



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL

ANDRÉA SUGAI MORTOZA

**A OBESIDADE COMO EXPRESSÃO DE QUESTÃO SOCIAL:
NUTRIÇÃO E ESTIGMA**

TESE DE DOUTORADO

BRASÍLIA
2011

ANDRÉA SUGAI MORTOZA

A OBESIDADE COMO EXPRESSÃO DE QUESTÃO SOCIAL:

NUTRIÇÃO E ESTIGMA

TESE APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL, DO DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA COMO REQUISITO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM POLÍTICA SOCIAL.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. MARLENE TEIXEIRA RODRIGUES

BANCA EXAMINADORA: PROF^a. DR^a. JULIANA DA CUNHA
PROF^a. DR^a. KÊNIA MARA BAIOCCHI DE CARVALHO
PROF^a. DR^a. ELIZABETH QUEIROZ
PROF^a. DR^a. JOSÉ GARROFE DÓREA

BRASÍLIA
2011

AO BERTI,

*“Nessa tarde anoitecida
Tudo em Colônia fica em seu lugar:
A evanescência das coisas é
Um fluxo sem direção e
...
Eu, seguro na tua mão”.*

Colônia - Uruguai, 2009
Topologias Líricas

“Nossa sociedade cria os obesos, mas não os suporta”.

Jean Trémolières
França, 1971
(Apud POULAIN, 2006: 113)

“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”.

Pierre Bourdieu
Paris, 2009: 63

AGRADECIMENTOS

Em boa medida, a realização deste trabalho pode ser atribuída aos esforços, estímulos de muitos profissionais, mestres, doutores, familiares, colegas e amigos que, de boa vontade, comentaram e apresentaram críticas e sugestões sobre numerosas questões, contribuindo, assim, para a autenticidade de muitos tópicos aqui abordados. Embora a falta de espaço impeça a enumeração de todos aqueles que generosamente dispuseram de seu tempo e conhecimento, gostaria de expressar os meus mais sinceros agradecimentos a alguns deles:

A minha parceria de orientação, Professora Marlene Teixeira Rodrigues, que, de forma muito generosa, acolhedora e competente, orientou-me, dando-me a liberdade necessária para crescer, em confiança e em conteúdo, sendo incentivadora na busca de soluções. A minha mais sincera e profunda gratidão.

A Universidade de Brasília, particularmente ao Departamento de Serviço Social (SER), do Instituto de Ciências Humanas (IH) pelo inestimável apoio institucional e acadêmico dispensados. Agradeço a este ambiente de convivência de caráter multidisciplinar, respeitoso e sério, onde pude desfrutar da vida acadêmica nos estudos sociais e políticos.

A Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – instituição que me proporcionou condições para efetuar a pesquisa que ora apresento, através do financiamento e apoio institucional pela bolsa-doutorado, permitindo explorar caminhos inimagináveis no campo da ciência.

Ao corpo docente do Departamento de Serviço Social e da Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília pela carinhosa acolhida, em especial a Professora Potyara A. P. Pereira pelo imenso apoio, respeito, afeto, incentivo e apresentação da Política Social. Qualquer agradecimento seria pequeno a grande admiração e respeito acadêmico que carrego comigo. Ao Professor Newton Gomes pelas sugestões valiosas e por me abrir horizontes discutindo com muito respeito e incentivo, a qualquer hora, minhas idéias nem sempre completas. A Professora Rosa Stein pelo carinho, apoio sempre presentes nos contatos com a Coordenação da Pós-

Graduação. Aos funcionários do Departamento, em especial a Domingas, pelo imenso carinho, cuidado e disponibilidade. A minha experiência na Política Social acrescentou lentes à minha visão do mundo e principalmente no papel inimaginável da Política Social na vida de todos, em especial o da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

Um agradecimento muito especial à querida amiga e mais que especial Professora Luz Stella Rios, colombiana, pelo apoio, pelo diálogo enriquecedor e sugestão de novos caminhos. Ao médico pesquisador Dr. Stephen Genuis (*Clinical Professor/Faculty of Medicine, University of Alberta, Canada*), que me recebeu duas vezes por semana, por cinco meses em Alberta/Canadá. As professoras Ruth Macklin (*Albert Einstein College of Medicine, New York, USA*) e Florência Luna (FLACSO/Argentina) pela supervisão e experiência concedida em Ética em Pesquisa, ao longo de quatro meses, em Buenos Aires/Argentina.

Aos professores Elisabetta Recine, José Dórea, Potyara Pereira e Newton Gomes, pelo interesse neste trabalho e por importantes discussões. Aos professores Juliana da Cunha, Kênia Mara Baiochi de Carvalho, Elizabeth Queiroz e José Dórea que gentilmente aceitaram o convite para este segundo momento. A todos, que juntamente com a Professora Marlene Teixeira compõem a banca examinadora, meus agradecimentos pela disposição em discutir comigo a tese neste momento final.

Às minhas amigas Patrícia Costa Bezerra e Ana Helena Sampaio Maluf pelo apoio nesta trajetória, nem sempre fácil, mas muito prazerosa. Nosso laço de amizade, respeito e carinho ultrapassam barreiras de convivência.

Aos amigos de mestrado e doutorado do Departamento, que compartilharam comigo essa aprendizagem e foram companheiros nos incontáveis dias de estudo, especialmente a Liduina Gisele, Cristina Kiomi, Elaine Cristina e Fátima Pires, guerreiras absolutas nesta trajetória.

A minha família, que me deu lugar no mundo, em especial ao meu pai, meu amor maior; minha mãe, que mesmo em caminhos já distantes se fez presente nos momentos mais importantes, me cobrindo com carinho e força; a Nossa Senhora e a Táta com sua preocupação, seu abraço e sorriso, cuidando do “velho” para que eu pudesse conduzir os estudos em harmonia. À Luciana, minha amada irmã, pela ternura e paciência em me cuidar ao longo desses quatro anos, tanto fisicamente, mentalmente e espiritualmente. Sempre me dando estímulos para avançar na luta, com palavras de

afeto, respeito e admiração, sempre tão importante e de fundamental valor. Ao meu irmão amado, Rogério pelo apoio e amor de irmão incondicional. Apesar da correria, sempre tinha um e-mail cheio de afeto e frases engraçadas em momentos de leve tensão. A presença da família, de forma carinhosa e mansa, nos momentos de intensa angústia foi convertida em encontros de final de semana, com boas gargalhadas. A Eliane por cuidar de tudo ao meu redor, da casa, do estômago e, em especial das plantinhas. Aos meus sobrinhos mais que queridos: Guilherme, Paulo, Felipe, Camila, Ana, Aline, Bhya, Aninha e aos sobrinhos agregados Yuri, Ana Júlia, Pitei, Beatriz e ao pequeno Eduardo. Que o esforço e o amor depositados dia-a-dia na construção desse trabalho e na imensa vontade em aprender lhes possam servir de estímulo futuro. Ao Kédson e a Suyan obrigada pela “cunhadise”. A todos vocês, um agradecimento mais que especial.

Ao Berti, pela parceria na vida pessoal e na vida acadêmica. Estímulo inimaginável; conversas regadas a sorrisos, realidades e muito otimismo. A sua incondicional solidariedade, apoio e ternura me conduziram a mais esta etapa juntos.

O que me propus a fazer neste trabalho foi abordar a obesidade da mesma forma como um naturalista a encararia, usando tanto as lentes de longa distância como as distâncias mais curtas, mais íntimas, da experiência pessoal. O resultado dessa aventura pode ser comparado a uma bela refeição, pois foi fruto de um trabalho e de uma reflexão intensos, saboreada na companhia de grandes mestres e seus livros, companheiros e amigos os quais admiro e considero e que me deram a oportunidade, tão rara na vida moderna, de saborear conscientemente de tudo o que está relacionado com o problema da obesidade.

SUMÁRIO

Lista de Figuras	2
Lista de Tabelas	3
Lista de Siglas.....	4
Resumo	5
Abstract.....	6
Capítulo 1 - Introdução.....	7
Capítulo 2 - Panorama da obesidade	20
2.1. <i>O conceito de obesidade</i>	20
2.2. <i>Dados sobre a obesidade</i>	24
2.3. <i>Agravos à saúde e custos</i>	29
2.4. <i>Causas da obesidade</i>	31
2.5. <i>A obesidade como uma expressão da questão social</i>	40
Capítulo 3 – Os fundamentos históricos da obesidade	48
3.1. <i>Período da medicina pré-histórica</i>	49
3.2. <i>Período da medicina pré-científica</i>	50
3.3. <i>Período da era científica (1.500 EC até os dias atuais)</i>	67
Capítulo 4 – A medicalização e a não-medicalização da obesidade	86
4.1. <i>O campo científico da obesidade</i>	86
4.2. <i>A medicalização da obesidade</i>	100
4.3. <i>A não-medicalização da obesidade</i>	118
Capítulo 5 – O significado da obesidade para a nutrição e o estigma	132
5.1. <i>O significado da obesidade para a nutrição</i>	133
5.2. <i>Sobre a noção de estigma</i>	158
5.3. <i>Estigmatização dos obesos</i>	159
Capítulo 6 – Discussão e considerações finais	173
Referências Bibliográficas.....	179

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representações de algumas abordagens sobre as possíveis causas da obesidade.....	44
Figura 2 – Representação do diálogo que deve ocorrer entre as diversas dinâmicas que tratam sobre a obesidade.....	44
Figura 3 – Estátua de Vênus de Willerdorf. Museu de História Natural (<i>Naturhistorisches Museum</i>), Viena.....	49
Figura 4 – Campo das relações simbólicas.....	88
Figura 5 – Campo da obesidade	89
Figura 6 – Zonas visadas pelos organizadores do Congresso Internacional de Obesidade na seleção dos dez mais importantes descobertas ou avanços na área	106
Figura 7 – O círculo vicioso da estigmatização da obesidade.....	161
Figura 8 – PETA (<i>People for the Ethical Treatment of Animals</i>) lança campanha nos Estados Unidos às pessoas obesas. <i>Salvem as baleias. Perca a gordura: torne-se vegetariano</i> . A propaganda fica ainda mais agressiva e humilhante quando se nota que no desenho se encontra a figura de uma mulher.....	162

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Números de publicações por tópicos relacionados com a obesidade por décadas	107
--	-----

LISTA DE SIGLAS

SER	-	Departamento de Serviço Social
IH	-	Instituto de Humanas
CAPES	-	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
POF	-	Pesquisa de Orçamento Familiar
IMC	-	Índice de Massa Corporal
DANTs	-	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
SIH-SUS	-	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
NIH	-	Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos
CONAR	-	Conselho de Autorregulação Publicitária
ABN	-	Associação Brasileira de Nutricionista
FEBRAN	-	Federação Brasileira de Nutrição
ASBRAN	-	Associação Brasileira de Nutrição
PRONAN	-	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
LDB	-	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
CEPANDAL	-	Comissão de Estudos e Programas Acadêmicos de Nutrição e Dietética na América Latina
LDB	-	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
INAN	-	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
PAT	-	Programas de Alimentação do Trabalhador
APEOESP	-	Associação dos Professores de Ensino do Estado de São Paulo
PETA	-	Pessoas pelo Tratamento Ético dos Animais (<i>People for the Ethical Treatment of Animals</i>)
OMS	-	Organização Mundial da Saúde

RESUMO

Este trabalho trata do *problema da obesidade* enquanto uma construção sócio-cultural e ideológica, considerando os modelos da arena pública e suas implicações. Examina-se a obesidade por três abordagens: (a) obesidade como uma concepção moral; (b) obesidade como uma concepção de doença ou medicalização da obesidade e (c) obesidade como uma concepção politicamente aceitável ou de não-medicalização da obesidade. Utiliza-se o método qualitativo, construtivista social e a teoria por modelos conhecida como “*framing*”, baseando-se em documentos públicos. Considera-se inicialmente um panorama da obesidade a partir de uma perspectiva internacional, na qual a situação nacional é analisada. Verifica-se então como a discussão atual sobre a obesidade no país está condicionada pelo debate da fome. Outro resultado diz respeito à demanda por uma análise da obesidade mais ampla, contemplando a cultura da alimentação e o gerenciamento da interface humana com o ambiente físico, econômico e sociocultural. Devido a estreita relação com a comida, o entendimento da definição e dos significados simbólicos da obesidade remetem a uma imersão na história da alimentação. Nesta análise histórica, os aspectos da ciência biomédica são contextualizados, por serem estes resultados os que levaram ao modelo hegemônico atual para tratar a obesidade. Estes resultados conduzem aos dois modelos atuais: o da medicalização e o da não-medicalização. Para estudar a dinâmica de como estes modelos se estabeleceram, explora-se o conceito de campo das relações simbólicas de Bourdieu. Assim, é introduzida a noção de campo dos bens simbólicos da obesidade, com destaque ao campo científico da obesidade. Desta análise resulta a descrição de mecanismos de poder que asseguram a hegemonia do modelo de medicalização, num campo de interesses onde se articulam forças associadas, desde a indústria de alimentação à produção do conhecimento científico. Um resultado presente em cada etapa de desenvolvimento deste trabalho é a identificação do estigma e da discriminação do obeso como consequência social da obesidade. Este aspecto é relevante quando se considera a possibilidade de se transmutar, por exemplo, no Brasil, o atual *problema social da obesidade* para uma *questão social da obesidade*.

