exemplo, apesar de ser contraintuitivo, fome e sobrepeso não são opostos, mas estão relacionados. O cenário da insegurança alimentar determinada pela pobreza pode induzir as famílias à escolha de alimentos com alta densidade calórica associados ao baixo custo. A neurociência corrobora tal afirmativa, na medida em que revela mecanismos neurológicos nos quais ansiedade e estresse, associados à restrição alimentar involuntária, aumentam os riscos de transtornos alimentares caracterizados pelo consumo elevado de alimentos de alta densidade calórica.<sup>17</sup> Além disso, 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 adaptações para economia de energia, aumentando novamente o risco de ganho de peso ou transtornos metabólicos como diabetes e hipertensão arterial.<sup>17</sup>

A evidência de pessoas consideradas obesas metabolicamente saudáveis vem sendo apresentada em diversos estudos. Flegal et al.<sup>18</sup> identificaram a ausência de associação positiva entre obesidade grau I e mortalidade e associação negativa entre sobrepeso e mortalidade.<sup>11</sup> O método diagnóstico determinado pelo IMC, portanto, apresenta questionamentos e riscos por sua generalização, categorizando indivíduos através de uma ferramenta originalmente formulada para avaliações de saúde em nível populacional.<sup>3</sup> 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.

A forma que consideramos a variabilidade – como uma ameaça à normatividade ou como um caminho para uma nova forma – definirá o modo como iremos enxergar o ser vivo portador de uma nova característica. Por isso, o debate conceitual e teórico é essencial para discussão da abordagem prática em saúde.

A teoria de Canguilhem<sup>14</sup> defende a capacidade de autopreservação e adaptação do ser humano, sendo a normatividade biológica incapaz de acompanhar esse processo. O indivíduo obeso seria então anômalo, e não anormal, pois, de forma geral, amplia suas próprias normas de compatibilidade com a vida.<sup>19</sup>

No momento em que se questiona 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 e preconceito

Estigma é definido por Goffmann<sup>20</sup> 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 em que determinado padrão é denominado como desviante, esta classificação por si só justificaria atitudes discriminatórias e excludentes em maior ou menor grau.

O conceito de biopolítica também traz explicações para a hierarquização das populações consideradas mais ou menos saudáveis. 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.<sup>21</sup>

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.<sup>21</sup>

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.<sup>21</sup> 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.<sup>21</sup>

A estigmatização de pessoas gordas reduz esta população a sua característica corporal ou comportamental tida como anormal e a discrimina pela mesma, estabelecendo assim um controle coletivo sobre seu corpo e limitando sua atuação na esfera política. Estes mecanismos resultam na crença de que a obesidade é reflexo das qualidades morais dos indivíduos, principalmente

o descontrole, embora ela não se caracterize apenas por críticas ao indivíduo, mas por uma série de interações de ordem mais ampla que desmerecem e o transformam em culpado por sua desvalorização.<sup>2</sup>

Conforme resume Silva e Ferreira:<sup>19</sup>

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.<sup>22</sup>

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.<sup>20</sup> Além disso, as relações sociais e a relação com o próprio corpo são afetadas significativamente por esta busca de saúde e de estética, pois fundamentam a identidade pessoal e o sentimento de pertencimento a determinado grupo social. O preconceito vivenciado nas relações afetivas apresenta a definição do corpo gordo como resultado de preguiça, fracasso ou desleixo.<sup>19</sup>

O estigma gera então um ciclo de opressão, pois se apresenta 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.<sup>23</sup>

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.<sup>3</sup>

Sendo assim, cabe aqui questionar o modelo de saúde hegemônico atual, e conseqüentemente, a concepção de saúde que o fundamenta. Caponi<sup>24</sup> afirma que:

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.<sup>25</sup> 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”.<sup>14</sup> Assim, a predominância da fisiologia no estudo das ciências da saúde<sup>14</sup> simplifica e fragmenta o ser humano, destacando-o de seu contexto social, reforça a problemática da patologização e estigmatização supracitadas e permite a consolidação de práticas de intervenção e controle sobre as formas desviantes como medidas de prevenção e segurança.<sup>21</sup>

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”.<sup>23</sup> 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. Por isso, ao entendermos esses contextos como processos sociais, a abordagem clínica biomédica se mostra insuficiente para atuar de maneira satisfatória diante de um fenômeno tão complexo.

A concepção da determinação social do processo de construção de saúde e doença nos permite analisar o possível processo de adoecimento que podem sofrer as pessoas para além da dimensão biológica.<sup>19</sup> Entender a saúde-doença como um processo social significa reconhecer a existência de estruturas sociais condicionantes, que agem coercitivamente sobre os 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 gostos não são apenas pessoais, mas uma negociação entre o *habitus* e o campo,<sup>26</sup> 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 suas experiências pessoais 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.

## *Gordofobia*

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”.

Considerando o exposto, evidencia-se a importância do debate acerca da *gordofobia*. A escassez de estudos sobre o tema na bibliografia científica, principalmente no Brasil, dificulta a construção deste debate desde sua conceituação.<sup>11</sup> A abordagem científica encontrada, em sua maioria, é proveniente da organização de grupos sociais (Movimento Gordo<sup>b</sup>) que demandam ações estratégicas para o combate da mesma.

Segundo Arraes,<sup>27</sup> 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.

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 associações possíveis: descontrole, desleixo, preguiça, incapacidade, doença, inadequação, não pertencimento.<sup>28</sup> A segunda é a aversão sistemática à “gordura em si”, ou seja, o medo da própria pessoa de tornar-se gorda.<sup>29</sup>

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.<sup>11,22</sup> Acarreta consequências diretas em nível psicológico (depressão, ansiedade, autoimagem e transtornos alimentares), social e econômico;<sup>30</sup> além de consequências indiretas, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (promoção, prevenção e tratamento),<sup>29</sup> revertendo em maiores custos para o SUS, a longo prazo. É, portanto, a marginalização consequente da estigmatização, e a materialização da biopolítica da obesidade, onde o controle da massa corporal é uma forma de controle dos corpos.

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.<sup>21</sup> Desta forma, o “pacto de segurança” que vincula o Estado e a população de sociedades liberais não só legitima a intervenção na antecipação a todo risco como um compromisso – o que

---

b O Movimento Gordo surge como uma tentativa de superação do estigma, desempenhando importante papel na aceitação das pessoas gordas pela sociedade, por meio de ações estruturadas (Neves; Mendonças<sup>5</sup>).

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.<sup>21</sup>

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. Além disso, a caracterização e compreensão da *gordofobia* superam os aspectos subjetivos, uma vez que a questão da acessibilidade também se mostra como obstáculo, materializando-se no campo da saúde através da falta de equipamentos e profissionais qualificados para o atendimento.

Reconhecer, no entanto, a existência de uma opressão contra pessoas consideradas obesas é insuficiente, uma vez uma compreensão ampla exige o reconhecimento dos marcadores sociais (interseccionalidades) correspondentes aos diferentes fatores que demarcam territórios específicos de vivências na vida de cada sujeito e/ou grupo.<sup>31</sup> Portanto, um importante recorte a ser feito é a discussão de gênero, concebendo-a enquanto uma construção histórica e cultural.<sup>32</sup>

Estudos que identificam 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.<sup>33</sup>

Para o segmento feminino, a exigência de corpos magros caracteriza-se como sinônimo de normalidade.<sup>34</sup> Além disso, estudos têm mostrado que a imagem corporal é um fator preditor para a prática de dietas, sendo a frequência dessas práticas mais um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar.<sup>33</sup>

Ao 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,<sup>35</sup> quando afirma que: “[o] hábito da dieta é o mais possante sedativo político na história feminina. Uma população tranquilamente alucinada é mais dócil.”

Esta sobreposição de mecanismos de 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, elas enfrentam uma batalha contra si mesmas, apresentando autorreprovação, culpa e maior risco de desenvolvimento de transtornos psicológicos e alimentares.<sup>36</sup>

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.<sup>36</sup>

## A formação acadêmica do profissional de saúde nutricionista

A profissão de nutricionista é permeada por significações de gênero na sua constituição histórica, apesar de se identificar uma abordagem inexpressiva do tema nos estudos sobre formação e prática em Nutrição.<sup>32</sup> A feminização dos empregos não só preserva a hierarquia dos poderes e papéis, como também sujeita a categoria a opressões que vulnerabilizam e enfraquecem a atuação.

Atualmente, alguns estudos apontam a presença de dilemas na formação/atuação profissional em Nutrição no Brasil: essencialmente técnica, biologicista, generalista e inespecífica.<sup>37</sup>

Uma das principais autoras brasileiras sobre a temática, Maria Lúcia Bosi,<sup>38</sup> nos descreve enquanto profissionais “essencialmente técnicos”, com ênfase no “saber biológico” e especializados/fragmentados dentro da área de atuação. Além disso, Bosi<sup>33</sup> também aponta para a problemática de uma formação ampla, superficial e inespecífica.

Por sua vez, Costa<sup>39</sup> – 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, 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.

Além disso, constata-se que “a formação do nutricionista é falha em estratégias de aconselhamento, mudança comportamental e abordagem da imagem corporal”.<sup>11</sup> Ou seja, além de apresentar objetivos limitados na conduta terapêutica, estes, predominantemente, não são alcançados.