Palavras chaves: Obesidade. Saúde Pública. Política. Campo da Obesidade.

ABSTRACT

This work addresses the *problem of obesity* as a socio-cultural and ideological construction, considering models of public arena and their implications. Obesity is examined through three approaches: (a) obesity as a moral conception, (b) obesity as a disease conception or the medicalization of obesity, and (c) obesity as a design politically acceptable or non-medicalization of obesity. The social constructivism qualitative method and the theory by models known as framing are used, based on public documents. Initially an overview of obesity is considered from an international perspective, in which the national situation is analyzed. Then one verifies as the current discussion on obesity in the country is conditioned by the discussion of hunger. Another result concerns the demand for a broader analysis of obesity, addressing the culture of feeding and management of human interface with the physical, economic and sociocultural environment. Due to the close relationship with food, the understanding of the definition and the symbolic meanings of the obesity points to an immersion in the history of feeding. In such a historical analysis, aspects of biomedical science are contextualized, as they are the results leading to the current hegemonic model for treating obesity. These results lead us, in turn, to the two present models: the medicalization and non-medicalization. In order to study the dynamics of how these models were established, the Bourdieu's concept of symbolic-relation field is explored. Thus the notion of field of symbolic goods of obesity is introduced, emphasizing the scientific field of obesity. This analysis gives rise to the description of the power mechanisms that ensure the hegemony of the medicalization model, in a field of interests, where related forces are articulated from different perspectives, since the food industry to the production of scientific knowledge. One result arising at every stage of this work is the identification of stigma and discrimination against the obese as a social consequence of obesity. This aspect is relevant when one considers the possibility of transmuting, for example, in Brazil, the current *social problem of obesity* to a *social question of obesity*.

Keywords: Obesity. Public Health. Policy. Obesity Field.

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

O perfil de saúde de uma sociedade pode sofrer transformações em períodos relativamente curtos (BARRETO e CARMO, 2000). Um exemplo dessa transformação, no Brasil, é a mudança no padrão de peso da população. De fato, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) que analisou dados de 188 mil pessoas residentes, no período de 2008 a 2009, demonstra um aumento acelerado do excesso de peso e da obesidade no país. Em crianças a partir de cinco anos, tanto o excesso de peso como a obesidade são encontrados em todos os grupos de renda de todas as regiões. Nas crianças mais velhas e adolescentes, a frequência do excesso de peso, que vinha aumentando modestamente até o final dos anos 80, triplicou nos últimos 20 anos, alcançando entre um quinto e um terço dos jovens. Em adultos, o excesso de peso aumenta continuamente desde meados da década de 1970 e, no momento, é encontrado em cerca de metade dos brasileiros. Dados apontam que a obesidade apresentou aumentos em todas as faixas etárias (IBGE, 2008-2009). Entre 2003 e 2009, a frequência de pessoas com excesso de peso aumentou em mais de um ponto percentual ao ano. Isto indica que, em cerca de uma década, o excesso de peso poderá alcançar dois terços da população adulta do Brasil, magnitude semelhante à encontrada nos Estados Unidos (MONTEIRO, 2010).

Levantamentos realizados por pesquisas em diversos países confirmam que a obesidade tem crescido rapidamente em todo o mundo (LANG e RAYNER, 2005b; GONZÁLEZ-ZAPATA, ALVAREZ-DARDET et al., 2008; INTERNATIONAL OBESITY TASKFORCE, 2009). Por esse motivo, a discussão internacional, sob o

aval da Organização Mundial da Saúde, tem cunhado o termo epidemia global da obesidade, ou mesmo epidemia pós-moderna, além de globesidade e pandemia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; 2000; BOERO, 2007: 42; GILMAN, 2010), embora com restrições por parte de alguns especialistas (CAMPOS, 2004; CAMPOS, SAGUY et al., 2006; NAKAYA, 2006; OLIVER, 2006). O Ministério da Saúde brasileiro reconhece esta preocupação: com os dados apresentados pela POF 2008/2009 o país se encontra em “alerta vermelho” para a obesidade (GOIS, 2010). O governo também considera preocupante o aumento dos índices de excesso de peso e da obesidade, uma vez que implica em aumento dos riscos de doenças associadas a esses agravos e, conseqüentemente, aumento dos custos com a saúde/doença da população (BRASIL, 2006).

Levando-se em consideração a previsão do modelo biomédico para a obesidade e suas conseqüências (CONRAD, 1992), e tendo em conta a inevitável ascensão da exposição a essa doença, decorrente do simples envelhecimento da população e a diminuição em nosso meio da incidência da maioria das doenças infecciosas, pode-se pressupor que as repercussões futuras da carga total da doença no país serão imensas (MONTEIRO, BENÍCIO et al., 2000; WALDMAN, SILVA et al., 2000; POPKIN, 2007). Portanto, a crescente exposição de todos os estratos sociais da população ao aumento da obesidade requer um mapeamento desse agravo, pontuando os elementos que a caracterizam como um problema social. E conseqüentemente, gerar uma maior atenção e discussão por parte dos programas e das políticas públicas destinados à prevenção e controle da enfermidade (MONTEIRO, CONDE et al., 2003). Mas caracterizar as condições potencialmente problemáticas não é suficiente para que um problema social se encaminhe para o centro das atenções públicas e se torne uma questão social (HILGARTNER e BOSK, 1988). A obesidade necessita constar na lista

de prioridades da agenda política decisional do governo (KINGDON, 1984), ser compreendida pela sociedade e ter adesão colaborativa das instituições, sobretudo, econômicas (LANG e RAYNER, 2007).

No centro de alguns problemas sociais se encontram os confrontos; mais especificamente o arcabouço das intenções: as lutas pela produção de idéias e sentidos (BENFORD e SNOW, 2000). Atores e agentes se reúnem para definir os problemas sociais e seus significados. Enquanto alguns grupos afirmam a existência ou não de alguma condição, outros tentam convencer autoridades e o público que existe uma questão moral presente (SPECTOR e KITSUSE, 1987; POULAIN, 2006). Quando significados envolvem a profissão médica, a medicalização do desvio e as definições médicas podem ter precedência (CONRAD, 1992). Assim, os desafios para definir idéias e significados sobre obesidade são esperados, pois tanto o excesso de peso quanto a obesidade não são unicamente fatos médicos; são problemas sociais que vários agentes lutam em defini-los, mas carregados de elementos ideológicos. Um aspecto importante, mas pouco explorado e analisado.

Problema, questão e objetivos da pesquisa

Considerando os desafios para definir idéias e significados sobre a obesidade, esta pesquisa trata do *problema da obesidade* enquanto uma construção sócio-cultural e ideológica. Especificamente, questionam-se como os modelos morais, biomédicos e políticos de compreensão e de intervenção do agravo contribuem para a construção da obesidade como um problema/questão social. Ou seja, examinamos as avaliações sobre obesidade como julgamentos construídos socialmente por três concepções: (a) obesidade como uma concepção moral; (b) obesidade como uma concepção de doença ou medicalização da obesidade e (c) obesidade como uma concepção politicamente

aceitável ou de não-medicalização da obesidade. Os objetivos são mapear a natureza sócio-cultural e ideológica das concepções ou modelos da arena pública da obesidade e analisar suas implicações. Como demonstraremos, as avaliações sobre obesidade como julgamentos construídos socialmente por essas três concepções conduzem a resultados diferentes sobre como se pensa a respeito desse agravo e, conseqüentemente, a respeito de saúde e políticas.

Uma estrutura para o trabalho – o método qualitativo

Para Strauss e Corbin (2008) a pesquisa qualitativa se refere a qualquer tipo de pesquisa que produza resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação. Alguns dados podem ser quantificados, mas a maior parte da análise é interpretativa. Desta maneira, ao se falar sobre análise qualitativa, referimo-nos não à quantificação de dados qualitativos, mas, sim, ao processo não-matemático de interpretação, cujo objetivo consiste em descobrir conceitos e salientar relações nos dados brutos, organizando os conceitos e as relações em um esquema explanatório teórico. Segundo Stern (1980), citado por Strauss e Corbin (2008), o método qualitativo pode ser usado para explorar áreas substanciais sobre as quais muito já se sabe, porém visando adquirir novos entendimentos. O método qualitativo foi o escolhido para conduzir este trabalho, devido à natureza do problema de pesquisa.

Desta maneira, estruturamos o presente trabalho, seguindo a orientação descrita por Crotty (CROTTY, 1998) para estudos qualitativos, onde a epistemologia desta pesquisa tem um caráter subjetivo. A perspectiva teórica ou a postura filosófica empregada é o construtivismo social. A metodologia ou estratégia de ação que associa métodos a resultados e que governa a nossa escolha e o nosso uso de métodos é a

análise ou teoria por modelos ou matrizes conhecida como “*framing*”. O método ou técnica e procedimento que propomos se dá pela teoria fundamentada através de documentos públicos: os artigos tomados de respeitáveis pesquisas, onde são expostas generalizações válidas referentes a regularidades fidedignamente registradas. Outros resultados provêm de narrativas formais e conceitos contidos em livros e tratados científicos da área¹.

Pode-se conjecturar, pela definição de Kingdon (1984), mas utilizando os termos de Fleury (2004) e Pereira (2004), que a obesidade é um problema ou uma expressão de uma questão social. Desta maneira, o problema da obesidade, segundo Ritze (1983), pode ser analisado seguindo orientações objetivistas ou construtivistas.

A maior parte das análises sobre obesidade e massa corporal como um problema social utiliza uma perspectiva objetivista, o qual se encaixa dentro dos paradigmas de fatos sociais positivistas, buscando documentar e descrever a realidade dos problemas sociais específicos (SPECTOR e KITSUSE, 1987). Ou seja, enquanto a abordagem objetivista designa condições particulares como problemas, a abordagem construtivista examina os processos pelos quais as pessoas passam a identificar certos fenômenos como problemáticos (SCHNEIDER, 1985; SPECTOR e KITSUSE, 1987). Porém, as análises construtivistas a respeito da obesidade e sua relação direta com a massa corporal estão sendo cada vez mais abordadas e desenvolvidas (KWAN, 2009a).

Segundo Creswell (2007) as pessoas tentam entender o mundo em que vivem e trabalham, desenvolvendo significados subjetivos para suas experiências. Esses significados são variados e múltiplos, levando o pesquisador a buscar uma complexidade de visões, em vez de estreitar significados em poucas categorias ou

¹ Para a realização desse trabalho a pesquisadora passou cinco meses no Canadá, na Universidade de Alberta e teve acesso a Biblioteca de Alberta via *online* por mais quatro meses, além dos cinco meses presenciais. Foram utilizadas também documentos contidos nas Bibliotecas da Universidade de Brasília e da Universidade de São Paulo e as bases de dados disponibilizadas pelos periódicos da Capes.

idéias. O objetivo da pesquisa, então, é basear-se o máximo possível nas visões do que está sendo estudado. As questões se tornam amplas e gerais, pois os significados subjetivos de uma situação são construídos ao longo dos tempos e são negociados social e historicamente. Em outras palavras, os significados subjetivos são formados através de interação com outras pessoas – daí o termo construtivismo social – e através de normas históricas e culturais que operam na sociedade. O construtivismo aborda, desta maneira, os processos de interação entre as pessoas.

Desta maneira, segundo Kjoernes (1995), é importante reconhecer a natureza subjetiva dos problemas sociais. Para Best "os problemas sociais são o que as pessoas vêem como problemas sociais" (BEST, 1995: xvi). Isto implica que existe um processo no qual as pessoas designam certas condições sociais como sendo problemas sociais. A tradição construtivista tem definido problemas sociais como “as atividades de indivíduos ou grupos que fazem queixas e reivindicações com relação a algumas condições possíveis” (SPECTOR e KITSUSE, 1987: 75). Desta maneira, a abordagem construtivista se baseia em processos ao invés de fatos, considerando os problemas sociais como produtos de definições coletivas (SCHNEIDER, 1985).

Conseqüentemente, os construtivistas abandonam as rígidas categorias dos problemas sociais, e como alternativa levam em consideração as alegações que as pessoas fazem no tocante a essas condições. Do ponto de vista construtivista, um problema social não tem qualquer estatuto ontológico independente, mas depende de definição pública. Como construções sociais, os problemas têm ciclos de vida que podem ou não corresponder com o objetivo de prevalência ou com as severidades das condições (BEST, 1995).

Acompanhando esse pensamento, pode-se argumentar por que é importante estudar os problemas sociais como processos e não como fatos objetivos. O estudo dos

problemas sociais como processos permite o desenvolvimento de explicações de como os problemas se tornam reconhecidos como problemáticos e como a definição de processos dependem de outras condições como os contextos estruturais e culturais (BEST, 1995). Por outro lado, as análises objetivistas das condições sociais tendem a reificar dados empíricos e a posição de especialistas como árbitros morais do bom e do ruim (MAURER e SOBAL, 1999b; SOBAL e MAURER, 1999). Apesar desta tendência, a construção objetivista guarda importância enquanto possível método de análise.

Assim, dentro da abordagem construtivista, o método contextual sustenta que as alegações devem ser tratadas em seus contextos culturais e estruturais, embora isto possa exigir a utilização de alguns fatos objetivados (BEST, 1995). Essa visão é reforçada por recentes esforços para integrar as perspectivas construtivistas e objetivistas (KWAN, 2009a). Com isso, a perspectiva construtivista tem provido a explicação da ascensão e queda de uma variedade de problemas sociais com referência a grupos de interesse, a ciência, ao governo, a mídia, as condições históricas, aos valores culturais, dentre outros (MAURER e SOBAL, 1999b; SOBAL e MAURER, 1999).

Os pesquisadores construtivistas, de acordo com Creswell (2007) reconhecem que sua própria formação molda sua interpretação e posicionam-se na pesquisa para reconhecer como sua interpretação flui a partir de suas próprias experiências pessoais, culturais e históricas. O objetivo do pesquisador, então, é dar sentido aos significados ou interpretar o que a sociedade tem para o mundo. Em lugar de começar com uma teoria, como no positivismo, os pesquisadores construtivistas geram ou desenvolvem uma teoria ou um padrão de significado.

Perspectivas construtivistas sociais podem contribuir para a nossa compreensão dos problemas sobre a obesidade, porque focam nossa atenção em como

esses problemas são criados, mantidos e promovidos em diversos ambientes sociais. Tendo em vista esses aspectos, o método construtivista se mostra oportuno para prover respostas à questão e objetivos que esta pesquisa trata. Embora existam amplas pesquisas objetivistas sobre problemas com a obesidade, poucos estudos abordam os aspectos socialmente construídos sobre esse agravo. Neste contexto social, o modelo construtivista baseado na noção de “*framing*”, vem adquirindo destaque.

A análise ou teoria por modelos ou matrizes conhecida como “*framing*” estabelece princípios básicos para o construtivismo social (GOFFMAN, 1986b). Este procedimento tem sido empregado no estudo da obesidade (SAGUY e RILEY, 2005; KWAN, 2009a), e se mostra extremamente útil à etapa atual da discussão, devido aos instrumentos teóricos e metodológicos para o estudo dos problemas sociais na arena pública. No centro de alguns problemas sociais se encontram os confrontos, mais especificamente o arcabouço das intenções pela produção de idéias e sentidos (BENFORD e SNOW, 2000). Como refere Goffman (GOFFMAN, 1986a), mapear o arcabouço da luta é uma tentativa de definir o fenômeno que ora ocorre. Os construtos para a análise construtivista social ou *framing* são atalhos cognitivos que permitem que as experiências sociais cotidianas façam sentido para os atores ou agentes. Como esquemas de interpretação, a metodologia de análise por *framing* pode ajudar um ator a perceber, localizar, identificar e, rotular os eventos complexos, e por vezes transformar eventos inexpressivos em eventos significantes. Os agentes podem chegar a uma "definição da situação", organizar e interpretar as experiências, e agir em conformidade (GOFFMAN, 1986a: 10). A análise por *framing* é importante, porque não somente pode definir um problema, mas também pode determinar a sua solução (SAGUY e RILEY, 2005); o que se reflete nas opiniões e atitudes dos indivíduos.

Há muitos tipos de técnicas diferentes para realizar a pesquisa qualitativa. A teoria fundamentada se baseia no fato de ser uma teoria derivada de dados, sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa. Os dados deste trabalho se basearão em documentos obtidos de livros, artigos e tratados científicos. Para compreendermos melhor os passos desta técnica recorreremos as definições de descrição, ordenamento conceitual e teorização. Segundo Strauss e Corbin (2008), descrição significa uma história relatada a partir da perspectiva da pessoa que faz a descrição. A descrição é fundamental para se teorizar. Ao fazer teoria não apenas os fatos e acontecimentos são descritos, mas também a análise é estendida para envolver interpretações explicando porque, quando, onde, o que e como os acontecimentos ocorrem. A teoria denota um conjunto de categorias bem desenvolvidas que são sistematicamente inter-relacionadas através de declarações de relação para formar uma estrutura teórica que explique alguns fenômenos relevantes sociais. As declarações de relações explicam quem, o que, quando, onde, por que, como e com que conseqüências os acontecimentos ocorrem.

O ordenamento conceitual é a organização dos dados em categorias discretas segundo as suas propriedades e dimensões e depois usando a descrição para elucidar essas categorias (STRAUSS e CORBIN, 2008). Ao tentar entender os dados, organizamos os mesmos segundo um esquema classificatório, de acordo com suas propriedades e dimensões gerais: modelo moral, modelo de medicalização e modelo de não-medicalização da obesidade.

De acordo com Creswell (2007), os procedimentos qualitativos podem se basear em dados de textos. Desta forma, neste trabalho utilizaremos como estratégia a pesquisa em documentos públicos, como livros, artigos e tratados da área, representando dados refletidos, ora por relatos históricos, ora por pesquisas científicas

de investigação a exploração de processos. Os dados qualitativos serão provenientes de informações que representam material secundário, ou seja, relatos de segunda mão de pessoas ou situações, escritos por terceiros.

Desta maneira, como sugerido por Crotty (1998) e apresentado por Creswell (2007: 26-27), ao se discutir construtivismo:

“[...] os seres humanos encaixam-se em seu mundo e extraem um sentido disso com base em sua perspectiva histórica e social – todos nós nascemos em um mundo de significados que nos é imposto por nossa cultura. Assim, os pesquisadores qualitativos tentam entender o contexto ou o ambiente dos participantes [...]. Eles também fazem uma interpretação do que encontram, moldada pelas experiências próprias e pela formação do pesquisador. A geração básica de significado é sempre social [...]. O processo de pesquisa qualitativa é bastante indutivo, com o pesquisador gerando significado a partir dos dados coletados [...]”.

Tópicos abordados no trabalho

Seguindo a estrutura do método qualitativo proposto, desenvolvemos este trabalho da seguinte maneira. No Capítulo 2, consideramos um panorama da obesidade a partir de uma perspectiva internacional, na qual a situação nacional é analisada. Primeiro, verificamos como a discussão atual sobre a obesidade no país está condicionada pelo debate da fome. Ou seja, as questões relacionadas à alimentação e nutrição, em particular a obesidade, estão presentes em uma agenda política única alavancada pela histórica questão da fome (COUTINHO, GENTIL et al., 2008). No entanto, o problema da obesidade possui elementos teóricos próprios e globais que, por sua vez, irão posicionar esse agravo em uma condição específica de ação dentro de uma possível agenda política. Outro problema diz respeito à demanda por uma análise da obesidade mais ampla, contemplando a cultura da alimentação e o gerenciamento da

interface humana com o ambiente físico, econômico e sociocultural. Ou seja, apesar da unanimidade do modelo biomédico para caracterizar o crescimento e tratar a obesidade, a análise do avanço da obesidade e de sociedades obesogênicas como um problema social aponta que, considerar apenas o diagnóstico biomédico é insuficiente. Portanto, deve-se superar o enfoque reducionista, quer sejam biológicos, dieto-psicológico, físicos, dentre outros, que constituem barreiras epistemológicas para a compreensão do fenômeno da obesidade e assim, ampliar o debate (SAGUY e RILEY, 2005; ARNAIZ, 2009). Este aspecto, identificado preliminarmente por outros estudos seguindo métodos distintos (SOBAL e MAURER, 1995; POULAIN, 2006; LANG e RAYNER, 2007; ARNAIZ, 2009), é importante e deve ser contemplado quando se considera a implementação de políticas públicas. Desta maneira, as análises serão realizadas levando-se em consideração os elementos provenientes do conceito de obesidade, dos dados internacionais e nacionais, dos agravos à saúde e custos e das causas da obesidade. Esses aspectos descrevem representações do problema social da obesidade e estabelecem os construtos para uma análise construtivista, pelo processo de *framing*, tendo por base uma visão panorâmica.

Para analisar os modelos presentes na arena pública da obesidade, suas idéias e disputas, é necessário primeiro compreender histórica e culturalmente como a obesidade foi construída coletivamente ao longo dos séculos. Esse é um dos objetivos do Capítulo 3, que se entende também nos Capítulos 4 e 5. As análises históricas proporcionam explicações sobre como esse agravo foi visualizado, formulado e reformulado (LEVENSTEIN, 1993; GILMAN, 2010). A obesidade tem uma estreita relação com a comida e, por esse motivo, o entendimento da origem da definição, a compreensão dos significados simbólicos estabelecidos, remete a uma imersão na trajetória da alimentação. Para desenvolver esta análise histórica, utilizaremos de

mesclas de interpretações e descobertas científicas sobre a obesidade ao longo dos séculos. Porém, a trilha desenhada pela obesidade, com os relatos isolados dos avanços médicos, fica no vazio se não contextualizada; ou seja, sem a imersão das várias dimensões através das quais o alimento está inserido. Nesta análise histórica, as dimensões da ciência biomédica são mais contextualizadas. Isto se dá porque a fronteira entre o aceitável e o inaceitável com respeito ao peso e ao tamanho corporal foi sempre determinado dentro de um sistema médico de saúde.

No livro “Os usos sociais da ciência”, Bourdieu apresenta a noção de campo e avança na sua explicação com um estudo de caso. Sua intenção é identificar a importância dos campos em se fortalecerem pela *autonomia* e, assim, dialogarem com outros campos para descobrir as reais e autênticas demandas sociais para assim, enfrentá-las, satisfatoriamente (BOURDIEU, 2004). No ensaio de aprofundar na elaboração de instrumento de construção da obesidade como história social do problema, exploraremos o conceito de campo das relações simbólicas de Bourdieu, no Capítulo 4, analisando a dimensão do modelo de medicalização e não-medicalização presente na arena pública da obesidade. Para desenvolver esta análise, seguimos em paralelo com Bourdieu e introduzimos o conceito de campo dos bens simbólicos da obesidade e analisamos o campo científico da obesidade.

Desse modo, descreveremos no Capítulo 5 a forma particular da lógica assumida no caso dos significados de obesidade descritos nos tratados de nutrição. A auto-análise da ação profissional baseada nos conceitos pré-concebidos é uma tentativa de produzir uma reflexão científica sobre as conseqüências sociais da obesidade. Como demonstraremos, a análise que implementamos desde o primeiro capítulo, tratando do panorama da obesidade, conduz a que o *estigma e a discriminação* sejam conseqüências

sociais dos modelos atuais. Este fato fundamental é identificado ao longo de toda a pesquisa e neste Capítulo 5 a sua propagação, a partir da ciência da nutrição, é estudada.

CAPÍTULO 2 – PANORAMA DA OBESIDADE

Este capítulo apresenta um panorama da obesidade a partir de uma perspectiva internacional, na qual a situação nacional é analisada. Desta maneira, as análises serão realizadas levando-se em consideração quatro elementos provenientes: (a) do conceito de obesidade, (b) dos dados internacionais e nacionais, (c) dos agravos à saúde e custos e (d) das causas da obesidade. Todos esses aspectos descrevem representações do problema da obesidade.