Um estudo de Cori et al.<sup>11</sup>, que teve o objetivo de identificar atitudes de nutricionistas em relação à obesidade, constatou 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 da obesidade 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.

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.<sup>11</sup>

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.<sup>11</sup>

Considerando a formação teórica como algo que define e conforma a prática do profissional nutricionista, refletindo em sua identidade profissional e profissionalização,<sup>13</sup> é essencial a realização de uma análise desta formação enquanto peça fundamental da construção de uma identidade coletiva e, conseqüentemente, de determinada compreensão da categoria por parte da sociedade.

## Considerações finais

Sabendo-se da complexidade de fatores – mídia, sociedade, fisiologia, economia, alimentação, atividade física, infraestrutura, desenvolvimento, biologia, medicina – que determinam o que é chamado de “obesidade”, circunscrever a atuação e abordagem terapêutica do profissional de saúde apenas em termos biológicos não é só insuficiente,<sup>29</sup> como também pode vir a ser irresponsável.

A discussão deste trabalho é tão complexa porque o controle sobre o corpo gordo acontece de maneira sutil, embora em todas as esferas da vida. A estigmatização desvia o foco dos sujeitos dos determinantes de doenças que estão presentes em seus territórios e cotidianos, afastando-os da compreensão da necessidade de organização social para enfrentamento destes. Além disso, a postura do profissional de acordo com o IMC do paciente, além de estigmatizante e gordofóbico, vulnerabiliza ainda mais este sujeito, reforçando a predisposição destes indivíduos a problemas físicos e psicológicos e promovendo a alienação.

Faz-se necessária, portanto, uma formação em saúde que estimule 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.<sup>31</sup>

Uma 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 profissionais de saúde que promovam assistência universal, integral e equânime e que sejam críticos e sensíveis para a construção de uma assistência humanizada.

Especificamente no campo da Nutrição, é urgente e essencial que se desconstrua a “mentalidade de dieta” – “definida como o controle social e conseqüente mal-estar que atravessa a experiência com a alimentação e o corpo”<sup>7</sup> – uma vez que esta interfere nas escolhas alimentares, desempodera e gera perda da autonomia.

Acreditar na 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, desconsiderando todos os outros fatores envolvidos neste processo (sabor, memória, cultura, disponibilidade, entre outros). Outra associação equivocada muito comum atribui à “falta de consciência” e à “baixa autoestima” uma função de causa da obesidade, enquanto, na verdade, estas são consequências da estigmatização.

Mesmo quando se objetiva o emagrecimento, o profissional deve realizar o atendimento com acolhimento, cuidado e atenção, com compreensão da vulnerabilidade social e cultural a que este sujeito está submetido. Um atendimento centrado na pessoa – e não na doença – abrange a possibilidade de que o próprio indivíduo elabore estratégias de ressignificação da vida, incluindo o comer e o exercitar-se.<sup>19</sup> Não se trata de buscar uma formação que resolva as iniquidades sociais ou os determinantes de doenças, mas sim, 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 um alargamento da compreensão e da criticidade sobre, neste caso, a obesidade, evitando assim o deslocamento do problema para uma esfera psicológica<sup>11</sup> 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 impedindo a realização da autocrítica por parte dos profissionais e estudantes, agravando a persistência da reprodução do preconceito durante a formação acadêmica em Nutrição. Além disso, considerando a importância que o gênero constitui na construção da profissão de Nutrição, necessita-se reconhecer que a autoridade e o poder no âmbito da Ciência na área de Nutrição estão sendo exercidos com maior expressão pelo sexo masculino<sup>32</sup>. Desta forma, a inclusão do feminismo é estratégica para a qualificação da formação, uma vez que a crítica feminista tem aprofundado o debate acerca dos distúrbios alimentares, ampliando a abordagem psicopatológica para as dimensões relacionadas à socialização, 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.

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.

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

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.

É necessário redirecionar a atenção para os reais fatores determinantes de saúde, em detrimento das atitudes culpabilizantes. As ciências da saúde precisam reconhecer seu lugar privilegiado de articulação entre conhecimento e as intervenções governamentais sobre indivíduos e populações.<sup>21</sup> Isso 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, como respeitar a diversidade humana e as múltiplas formas de experiência que devem ser aceitas e trabalhadas, sem estigmatização.

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

A abordagem da/o profissional nutricionista deve refletir uma compreensão sócio-histórica do indivíduo, evitando 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.

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.

## Colaboradores

Silva BL e Cantisani JR participaram de todas as etapas desde a concepção do estudo até a revisão da versão final do artigo.

Conflito de interesses: As autoras declaram não haver conflito de interesses.