2.1. O conceito de obesidade

A definição de obesidade tem sido mais relacionada com a área de saúde, tendendo a ser propagada através de conceitos biomédicos (POULAIN, 2006; POWER e SCHULKIN, 2009). Para a Organização Mundial da Saúde a obesidade é definida como uma doença, caracterizada pelo excesso de gordura corporal com repercussões prejudiciais à saúde do indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; 2000). O excesso de gordura corporal é proveniente do balanço de energia positivo, sendo que o princípio essencial de balanço de energia é:

$$\text{Alterações nos estoques de energia} = \text{Ingestão total de energia} - \text{Gasto total de energia}$$

onde a *ingestão total de energia* se refere a toda a energia consumida, como alimento e bebida, que possa ser metabolizada pelo corpo; e *gasto total de energia* envolve a taxa metabólica basal, a produção de calor induzida pela refeição, conhecida como termogênese dietética e a atividade física (ANJOS, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde um balanço positivo de energia ocorre quando a ingestão é maior do que o gasto e promove um aumento dos estoques de energia e de massa corporal. Os mecanismos fisiológicos atuam em cada indivíduo para igualar a ingestão total de energia ao gasto total de energia e manter, desta forma, a massa corporal estável por um longo período. Assim, a obesidade é desenvolvida quando há balanço de energia positivo por um tempo considerável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

O diagnóstico da obesidade ocorre através da avaliação da composição corporal. Entretanto, como as técnicas acuradas para avaliar a composição corporal são muito sofisticadas e caras, pesquisadores e clínicos utilizam medidas consideradas mais simples para identificar a obesidade (ANJOS, 2006). No estudo de populações, o Índice de Massa Corporal (IMC – peso em Kg dividido pela altura em metros ao quadrado) ou Índice de Quetelet, em homenagem ao seu criador, é considerado como padrão internacional para se avaliar o excesso de gordura corporal, uma vez que este índice é fácil de ser obtido, de baixo custo e simples de ser calculado.

Apesar de algumas considerações quanto a fidedignidade do método (CAMPOS, SAGUY et al., 2006), é consensual considerar, independentemente de sexo e idade, que adultos com IMC igual ou superior a 30 Kg/m² devam ser classificados como obesos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; 2000). O IMC não representa a composição corporal dos indivíduos, ele simplesmente representa a relação entre o valor de massa corporal e a estatura (CAMPOS, SAGUY et al., 2006). Porém ele é preferido pela comunidade científica internacional já que apresenta correlação alta com o valor da massa corporal e correlação muito baixa com a estatura, pois qualquer relação entre o valor de massa corporal e estatura tem de ser independente da estatura para que os valores possam ser comparados entre indivíduos altos e baixos (ANJOS,

2006). A partir de 1972, Keys e colaboradores recomendaram que estudos epidemiológicos utilizassem o IMC como expressão da adiposidade humana (KEYS, FIDANZA et al., 1972).

Apesar da Organização Mundial da Saúde considerar a obesidade como uma doença, muita discussão tem sido gerada acerca desta condição. Para Gilman (GILMAN, 2010), a obesidade não é em si uma doença, mas sim uma categoria fenomenológica que reflete a manifestação visível do tamanho do corpo; o que potencialmente pode ter não apenas algumas, mas multifatoriais causas. Dois artigos deram início a esse debate na área médica no ano de 2001: um publicado no *Jornal Internacional de Obesidade* (HESHKA e ALLISON, 2001) e outro publicado no *Jornal Americano do Coração* (DOWNEY, 2001). Em 2008 uma comissão contendo especialistas da área médica sobre obesidade se reuniu para discutir e apresentar uma opinião a pedido da Sociedade de Obesidade. A questão se baseava excepcionalmente se a obesidade deveria ser chamada de *doença* ou apenas de uma *condição*. A questão teve uma conotação importante, pois envolvia não apenas o seu tratamento, mas também a regulação de medicamentos e despesas nos cuidados de saúde reembolsados (ALLISON, DOWNEY et al., 2008).

A comissão de especialistas concluiu que a obesidade deveria ser considerada como uma doença uma vez que pode gerar mais conseqüências negativas do que positivas e a análise foi baseada em uma abordagem utilitarista para o tema. Desta maneira, foram considerados os benefícios diretos e indiretos: mais recursos para prevenção, tratamento e pesquisa da obesidade, incentivos a mais alta qualidade dos profissionais que visam tratá-la e também reduzir o estigma e a discriminação às pessoas obesas. Para a comissão de especialistas, embora tenha ficado claro que apesar dos avanços médicos não se possa provar cientificamente se a obesidade é ou não uma

doença, uma abordagem utilitarista apoiaria a posição de que a obesidade deveria ser declarada como uma doença (ALLISON, DOWNEY et al., 2008).

No Brasil, a obesidade integra o grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) as quais são de difícil conceituação, gerando aspectos conflitantes quanto a sua denominação, seja como doenças crônico-degenerativas, doenças não-infecciosas ou como doenças crônicas não-transmissíveis, sendo esta última a mais utilizada (PINHEIRO, FREITAS et al., 2004). Este grupo de doenças é caracterizado por apresentar história natural prolongada, interações de múltiplos fatores etiológicos e fatores de riscos, especificidade de causa desconhecida, participação polêmica de microorganismos entre os determinantes ou ausência de participação, curso assintomático e período de latência longo, curso clínico usualmente lento, prolongado e permanente, lesões celulares irreversíveis, manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte (LESSA, 1998).

A atual definição, contudo vem sendo questionada. Após quarenta anos, as dimensões sociais da obesidade se constituíram em objeto de uma intensa atividade de pesquisa, principalmente por parte dos epidemiologistas (HU, 2008). Entretanto ocorreram também, ainda que em menor medida, estudos por parte das ciências humanas e sociais (SOBAL e MAURER, 1995; POULAIN, 2006; ARNAIZ, 2009). Para Ulijaskek, a noção de obesidade está além das normas aceitas para uma dada sociedade, enquanto um conceito médico, estando relacionada à cultura e ao tempo, modificando assim o seu significado ao longo de distintas sociedades (ULIJASZEK, 1995). A obesidade passou historicamente a ser vista de um sinal de saúde e riqueza nas sociedades tradicionais à ruim, pecaminosa e feia nas sociedades modernas (SOBAL e MAURER, 1995; FLANDRIN e MONTANARI, 1998; GILMAN, 2010). Desta

maneira, para alguns o conceito da obesidade deve ser contextualizado para além do modelo biomédico, onde se possam agregar correlações de ordem cultural e social e abordar aspectos para além da doença, como as dimensões do estigma, da discriminação ou mesmo dos significados sociais de sucesso e riqueza (ULIJASZEK, 1995; MONTANARI, 2003; POULAIN, 2006; MONTANARI, 2008; ARNAIZ, 2009).

2.2. Dados sobre a obesidade

O cenário de agravos mundial envolvendo alimentação e nutrição é expressivo. Atualmente, 1,6 bilhões de pessoas (26%) estão com excesso de peso ou obesidade, muitas convivendo com doenças crônicas (1,5 bilhões estão hipertensas; 230 milhões se apresentam diabéticas) e 800 milhões (11%) estão desnutridas. Em 1950, com 2,5 bilhões de pessoas no mundo, havia em torno de 100 milhões (4%) de indivíduos com excesso de peso ou obesidade (1/20 se apresentavam com diabetes e hipertensão) e 7 milhões (0,28%) eram desnutridas (POPKIN, 2009). O excesso de massa corporal ultrapassou oficialmente o número dos indivíduos que sofriam de desnutrição no mundo, segundo as Nações Unidas, no ano 2000 (POLLAN, 2007).

O aumento da prevalência e da carga absoluta de excesso de peso e obesidade no mundo é apresentado por Kelly e colaboradores (2008). Este estudo utilizou fontes de bases de dados informatizadas, complementadas por uma busca manual de referências de artigos recuperados, com amostras representativas de 106 países, cobrindo aproximadamente 88% da população mundial, no ano de 2005. Os dados demonstram que para aquele ano, 23,2% da população adulta no mundo se encontravam com excesso de peso (24,0% em homens e 22,4% nas mulheres), e 9,8% eram obesas (7,7% em homens e 11,9% nas mulheres). Ou seja, 1,3 bilhões de pessoas (33%) se

encontravam com excesso de peso ou obesidade, cujas estimativas de adultos com excesso de peso foram de 937 milhões e de obesidade foram de 396 milhões.

Segundo o mesmo estudo, para 2030, as previsões projetadas para adultos com sobrepeso e obesidade são de 1,35 bilhões e 573 milhões de indivíduos, respectivamente, sem o ajuste de tendência secular². Se as recentes tendências seculares continuarem, os números absolutos foram projetados para totalizar 2,16 bilhões de adultos com excesso de peso e 1,12 bilhão de indivíduos obesos (57,8% da população adulta) (KELLY, YANG et al., 2008).

Diversos países, através de extensas pesquisas, confirmam que a obesidade tem crescido rapidamente em todo o mundo (LANG e RAYNER, 2005b; GONZÁLEZ-ZAPATA, ALVAREZ-DARDET et al., 2008; INTERNATIONAL OBESITY TASKFORCE, 2009). Mesmo com restrições por parte de alguns especialistas (CAMPOS, 2004; CAMPOS, SAGUY et al., 2006; NAKAYA, 2006; OLIVER, 2006), a discussão internacional tem utilizado os termos epidemia global da obesidade, epidemia pós-moderna, além de globesidade e pandemia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; 2000; BOERO, 2007: 42; GILMAN, 2010).

O Brasil é um dos poucos países que tem pesquisas com dados transversais de base populacional realizadas repetidamente, permitindo comparações de mudanças seculares nos padrões de obesidade entre os diferentes grupos socioeconômicos (MONTEIRO, CONDE, POPKIN, 2007). Os dados dessas pesquisas têm sido utilizados por vários pesquisadores internacionais em nível de comparação e acompanhamento tanto da obesidade como da desnutrição (POPKIN, 2009). Essas fontes de informações têm possibilitado aos pesquisadores nacionais identificar mudanças significativas sobre a desnutrição e a obesidade no país (MONTEIRO, BENÍCIO et al., 2009).

² Pesquisas que utilizam dados transversais de base populacional realizadas repetidamente, permitindo comparações de mudanças seculares nos padrões de saúde/doença de uma população (MONTEIRO, CONDE, POPKIN, 2007).

Em muitas áreas no mundo, o aumento na obesidade tem ocorrido mais rapidamente do que a diminuição da desnutrição, particularmente nas últimas três décadas (POPKIN, 2009). No Brasil, a desnutrição infantil tem apresentado uma importante queda, com uma taxa anual de 6,3% na proporção de crianças com dados referentes à altura-para-idade. No Nordeste, onde estas formas de desnutrição ainda eram consideradas significativas, o retardo de crescimento declinou de 22,2% para 5,9%, eliminando a desvantagem desta região com as regiões centro-sul do país. Como relata Monteiro, “a intensa queda no retardo de crescimento entre o quinto das crianças com menor renda e a redução observada no quinto com maior renda eliminou três quartas partes da disparidade absoluta existente entre a extrema pobreza e a extrema riqueza (de 24,6 para 6,2 pontos percentuais)” (MONTEIRO, 2009). Esta queda tem sido devido a melhorias no poder aquisitivo das famílias de menor renda, na escolaridade das mães e na cobertura de serviços básicos de saúde e saneamento, decorrentes de várias políticas públicas nacionais (MONTEIRO, 2010). Os dados indicam que, nos próximos anos, a desnutrição infantil no país pode deixar de ser uma questão de saúde pública (MONTEIRO, BENÍCIO et al., 2009).

As taxas de excesso de peso e obesidade, por outro lado, tem aumentado entre adultos, adolescentes e crianças a partir dos cinco anos no Brasil (IBGE, 2008-2009) e tem crescido ainda mais rapidamente entre os indivíduos em estratos sociais menos favorecidos (IBGE, 2002-2003). Os dados provenientes da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009 indicam que em crianças mais velhas e adolescentes, a frequência do excesso de peso, que vinha aumentando modestamente até o final dos anos 80, triplica nos últimos 20 anos, alcançando entre um quinto e um terço dos jovens. A obesidade também apresenta aumento nessas faixas etárias: 16,6% de crianças entre cinco e nove anos de idade, do sexo masculino e 11,8% do sexo feminino; 5,9% entre

dez e dezenove anos de idade, do sexo masculino e 4% do sexo feminino se encontravam com obesidade. Em adultos, o excesso de peso aumenta continuamente desde meados da década de 70 e, no momento, é encontrado em cerca de metade dos brasileiros. A obesidade entre adultos também apresentou aumentos: 12,4% dos homens e 16,9% das mulheres comparados a 9% dos homens e 13,5% das mulheres no ano de 2002-2003 (IBGE, 2002-2003; 2008-2009). Entre 2003 e 2009, a frequência de pessoas com excesso de peso aumentou em mais de um ponto percentual ao ano, indicando que, em cerca de dez anos, o excesso de peso poderia alcançar dois terços da população adulta do Brasil, magnitude semelhante à encontrada nos Estados Unidos (MONTEIRO, 2010).

Estudo publicado em 2007, com análise a partir de inquéritos nacionais realizados em 1975, 1989 e 2003 no país, demonstrou que nos quatorze primeiros anos analisados (1975-1989) as taxas de obesidade entre os homens e as mulheres aumentaram 92% e 63%, respectivamente, e os aumentos foram relativamente mais elevados entre os indivíduos em grupos de menor renda. Nos quatorze anos do segundo período (1989-2003), houve aumentos na obesidade entre os homens, e, do mesmo modo, os aumentos foram maiores entre os pobres. Neste segundo período, a taxa de obesidade se manteve estável no conjunto da população feminina, mas aumentou 26% entre as mulheres nos dois quintis de menor renda e diminuiu 10% entre as mulheres nos três quintis de renda mais alta. Os dados demonstram que a obesidade está se deslocando em direção à população mais pobre do país (MONTEIRO, CONDE et al., 2007).

A ocorrência da obesidade e suas conseqüências (SOBAL e STUNKARD, 1989), pressupõem que as repercussões futuras da carga total da doença no país serão imensas e o fardo da obesidade no Brasil poderá brevemente se constituir em um dos

fatores mais importantes de desigualdades sociais em saúde no Brasil (MONTEIRO, MOURA et al., 2004; MONTEIRO, CONDE et al., 2007). Desta maneira, é necessário que a obesidade faça parte da lista de prioridades da agenda política decisional do governo (KINGDON, 1984), assim como já o é em países como o Reino Unido, Finlândia, Espanha e Canadá (LANG e RAYNER, 2005a; 2007).

No Brasil, apesar da desnutrição e da má-alimentação coexistir há muito tempo (BATISTA FILHO e BATISTA, 2003; CASTRO, 2003), apenas recentemente o tema alimentação e nutrição, com enfoque em particular na fome, recoloca-se na agenda política nacional como um problema social a ser solucionado (INSTITUTO DE CIDADANIA, 2001; PINHEIRO e CARVALHO, 2010). A obesidade e suas repercussões, no entanto, ganham inicialmente notoriedade através do debate internacional de saúde/doença. Após o relatório técnico da Organização Mundial de Saúde para a obesidade, com a apresentação dos indicadores quantitativos internacionais e, posteriormente com os dados brasileiros oferecidos pelo IBGE e a constatação da permanência da má-alimentação no Brasil – agregando uma nova carga de prejuízos além da desnutrição – fizeram com que a obesidade se inserisse nos debates sobre qualidade e Segurança Alimentar e Nutricional (LE BIHAN, DELPEUCH et al., 2003). A categoria central de discussão do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional tem sido o direito humano à alimentação adequada, direito este incluído em maio e assegurado em agosto de 2010 no artigo 6º da Constituição Federal Brasileira (CONSEA, 2010).

A obesidade passa a ser reconhecida como um dos componentes de precedências do leque de dificuldades na proposta de agenda única de nutrição, pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (COUTINHO, GENTIL et al., 2008) e as discussões sobre obesidade se encontram imersas nos debates sobre a garantia do direito

à alimentação, soberania alimentar e a Segurança Alimentar e Nutricional (PINHEIRO, 2009). Porém, a complexidade do perfil nutricional, que por muito tempo vem se desenvolvendo e que ora se redesenha no Brasil, em especial sobre a obesidade, revela a importância de se aprofundar por outras trilhas, para além dos direitos sociais, desnudando, sobretudo, as influências econômicas, políticas e sociais, de caráter estrutural e cultural (LANG e RAYNER, 2005a).

2.3. Agravos à saúde e custos

Estudos prospectivos têm demonstrado que a obesidade, além de ser um agravo à saúde, aumenta de forma significativa a morbi-mortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; MOKDAD, MARKS et al., 2004; MOKDAD, MARKS et al., 2005) da população por diversas doenças não transmissíveis, incluindo desde dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos, distúrbios do aparelho locomotor e a doença da vesícula biliar (TROIANO, FRONGILLO et al., 1996; DAVIS, WAGNER et al., 1999; MUST, SPADANO et al., 1999; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; BERGSTROM, PISANI et al., 2001) até o favorecimento de enfermidades potencialmente letais como dislipidemias, diabetes não-insulinodependente, doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer como de mama, endométrio, cólon e próstata. Essas enfermidades, por sua vez, geram repercussões negativas à saúde com perdas significativas tanto na qualidade de vida como no tempo de vida (COLDITZ, WILLET et al., 1990; MANSON, COLDITZ et al., 1990; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; PI-SUNYER, 1999; IARC WORKING GROUP, 2002; FONTAINE, REDDEN et al., 2003).

Incluindo esses problemas, estima-se que o tratamento da obesidade consome de 2% a 7% do total de gastos em saúde em países desenvolvidos (SEIDELL, 1995;

WOLF e COLDITZ, 1998; MONTEIRO e CONDE, 2000; LANG e RAYNER, 2007). A obesidade, por exemplo, tem gerado custos na ordem de US\$117 bilhões aos Estados Unidos anualmente. Esta estimativa inclui custos diretos (relacionados com diagnóstico e tratamento de doenças) e indiretos (relacionados com perda de produtividade) (COLDITZ e STEIN, 2007). Uma estimativa envolvendo previsões de gastos e crescimento da obesidade sugere que, se a atual tendência de crescimento se mantiver nos Estados Unidos, a obesidade envolverá mais de 16% dos gastos de saúde em 2030 (HUANG e GLASS, 2008). Em 2006, a União Européia anunciou que cerca de 7% dos custos de saúde estavam sendo gastos no tratamento de casos de obesidade (HYDE, 2008).

No Brasil, as doenças crônicas não-transmissíveis sobrecarregam os procedimentos e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Os gastos do Ministério da Saúde com atendimentos envolvendo internações e ambulatorios em funções dessas doenças são de aproximadamente R\$7,5 bilhões/ano (MALTA, CEZÁRIO et al., 2006). Estima-se que o Brasil gaste por volta de 1,5 bilhões de reais por ano com internações hospitalares, consultas médicas e remédios com o tratamento do excesso de peso e doenças associadas (ANJOS, 2006).

Estudo realizado por Sichieri e colaboradores (2007) estimou o custo das hospitalizações associadas ao excesso de peso e obesidade no Brasil com dados provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), para o ano de 2001. O SIH-SUS contém informações que viabilizam efetuar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS. A análise correspondeu ao total das hospitalizações de homens e mulheres de 20 a 60 anos de idade, abrangendo mais de 70% de todas as internações hospitalares para aquele ano. Os dados demonstraram que os custos totais de excesso de peso e obesidade representavam 5,83%

dos custos de internação total para as mulheres e 3,02% para os homens e, corresponderam a 9,3 e 6,8% de todas as hospitalizações (excluindo gestantes). Doenças associadas ao excesso de peso e obesidade tiveram um impacto significativo sobre as internações hospitalares e os custos econômicos no Brasil; as percentagens globais foram semelhantes aos de países desenvolvidos (SICHIERI, NASCIMENTO et al., 2007).

Desta maneira, observa-se que a obesidade enquanto agravo de saúde, repercute em âmbito mundial. Esta característica global da obesidade não implica somente em interpretações econômicas, mas políticas, culturais e estruturais que vão desde a evolução histórica da globalização do sistema alimentar e nutricional, com as revoluções agrícolas e industriais – com mudanças significativas no processamento dos alimentos e homogeneização do sistema de alimentação e nutrição – até o estigma e a discriminação social gerada sobre a população obesa (SOBAL, 1999a; PUHL e BROWNELL, 2001). Portanto, o olhar para o fenômeno obesidade demanda imersões em diversas áreas.

2.4. Causas da obesidade

As causas possíveis para o surgimento e evolução da obesidade, uma doença multifatorial complexa, também têm sido investigadas (GIGANTE, BARROS et al., 1997; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; KUMANYIKA, 2001). Apesar de todos os esforços e de algumas constatações, os fatores desencadeantes, em especial nas mudanças relacionadas ao consumo alimentar, são muitos complexos. Por este motivo, estudos que relacionam dietas, obesidade e composição de nutrientes, com base em populações, são apresentados e discutidos com cautela, uma vez que muitos dos resultados são considerados inconsistentes. Isto ocorre ou por falhas no projeto de

estudo, falhas metodológicas, fatores de confusão ou por erros de análises sistemáticas referentes aos dados (LISSNER e HEITMANN, 1995). Apesar das dificuldades metodológicas, algumas áreas tentam desvendar os caminhos para a compreensão do crescimento do agravo do acúmulo de massa corporal, sugerindo modelos conceituais explicativos para a causa da obesidade (LANG e RAYNER, 2007).

Uma das causas da obesidade na população em geral³ exige, em particular, uma suscetibilidade genética ampla subjacente para a qual há, sem dúvida, muitos genes diferentes envolvidos, bem como as condições ambientais que permitam um consumo positivo de energia para ocorrer (COMUZZIE, 2002). A linha evolucionista é uma das explicações consideradas na elucidação de causalidade. Essa linha considera que uma seleção genética teria se produzido nas sociedades onde os alimentos eram escassos. Desta forma, a capacidade biológica de estocar energia no próprio corpo do indivíduo teria sido um fator positivo de adaptação sobre o qual a seleção genética teria se produzido (POULAIN, 2006), sendo que, em sociedades desenvolvidas, em situação de abundância e até mesmo de superabundância alimentar, este traço teria se tornado contra-adaptativo (FISCHLER, 2008).

Porém, mudanças na composição genética por si só não são susceptíveis de serem os principais contribuintes para a epidemia, dado o rápido aumento na prevalência da obesidade nas últimas décadas. A herdabilidade da obesidade humana, como parece provável pelos estudos conduzidos na área da genética, não é mais do que 33%. Assim, 66% das variâncias no IMC parecem ser sócio-ambientais. Por este motivo, apesar da obesidade humana se desenvolver através de fatores genéticos, os determinantes sócio-ambientais parecem desenvolver um papel importante no processo

³ Ao contrário de alguns tipos de obesidade causada por certas doenças genéticas raras, como por exemplo, a síndrome de Prader-Willi (DIETZ, 2002).

(STUNKARD, 2006), principalmente por aspectos socioculturais e comportamentais associados à alimentação (POPKIN, 1998; 2003; KIM e POPKIN, 2006).

Outro modelo explicativo é o modelo teórico da transição econômica. O desenvolvimento econômico das sociedades ocidentais, os progressos em matéria de produção, de conservação e de transporte dos alimentos reduzem a importância das dificuldades ambientais que pesam sobre a disponibilidade alimentar e instalam de maneira durável um contexto de abundância e até de plethora alimentar. O argumento central para esse modelo teórico da transição econômica se baseia na mudança da disponibilidade alimentar associada ao desenvolvimento de uma sociedade consumista pós-industrial (POULAIN, 2006; LANG e RAYNER, 2007).

As mudanças relacionadas ao comportamento alimentar associadas a uma redução gradual da atividade física diária são conhecidas como estilo de vida ocidental contemporâneo (POPKIN, 2009). O senso comum e a ideologia médica fazem com que fatores envolvendo alimentação e atividades físicas sejam os que mais têm influência na equação de balanço de energia e, por esse motivo, sejam considerados como os principais fatores modificáveis entre os fatores externos que promovem o aumento da massa corporal (POULAIN, 2006). Por esse motivo, esses fatores têm sido mais estudados e explorados nos tratamentos deste agravo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; BOUCHARD, 2008).

Dentre os fatores relacionados com a alimentação, encontram-se aqueles referentes às mudanças no consumo alimentar e nas preparações alimentares. Essas modificações se referem principalmente ao consumo de gorduras, açúcares e alimentos refinados e processados, pobres em carboidratos complexos e fibras, além do consumo de bebidas com açúcares (POLLAN, 2007; POWER e SCHULKIN, 2009).

Sabe-se também que a densidade energética proveniente do modelo de dieta ocidental contemporâneo, segundo pesquisas internacionais, é, em sua grande maioria, proveniente de compostos básicos obtidos do intenso processamento do milho e da soja. Esses compostos são obtidos através do método de moagem úmida, onde são novamente rearranjados como alimentos processados através de preparações salgadas, consumidas mais ao longo do dia juntamente com bebidas contendo açúcares, pobres em nutrientes (NESTLE, 2007; POLLAN, 2007), associadas a uma diminuição no consumo de frutas e verduras. Essa alimentação é mais fácil de ser digerida devido ao seu processamento; é mais abundante, barata e contém mais densidade energética (POLLAN, 2007; POWER e SCHULKIN, 2009).