## Referências

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000.
2. Poulain JP. Sociologia da Obesidade. São Paulo: Editora Senac; 2013.
3. Poulain JP. Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar. 2. ed. Florianópolis: Editora UFSC; 2013.
4. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. dez. 2012; 21(4):529-532.
5. Neves AS, Mendonça ALO. Alterações na identidade social do obeso: do estigma ao fatpride. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2014; (9):3:619-631.
6. 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.
7. Torres AAL. Ponto de equilíbrio entre a Ciência da Nutrição e “Fat Studies”. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2016; 11:1201-1212.
8. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Doenças desencadeadas ou agravadas pela obesidade. ABESO [Internet]. 2011. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/28/5521afaf13cb9.pdf>
9. Ahima RS, Lazar MA. The health risk of obesity: better metrics imperative. *Science*. 2013; 341(6148):856-858.
10. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, et al. ‘Primary care physicians’ attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res*. 2003; 11(10):1168-1177.
11. Cori GC, Petty MLB, Alvarenga MS. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos: um estudo exploratório. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015; 20(2):565-576.
12. Schwartz MB, Chambliss HON, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obes Res*. 2003; 11(9):1033-1039.
13. Bosi MLM. Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão. São Paulo: Hucitec; 1996.
14. Canguilhem G. O Normal e o patológico. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
15. Araújo KL, Pena PGL, Freitas MCS, Diez-Garcia RW. Estigma do nutricionista com obesidade no mundo do trabalho. *Rev Nutr*. 2015; 28(6):569-579.



16. Sahlins M. *Ilhas de História*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1990.
17. 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: FAO; 2014.
18. Flegal KM, Kit BK, Orphana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories. *JAMA*. 2013; 309(1):71-82.
19. Silva AC, Ferreira JT. Gordura corporal: entre a patologização e a falência moral. *Rev. Saúde Coletiva*. 2013; 1(23):289-296.
20. Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC; 1963.
21. Caponi S. Viver e deixar morrer: biopolítica, risco e gestão das desigualdades. *Redbioética*. 2014; 10(2):27-37.
22. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health*. 2010; 100(6):1019-1028.
23. Mattos R. *Sobrevivendo ao estigma da gordura*. São Paulo: Vetor; 2012.
24. Caponi S. A saúde como abertura ao risco. In: Czeresnia D, Freitas CM, Organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 55-77.
25. Ros MA. As alterações da PNAB e o processo de trabalho do NASF. In: *4o Encontro Universitário de Saúde da Família*; 2017. Florianópolis: UFSC/PMF; 2017.
26. Bourdieu P. *A distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo: EDUSP; 2007.
27. Arraes J. Gordofobia como questão política e feminista. *Revista Forum Semanal* [Internet]. 05 set. 2014. [acesso em: 03 nov. 2016]. Disponível em: <https://www.revistaforum.com.br/digital/163/gordofobia-como-questao-politica-e-feminista/>
28. Gurgel A. O que é gordofobia? Como deixar de ser gordofóbico. ep. 1 [Internet]. 27 jun. 2017. [acesso em: 09 set. 2017]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NUyjf82OoRg>
29. Francisco L, Diez-García R. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. *Demetra: Alimentação, Nutrição Saúde*. 2015; 10(3):705-716.
30. Hunger JM, Major B, Blodon A, Miller CT. Weighed down by stigma: how weight-based social identity threat contributes to weight gain and poor health. *Soc Personal Psychol Compass*. 2015; 9(6):255-268.
31. Perpétuo CL. O conceito de interseccionalidade: contribuições para a formação no ensino superior. In: *V Simpósio Internacional em Educação Sexual: saberes/trans/versais currículos identitários e pluralidades de gênero*; 26-28 abr. 2017; Maringá.
32. Souza LKCS, Campos FM, Kraemer FB, Machado PAN, Carvalho MCVS, Prado SD. Gênero e formação profissional: considerações acerca do papel feminino na construção da carreira de nutricionista. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2016; 11:773-788.
33. Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa MLS, Carvalho RJ. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr*. 2006; 55(2):108-113.

34. Almeida GAN, Santos JE, Passian SR, Loureiro SR. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*. 2005; 10(1):27-35.
35. Wolf N. O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco; 1992.
36. Orbach S. Gordura é uma questão feminista. Rio de Janeiro: Record; 1978.
37. Simões COA. “Sociabilidade dos Nutrientes” e a “Nutricidade do Social”: um estudo de antropologia simétrica sobre o chamado “conhecimento científico” no curso de graduação em Nutrição. Florianópolis: UFSC; 2014. 127 p.
38. Bosi MLM. A face oculta da nutrição: ciência e ideologia. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; 1989.
39. Costa NSC. A formação do Nutricionista: educação e contradição. Goiânia: Editora UFG; 2001.

Recebido: 23 de março de 2018

Revisado: 12 de maio de 2018

Aceito: 23 de maio de 2018