Além disso, um maior número de refeições está sendo consumido fora do domicílio, especialmente em restaurantes e *fast food* (POPKIN, 2009). Pesquisa realizada em 2010 pela empresa inglesa de pesquisas (*Tora - The Oxford Research Agency*) envolvendo 1.534 pessoas entre seis países, Inglaterra, Estados Unidos, França, Alemanha, China e Brasil, verificou que 25% dos brasileiros consumiam freqüentemente comidas provenientes de *fast food*, número semelhante à verificada entre os americanos, 28% (TORA, 2010). Alguns estudos evidenciaram que a alimentação fora de casa tem maior densidade energética, com maiores quantidades de gorduras, em especial as saturadas e menor quantidade de micronutrientes (KEARNEY, HULSHOF et al., 2001; KANT e GRAUBARD, 2004). Além disso, a maior participação da alimentação fora do domicílio também se associa a maiores prevalências de excesso de massa corporal (NIELSEN e POPKIN, 2003; KANT e GRAUBARD, 2004) e sedentarismo (ORFANOS, NASKA et al., 2007). No Brasil, dados obtidos de pesquisas realizadas pelo IBGE têm confirmado o aumento da procura por refeições fora do domicílio (IBGE, 2006; 2008-2009).

Outros aspectos relacionados com a alimentação são a palatabilidade e o prazer, pois exercem uma importante influência no comportamento alimentar (BLUNDELL e KING, 1996). A presença de gordura e açúcar no alimento é particularmente agradável e gera uma sensação de prazer ao corpo. A palatabilidade estimula a promoção do consumo de alimentos, induzindo o balanço positivo para a energia (POLLAN, 2007). A indústria alimentar captou este fenômeno e o associou a alimentos processados desenvolvendo alimentos de grande palatabilidade, condicionando, muitas vezes, ao comportamento de consumo excessivo (BLUNDELL e KING, 1996; NESTLE, 2007). Na natureza ou em alimentos não-processados, é incomum encontrar nutrientes nas mesmas concentrações que agora se encontram os alimentos processados. É impossível encontrar uma fruta com uma quantidade de frutose minimamente comparável àquela presente em um refrigerante ou uma porção de carne que contenha tanta gordura como um *nugget* de frango (POLLAN, 2007).

Ademais, o *marketing* e a publicidade alimentar instalam novas normas culturais sobre o que, como, onde e quanto comer. Tem crescido em escala mundial a propaganda de bebidas e alimentos. Assim, a publicidade tem gerado mudanças na cultura alimentar mundial (HASTINGS, STEAD et al., 2003) e as refeições rápidas ou *fast-food* dominam os ambientes alimentares (NIELSEN e POPKIN, 2003). As organizações internacionais de saúde pública não têm orçamentos suficientes para competirem com as indústrias de alimentos e bebidas. Os alimentos mais fortemente comercializados são aqueles tipicamente associados com o ganho de massa corporal. O orçamento visando *marketing* de indústrias como Coca-Cola e PepsiCo correspondem ao dobro do orçamento anual global da Organização Mundial de Saúde. Eventos importantes no esporte, como os Jogos Olímpicos, são patrocinados por companhias de bebidas e *fast-food*. A indústria alimentar tem sido considerada coletivamente muito

poderosa, bem arraigada politicamente, um lobista sutil e um grande empregador (LANG, RAYNER et al., 2006; NESTLE, 2007).

O consumo e os hábitos alimentares são apenas uma parte do quebra-cabeça. Muitos fatores distintos e complexos podem dar origem a um balanço de energia positivo, bem como a interação entre um fator e outro, ao invés da influência de apenas um (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). A atividade física na era atual, bem como os próprios países, difere qualitativa e quantitativamente do passado. O ambiente construído e a mudança tecnológica, em especial nos grandes centros, contribuem para a diminuição da atividade física (LANG e RAYNER, 2007; NESTLE, 2007). Fatores físicos e sócio-ambientais parecem exercer influência sobre dieta, atividade física e obesidade (HUMPEL, OWEN et al., 2002; BOUCHARD, 2008). Todos esses componentes, juntamente com traços genéticos, tecnológicos, psicossociais, culturais e socioeconômicos colaboram a favor da obesidade (POWER e SCHULKIN, 2009).

A compreensão de como ambientes físicos e socioculturais interagem, afetam e promovem mudanças na carga biológica a favor da obesidade são importantes na busca de melhor entendimento da rede de causalidade da doença. Esses fatores ainda apresentam grandes lacunas, apesar dos avanços nas últimas décadas em pesquisas para compreender alguns aspectos dessa complexa relação (WAKEFIELD, 2004; BOUCHARD, 2008). O conceito de ambiente é diferente entre as áreas sociocultural e biológica (PAPAS, ALBERG et al., 2007). O ambiente, para pesquisadores biomédicos na área de obesidade, é definido como fatores de inter e intra-comunidade, incluindo fatores físicos, jurídicos e políticos que influenciam decisões individuais e domésticas. Assim o ambiente é concebido em um contexto externo nos quais decisões individuais e domésticas são realizadas. Grande parte da literatura sobre a correlação ambiente e

dieta, atividade física e obesidade se refere ao ambiente construído (POPKIN, DUFFEY et al., 2005; PAPAS, ALBERG et al., 2007; BOUCHARD, 2008).

O ambiente construído é definido como um conceito multidimensional, em geral, incluindo os padrões de atividade humana em várias escalas geográficas, dentro de um ambiente físico (POPKIN, DUFFEY et al., 2005). Susan e colaboradores afirmam que o ambiente construído inclui (SUSAN, MARLON et al., 2002): (a) o projeto urbano, a concepção de uma cidade e seus elementos físicos; (b) o uso do solo, a localização e a densidade da residência, do comércio, da indústria, de áreas com floresta e outros; e (c) sistema de transporte e infra-estrutura física contendo estradas, calçadas, ciclovias, dentre outros. O conceito de ambiente construído é importante, pois possibilita considerar e identificar ambientes considerados como “ambientes obesogênicos”. Esses ambientes são definidos como sendo ambientes favoráveis a formação e manutenção do acúmulo de massa corporal. Desta maneira, a obesidade é uma resposta fisiológica normal a um ambiente anormal ou inadequado (HILL e PETERS, 1998; HILL, WYATT et al., 2003).

Atualmente os ambientes urbanos têm sido considerados locais propícios e favoráveis a conceber e manter a obesidade. Nesses ambientes as políticas sociais são importantes de serem discutidas e contempladas, através de estratégias inovadoras. Identificar os ambientes obesogênicos é, em parte, ir ao encontro das possíveis causas desse agravo (POPKIN, DUFFEY et al., 2005). Para Lang e Rayner (2007), esta abordagem é, sem dúvida, a mais sintonizada com a política social. Por exemplo, estudos no Canadá têm sido realizados verificando a importância de aumentar o gasto energético de escolares através da construção de ciclovias entre escolas e domicílios, além de retratar de que maneira as repercussões provenientes do aumento da obesidade,

dentro de um ambiente obesogênico, têm sido discutidas politicamente pelos diversos atores (RICHARDSON, 1991; GLADWIN, 2007).

No ambiente social, por outro lado, a materialidade do acúmulo de peso, da obesidade em si, incide uma problematização que perpassa por um conjunto de significados sociais. Esta universalização de significados tem como pano de fundo o alimento, que por sua vez é um forte indicador de diferentes culturas, regras e mudanças históricas. A construção de regras relacionada com a alimentação revela tensões e estruturas internas do ambiente social. Necessidades, gostos, distinções sociais, oportunidades e valores estão todos inter-relacionados na vida e na mesa, ditando como e onde sentar, o que está sobre o prato e de onde são os ingredientes, quem os prepara e quem os serve, que imagem corporal o comensal deve ou não possuir. Por esse motivo, a alimentação opera como um indicador social muito poderoso dentro do ambiente social, em repetições diárias (CANESQUI e GARCIA, 2005; POULAIN, 2006; MONTANARI, 2008).

Para Fischler (2008) o alimento é, portanto, central para o nosso senso de identidade. A forma como um determinado grupo humano come e que medida corporal deve possuir ajuda a afirmar a hierarquia, diversidade e organização, bem como, as diferenças e similitudes desse grupo. Por esse motivo a comida é importante para a identidade individual e coletiva, onde esta identidade é construída, biologicamente, psicologicamente, economicamente, socialmente e culturalmente também através do tipo de comida que se escolhe. Para este autor a relação com o alimento se dá de forma complexa, havendo uma combinação de duas dimensões, sendo que a primeira ocorre do biológico para o cultural, da função nutricional para a função simbólica e a segunda ocorre da dimensão individual para a coletiva, da psicológica para a social, com uma interação permanente entre elas (FISCHLER, 2008).

Por esse motivo é importante considerar as histórias psicológicas, econômicas, sociais, culturais e simbólicas da relação entre a sociedade e o alimento, ou seja, de produtos naturais culturalmente construídos e valorizados, transformados e consumidos respeitando um protocolo de uso fortemente socializado (POULAIN, 2006). A relação do aumento do agravo da obesidade com os produtos materiais, com os interesses econômicos, com os poderes políticos, com as necessidades nutricionais e os significados culturais deve ser compreendida ao se tentar incentivar ações políticas em alimentação e nutrição (CANESQUI e GARCIA, 2005; NESTLE, 2007).

Considerar o ambiente onde a obesidade se desenvolve é pensar em ambos os ambientes, o biologicamente e o socialmente construído. Para isto, devem-se considerar o crescimento no tamanho da população, o envelhecimento populacional, a urbanização, as mudanças no estilo de vida, incluindo aumentos na ingestão energética total, a redução na atividade física, na suscetibilidade biológica não genética como sexo e etnia, além de outros fatores que promovem o ganho de massa corporal como fumo, ingestão excessiva de álcool, tratamentos com drogas, dentre outros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Deve-se também considerar as manifestações geradas como o estigma e a discriminação. Analisar as dinâmicas históricas, simbólicas, ideológicas, políticas, econômicas e culturais, permeadas nas estruturas dos diversos ambientes, é revelar os caminhos que contribuem para o entendimento da obesidade, e assim desvendar o seu crescimento, as suas causas, as suas manifestações, bem como as forças que lhe dão forma.

2.5. A obesidade como uma expressão da questão social

Até recentemente, a preocupação maior da população era se haveria alimentos suficientemente disponíveis para manter-se vivo e com saúde. Como os sistemas alimentares desenvolveram a capacidade para fornecer suprimentos de alimentos cada vez mais estáveis e abundantes, as populações se concentraram em limitar o seu consumo alimentar ao aspecto individual. Perguntas sobre a insuficiência de alimentos foram substituídas por preocupações sobre a oferta elevada de alimentos e produtos alimentícios, que por sua vez conduziram os indivíduos a focalizarem as suas preocupações mais para uma concepção de peso e aparência corporal. Esses interesses têm conduzido a preocupações sobre o aumento de sociedades que são consideradas publicamente como estando com excesso de peso ou obesas (SOBAL e STUNKARD, 1989).

Historicamente, a alimentação, a nutrição e o peso corporal foram preocupações das ciências sociais e humanas consideradas marginais (POULAIN, 2006). Algumas exceções foram os estudos sobre a importância da alimentação como um marcador de escala social, por Veblen (1899), referenciada por Fischler (2008) e a análise pela sociologia da refeição, por Simmel (SYMONS, 1994). Mais recentemente, os pesquisadores têm prestado mais atenção ao alimento, à alimentação e à nutrição, tanto no que se refere a atividades do dia-a-dia, como em áreas de ensino e de pesquisa (FLANDRIN e MONTANARI, 1998; POULAIN, 2006; FISCHLER, 2008). Em especial, as ciências sociais e humanas começaram a estudar a natureza do gênero na preparação dos alimentos e das dietas (CHARLES e KERR, 1988; DEVAULT, 1991) e as questões sociais relacionadas com o peso corporal, através da obesidade, dos transtornos alimentares e do estigma e discriminação (BRUCH, 1973; PUHL e BROWNELL, 2001).

Uma alimentação inadequada é, em primeiro lugar, vivenciada como um problema individual, dentro da esfera privada. Quando os problemas nutricionais e alimentares entram na agenda política, são porque alguns agentes também os consideram como problemas sociais que afetam toda a sociedade. Os agentes consideram esta situação como inaceitável e lutam por algum tipo de ação; muitas vezes, sob a forma de envolvimento do Estado (KJOERNES, 1995).

No livro *Agendas, Alternativas e Políticas Públicas* (1984), Kingdon se propõe a esclarecer por que alguns itens da pauta são proeminentes à agenda política governamental e outros são negligenciados, da mesma forma que procura entender por que algumas alternativas recebem mais atenção do que outras. Ou seja, procura fornecer ferramentas para o entendimento e compreensão da maneira como uma idéia começa a fazer parte das preocupações dos formuladores de políticas, podendo-se transformar em uma política pública. Para tanto, Kingdon inicia a sua explicação considerando que as políticas públicas se constituem de quatro processos: (a) a formulação e proposição de uma agenda de políticas públicas; (b) a importância das alternativas para o estabelecimento de políticas públicas, para as quais as escolhas serão realizadas; (c) a opção predominante entre o conjunto de alternativas disponíveis e; (d) a realização da decisão escolhida.

A agenda governamental é definida como sendo uma lista contendo questões e assuntos, as quais governo e demais pessoas ligadas e envolvidas a ele, dedicam atenção especial⁴ (KINGDON, 1984, p.3). Ou seja, para Kingdon, no momento em que há atenção e interesse pelos formuladores de política para determinado assunto, o mesmo passa a fazer parte da agenda política governamental (CAPELLA, 2007). Para entender o processo de seleção, outros dois conceitos são acrescentados ao modelo: os

⁴ No original: “*The agenda, as I conceive of it, is the list of subjects or problems to which governmental officials are paying some serious attention at any given time*”.

conceitos de problema e questão. Problema social é uma condição social percebida, entretanto não há uma ação governamental em contrapartida imediata. A partir do momento em que os formuladores de política acreditam que necessitam agir ou fazer algo a respeito, o problema se configura em uma questão (FLEURY, 2004; PEREIRA, 2004). A bibliografia internacional, representada por autores como Kingdon, Spector e Kitsuse, utilizarão conceito semelhante, porém empregam os termos com significados opostos (SPECTOR e KITSUSE, 1973; KINGDON, 1984). Onde para Fleury e Pereira é questão, para Kingdon, Spector e Kitsuse é problema.

Um volume considerável de problemas complexos é apresentado freqüentemente aos formuladores de políticas requerendo ações. Por esse motivo, para Kingdon é importante estabelecer uma agenda decisional diante de tantos problemas. A forma como esses problemas são percebidos, interpretados e como são definidos como questões é o que define a decisão ativa dos formuladores de políticas. A agenda decisional é, portanto, um subconjunto da agenda governamental que contempla problemas prontos, com possibilidades de vir a se tornar políticas ou alternativas de soluções (o que Kingdon considera como *policies*). A agenda decisional se diferencia das agendas especializadas, muito comuns na área de saúde, transporte e educação, refletindo a natureza setorial da formulação de políticas públicas (KINGDON, 1984; CAPELLA, 2007).

Pela definição de Kingdon (KINGDON, 1984), mas utilizando os termos de Fleury (FLEURY, 2004) e Pereira (PEREIRA, 2004), pode-se conjecturar que a obesidade é um problema ou uma expressão de uma questão social, apesar dos esforços de alguns formuladores envolvidos com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição enfatizar a necessidade de agir contra o crescimento do agravo (COUTINHO, GENTIL et al., 2008).

Neste capítulo, seguindo o esquema metodológico de análise por “*framing*” como proposto por Goffman (1986b), Maurer e Sobal (1995) e Kwan (2009a), construímos um cenário da obesidade no Brasil inserido no contexto mundial. Desse modo consideramos: (a) o conceito de obesidade enquanto uma definição biomédica e enfatizamos as discussões que apontam para uma análise em que elementos socioculturais sejam considerados; (b) os dados globais da obesidade que deixam claro a caracterização do agravo enquanto uma epidemia; (c) os conseqüentes agravos à saúde e seus custos; (d) as causas da obesidade enquanto uma doença multifatorial e complexa.

Alguns resultados dessa análise merecem destaque. O primeiro aponta para as limitações do modelo biomédico e a necessidade de se expandir a abordagem para incluir outros aspectos e, portanto outras interpretações, para além da competência biomédica de investigação da obesidade (Figuras 1 e 2). As afirmações que suportam a definição da obesidade como uma doença crônica evitável conduz os especialistas e as autoridades em saúde pública a compreender e a pensar a evolução da obesidade em termos de uma epidemia global e a identificar cada vez mais o ambiente obesogênico como um dos principais modelos de causalidades. Faltam reflexões de diferentes níveis e as ausências dessas reflexões podem ofuscar a importância de outros determinantes imprescindíveis para a prevenção e o tratamento deste agravo (ARNAIZ, 2009).

A obesidade não afeta de modo igual a todos. Sua incidência é muito desigual, com diferenças intra e interculturais (ARNAIZ, 2009). Como enfatiza Poulain, referir-se ao ambiente físico ou obesogênico, quando se busca as causalidades e responsabilidades de certos problemas na saúde/doença da população, não significa definir esse ambiente como complexo, abstrato e nebuloso e, portanto, de difícil abordagem, mas apreender esse ambiente como fruto de uma organização vivendo em

sociedade e fruto de processos dinâmicos, históricos e de amplo alcance econômico e sociocultural (POULAIN, 2002).

A sociologia, a antropologia e a história têm explicado, embora preliminarmente, os determinantes das práticas alimentares por fatores sociais (POULAIN, 2006; MONTANARI, 2008), por outro lado, as ciências biomédicas compartilham com um ponto de vista fragmentado do corpo humano e da cultura, que favorece uma visão muito particular na compreensão dos problemas (LE BRETON, 2010). É imprescindível assim considerar a necessidade de se pensar a alimentação como um fenômeno que engloba aspectos biológicos, psicológicos e sociais, dentre outros, e, como consequência, estabelecer um diálogo mais intenso entre essas abordagens para o problema da obesidade (Figura 2).



Figura 1 - Representações de algumas abordagens sobre as possíveis causas da obesidade.

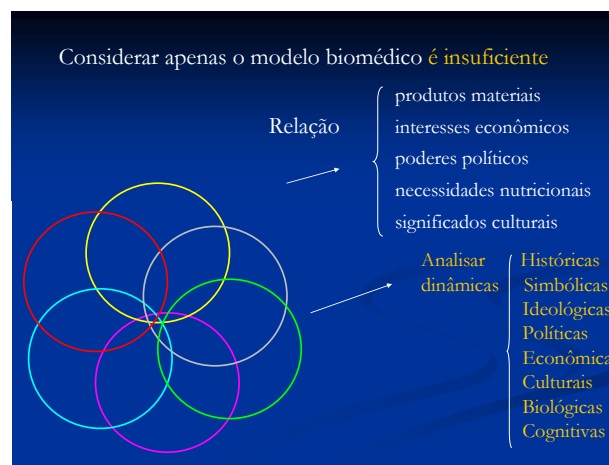


Figura 2 – Representação do diálogo que deve ocorrer entre as diversas dinâmicas que tratam sobre a obesidade.

Outro resultado desse trabalho é a caracterização do entendimento do problema da obesidade no Brasil a partir do quadro histórico da fome. Parte das buscas por soluções do problema da obesidade devem ocorrer através de investigações voltadas não apenas para os agentes que promovem a obesidade, mas também para a maneira como esses agentes causais interagem. Como ressaltam Lang e Rayner (2007), muitas análises sobre a obesidade se estabelecem a partir de conflitos em áreas específicas. Porém, dada a amplitude e complexidade dos agentes causais, tudo indica que a obesidade exige uma análise respaldada por boa parcela da sociedade. Considerar soluções emergenciais e rápidas ou ponderar apenas um único fator como medida plausível para a ação parece não funcionar ou mesmo ser a melhor escolha diante desse agravo (SACKS, SWINBURN et al., 2009). Do ponto de vista teórico, a perspectiva de Lang e Rayner (2007) é importante no que se refere à Política de Alimentação e Nutrição. Por exemplo, neste contexto, devem ser considerados aspectos de natureza globais da obesidade, como aqueles que advêm do modo de produção e distribuição de alimentos ou ainda de fatores sócio-culturais como o estigma e a discriminação.

Lang e Rayner (2007) consideram uma abordagem para a saúde pública em que o viés político, deduzido de múltiplos modelos explicativos da obesidade, possa ser evitado. Assim, esses autores sugerem uma aproximação ao agravo que incida menos nas questões classificadas por simples (ou imediatas) e mais nas complexas. As questões simples são, por exemplo, a quantidade de alimento ingerido, ou a modificação dos rótulos dos alimentos ou ainda o conhecimento a respeito de nutrição. As questões complexas estão relacionadas não apenas aos aspectos fisiológicos e físicos, mas também aos aspectos sociais e cognitivos, que de diferentes maneiras e graus compõem a base dos processos de saúde/doença.

Neste sentido, é evidente que os comportamentos humanos, incluindo o alimentar, têm um componente cultural claramente estrutural. E como assinala Arnaiz (2009), apesar das populações terem capacidades para se re-apropriar de suas atividades com ações preventivas, existem práticas que dependem e têm estreitas relações com lógicas econômicas e políticas mais amplas, as quais devem ser revistas e contextualizadas. Por esse motivo, há a necessidade de se agregar às discussões sobre a obesidade componentes e propostas reflexivas que assumam não apenas uma concepção menos limitada de cultura e da alimentação, mas que amplie os discursos para além dos direitos sociais, inclusive. Uma análise com este enfoque, incluindo o caso do Brasil, tem por objetivo a superação dos reducionismos, quer sejam biológicos, dietético-psicológicos, dentre outros, que constituem obstáculos epistemológicos para a compreensão do fenômeno da obesidade.

A obesidade no Brasil vem sendo discutida, por razões históricas, como um dos aspectos de uma agenda única de nutrição na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (COUTINHO, GENTIL et al., 2008). A ênfase está na dupla-carga da má alimentação (desnutrição e obesidade), bem como no direito social, que são aspectos importantes, mas não satisfatórios para a análise da obesidade, considerando uma perspectiva sócio-política como, por exemplo, de Lang e Rayner (2007) e de Arnaiz (2009).

Um aspecto positivo que podemos concluir dessa análise é que os formuladores de políticas estão mais atentos à obesidade, sugerindo que esse agravo será prioridade de ação política em pouco tempo. No Brasil, por exemplo, o aumento da obesidade e do excesso de peso em todas as faixas etárias a partir dos cinco anos de idade, fez com que atualmente o país se encontre em alerta vermelho para esse crescimento (GOIS, 2010). Contudo, o termo “alerta vermelho” parece postergar

iniciativas e soluções políticas importantes. Deixar para o devir, ações que devem ser discutidas e implementadas no presente aumentam a complexidade do desafio político (SACKS, SWINBURN et al., 2009). Para os dirigentes políticos, o custo da obesidade, reforçado pelo espectro de doenças ligadas a esse agravo, parece ser atualmente o parâmetro mais importante contra o problema da obesidade (LANG e RAYNER, 2007). Porém, outras potenciais cargas da obesidade devem ser contextualizadas e discutidas no Brasil.

Em outros termos, a obesidade ainda não faz parte da agenda decisional do governo brasileiro. Em outros países, como Reino Unido e Estados Unidos, no entanto, a obesidade já é considerada uma “bomba relógio”, fazendo parte da agenda decisional política nacional (LANG e RAYNER, 2007). Esses países já possuem um enunciado dos complexos problemas e sugerem uma trilha para desvendá-los. No caso do Reino Unido, os governos regionais têm compromissos estipulados para combater a obesidade, apesar das inúmeras e expressivas dificuldades. Assim, existem metas explícitas de redução da obesidade infantil (LANG e RAYNER, 2007). Como sinalizam Pinheiro e Carvalho, a obesidade parece ser identificada como uma demanda que permanece não suficientemente questionada. E, assim como foi a fome no Brasil, sistematicamente parece ser adiada uma resolução política para a obesidade (PINHEIRO e CARVALHO, 2010).

CAPÍTULO 3 – OS FUNDAMENTOS HISTÓRICOS DA OBESIDADE

[...] os gestos do dia-a-dia transformam-se, junto a tudo aquilo a que estão relacionados: as estruturas do cotidiano deixam-se surpreender pela história [...] (FLANDRIN e MONTANARI, 1998: 17).

Este terceiro capítulo é desenvolvido através do trajeto sócio-histórico da obesidade: do modelo moral até o modelo biomédico. A obesidade é relatada desde a pré-história, embora tenha sido apresentada de maneiras diferentes ao longo dos séculos. Bray (1998) sugere uma grade histórica para explorar o acúmulo de massa corporal e os achados médicos relacionados. Apesar de arbitrária, divide os dados históricos em três períodos. Seguindo então a sugestão de Bray, dividimos este capítulo em três seções: (a) período pré-histórico ou medicina pré-histórica; (b) período dos relatos históricos (aproximadamente 3.600 AEC⁵) até o início da era científica (aproximadamente 1.500 EC) ou período da medicina pré-científica⁶ e (c) a era da medicina científica até os dias atuais. Apesar de haver muitos acontecimentos e avanços da ciência antes da era científica, o surgimento do método científico foi decisivo, após 1.500 EC, para a taxa de aceleração do progresso da ciência sobre a obesidade. Utilizaremos a distribuição sugerida por Bray, como modelo didático para melhor apreensão e compreensão do processo de construção da obesidade.

⁵ Era Comum (EC) é o período que mede o tempo a partir do ano 1º no calendário gregoriano. É um termo alternativo para *Anno Domini*, latim para "no ano do (Nosso) Senhor". Quando usando o termo Era Comum, anos antecedentes são descritos como Antes da Era Comum (AEC) (BLACKBURN e HOLFORD-STREVEENS, 2003).

⁶ Cabe ressaltar que, o período que Bray (1998) chama de histórico ou medicina pré-científica, Montanari (2008) o reconhece como o período pré-moderno.

3.1. Período da medicina pré-histórica

O período da medicina pré-histórica (até 3.000 AEC) engloba a Paleomedicina e a obesidade na Idade da Pedra. Neste período a medicina humana se caracterizou por sua relação com a magia e a religião, sendo registrada por representações artísticas em artefatos artesanais e em achados de corpos de antepassados humanos. Foram encontrados alguns artefatos artesanais entre a Europa e a Ásia Ocidental, entre 22.000 a 25.000 anos atrás. A obesidade foi retratada na forma conhecida como Vênus – pequena estatueta medindo aproximadamente 11 cm de estatura com um abdome globoso e bustos pendentes – fabricadas com argila cozida, marfim ou calcário (Figura 3). O formato de obesidade ginóide, com aumento de gordura corporal na parte inferior do tronco e coxas, simbolizava uma expressão de possíveis ideais estéticos e de bem-estar (BRAY, 1998; HAINER, KUNESOVA et al., 1999; BRAY e BOUCHARD, 2004). Dentre os artefatos artesanais encontrados no período Neolítico, 5.000 a 6.000 AEC, a “deusa mãe”, assim denominada, foi apresentada com seios, quadris e barriga avantajados e os órgãos genitais representados por uma decoração triangular. Assim, a obesidade foi percebida e descrita no período pré-histórico como símbolo de fertilidade e de representação maternal (KELLY, 2009).



Figura 3. Estátua de Vênus de Willerdorf, Museu de História Natural (*Naturhistorisches Museum*), Viena.

Fonte: (VÊNUS DE WILLWENDORF, 2010).

Neste período ocorre uma aproximação, segundo os historiadores Flandrin e Montanari (1998), entre a cozinha, a medicina e a dietética. Ao usar o fogo para cozinhar os alimentos – onde um dos propósitos era de tornar a comida não apenas mais prazerosa, mas também mais higiênica – promoveu-se a associação entre essas áreas. As descobertas sobre doenças e as possibilidades de cura começam a ser construídas e relacionadas pela interação entre cozinha e dietética. Com o tempo, tal relação se tornará mais elaborada e consciente, desenvolvendo-se como ciência dietética na reflexão e na prática biomédica, em especial nos períodos da medicina pré-científica e científica. Essa abordagem será apresentada, mais adiante.

3.2. Período da medicina pré-científica

As tradições biomédicas têm sido construídas e desenvolvidas em todas as culturas. A obesidade, durante o período da medicina pré-científica, foi identificada nas tradições e regiões geográficas entre as culturas mesopotâmica, egípcia, chinesa e tibetana, indiana, meso-americana, greco-romana e árabe. Independente do tipo de dieta⁷ seguido, o potencial para estocar energia como gordura foi selecionado através da evolução, no início do desenvolvimento humano, assim como em outras espécies animais (BRAY, 1998; BRAY e BOUCHARD, 2004).

Na Mesopotâmia, uma estatueta em barro com enormes braços e coxas encontrados no século 12 AEC indicaram a continuidade da representação da obesidade em artefatos artesanais do corpo feminino. A obesidade também era conhecida no Egito antigo. Estudo nas múmias da realeza egípcia constatou que tanto homens como mulheres se apresentavam robustos, apesar da obesidade já ser considerada censurável

⁷ A palavra dieta foi inventada pelos gregos para designar o regime alimentar do dia-a-dia. Ou seja, aquele que cada indivíduo deve construir a partir de suas próprias exigências e características pessoais. Porém, com o tempo o termo dieta passou a designar, na linguagem comum, limitação ou diminuição da comida (MONTANARI, 2003: 212).

por esta civilização. Avaliações realizadas com as pregas cutâneas das múmias de Amenofis III e Ramses III evidenciaram que eles eram obesos. Alguns outros exemplos de obesidade foram encontrados em relevos de pedra: um porteiro no templo do Amon-Ra Khor-em-Khonsu; um cozinheiro na tumba de Ankh-ma-Horb; um homem obeso que aprecia o alimento que lhe foi apresentado por um dos seus servos magro no templo de Meruka; a harpista gravemente obesa tocando para o príncipe Aki, dentre outros (PARIZKOVAL, CHIN et al., 2007).

A China antiga acreditava que a obesidade era uma doença enviada por deuses ou pelos demônios. A acupuntura foi desenvolvida e atingiu o seu apogeu nesta cultura. Assim, a técnica auricular para reduzir o apetite tem sido usada desde então, no tratamento da obesidade (BYNUM e PORTER, 1993). No texto tibetano “Os Quatros Tantras” a obesidade foi descrita como uma condição que requeria tratamento catabólico. Foi também notificado que “o comer excessivo [...] causa doenças e encurta o tempo de vida” (BRAY, 1998: 4). Para o tratamento foram sugeridos “massagem vigorosa na região do corpo com farinha de ervilha, que neutraliza a obesidade” (BRAY, 1998: 5).

A quarta tradição médica é proveniente da Índia. Nos sagrados textos médicos Ayurvédicos, o pecado humano era visto como a causa da doença. O conhecimento biomédico estava relacionado com religião, magia e a Ayurveda recomendava a administração de tecido testicular como terapia para a cura da obesidade (PARIZKOVAL, CHIN et al., 2007). Por sua vez, na cultura pré-americana, Inca, Maia e Asteca acreditavam que as doenças eram provenientes de magia, causas sobrenaturais e naturais. Uma das fontes de informações sobre doenças foram também retratadas através de esculturas (BRAY, 1998; PORTER, 2006).

A medicina greco-romana tem sido a maior fonte de tradição dos povos ocidentais e, portanto, com circulação de maior fonte de detalhes e informações. A obesidade, no ocidente, sempre teve significado em todos os sistemas médicos e foi retratada como sendo um estudo de caso no qual a doença foi intrinsecamente entendida como parte de uma relação do homem com o universo, incluindo o divino. Essa visão holística foi sendo substituída lentamente no Iluminismo, através da compreensão da doença (BRAY, 1998; PORTER, 2006).

Desta maneira, a obesidade foi identificada como um problema do corpo e, portanto, sensível ao conhecimento médico. Para o velho mundo ocidental, o controle do corpo e, conseqüentemente da massa corporal, era parte intrínseca da crença religiosa. Os gregos antigos viam os alimentos como parte de uma complexa teia que ligava os seres humanos aos deuses através dos humores (GILMAN, 2010).

Na antiga medicina grega, tendo como principal colaborador Hipócrates com a publicação do tratado *Na Antiga Medicina*, foram os médicos e não os filósofos que compreenderam melhor a natureza do homem. A gordura corporal descrita como categoria patológica aparece nos textos atribuídos a este médico (440-370 AEC). Hipócrates, ou pelo menos os sessenta textos que foram a ele atribuídos, baseou sua noção de saúde e doença ao equilíbrio dos humores (GILMAN, 2010).

Segundo Hipócrates, os quatro fluidos corporais cruciais: sangue, bílis amarela, bílis negra e fleuma, presentes em todos os indivíduos, produziam saúde quando em equilíbrio e doença quando um dos fluidos dominava os demais. O equilíbrio dos humores também produzia os aspectos do corpo que eram visíveis e, portanto, poderiam ser aferidos pelo médico. O sangue mantinha o corpo quente e úmido; a bile amarela, quente e seco; a bile negra, frio e seco, e a fleuma, frio e úmido. Esse equilíbrio também foi correlacionado com as quatro fases de vida – infância,

juventude, fase adulta e velhice – e com os aspectos essenciais do planeta – ar, fogo, terra, e água. O médico poderia intervir para alterar o domínio de um ou de outros humores, com mudanças no estilo de vida ou através de regimes ou dietas, o que implicava em mudanças na alimentação ou em atividades físicas do doente (MAGNER, 2007; GILMAN, 2010).

Desta maneira, os humores foram cruciais para determinar o significado da forma corporal e física. Assim, se alguém tivesse uma predisposição natural para secreções como, por exemplo, o catarro, isto poderia promover em ganho de massa corporal. Cada humor também determinava um temperamento. Um indivíduo fleumático, usualmente também obeso, se encontrava pálido, inerte, preguiçoso, e possuía caráter calmo. É neste período que se introduz algumas associações pejorativas relacionadas ao indivíduo com obesidade devido à relação entre humores, doença e temperamento, bem como a noção da alimentação equilibrada para se manter a saúde corporal (GILMAN, 2010).

A medicina grega também introduziu o conceito de polisarcia (*polysarcia* – *polys*: muito e *sarx*: carne), resgatado pela medicina romana, no século V. Polisarcia, um acúmulo de massa corporal (músculo ou gordura corporal), cujo agravo era proveniente de inúmeras fontes com o objetivo de saciar, foi descrita tanto como o resultado do desequilíbrio dos humores, como também uma qualidade de temperamento. Assim, uma pessoa preguiçosa e fleumática também ingeria muita comida e vivia em um estado concomitante de preguiça e estupidez. Desta maneira, tais indivíduos violavam o princípio de restrição para todas as coisas e a restrição era o bem maior para a saúde. Para Sócrates, os indivíduos obesos violavam essa afirmação de maneira complexa (GILMAN, 2010).

Hipócrates admitia que a corpulência possuía uma pequena vantagem contra as doenças febris, porém neutralizadas pelos efeitos patológicos. Para os seus seguidores, a linha que o corpo hipocrático assume entre o aceitável e o extremo quanto à gordura corporal é a diferença entre a vida e a morte. No ensaio de Aristóteles (384-322 AEC) sobre a longevidade, a gordura corporal é a qualidade que preserva o calor (ARISTOTLE, 1984). Os animais, bem como os seres humanos são "naturalmente úmidos e quentes, e a vida também é desta natureza, enquanto que a velhice é fria e seca, e por isso é um corpo morto" (ARISTOTLE, 1984: 436). Em Aristóteles também a linha para o corpo é assumida entre a gordura corporal aceitável e a obesidade patológica (GILMAN, 2010).

A força, a saúde e a beleza são símbolos de virtudes para o clássico corpo grego. Não é por acaso que um dos comentaristas mais importantes sobre dieta do antigo ocidente foi Herodicus de Selymbria, um treinador de atletas, que utilizou a ginástica para curar a sua própria obesidade. E assim, no século quinto AEC, Hipócrates ressalta que a cura para a obesidade se baseava na dieta e no exercício. Ou seja, a partir do período pré-científico, com Hipócrates, passa-se a considerar que qualquer tipo de obesidade deveria ser tratada pela medicina (GILMAN, 2010). Estabelece-se, desde este período a concepção inicial da medicalização da obesidade: a obesidade como um agravo do corpo, devendo-se, portanto, o seu tratamento ser de domínio médico. Hipócrates sugere:

[...] pessoas obesas e aquelas que desejam perder peso devem fazer o trabalho duro antes das refeições. As refeições devem ser realizadas após a atividade física e quando ainda estiver ofegante de cansaço e sem qualquer ingestão de outro líquido antes das refeições com exceção do vinho, diluído e um pouco frio. As refeições devem ser preparadas com gergelim ou temperos e outras substâncias semelhantes, sendo de natureza gordurosa ficam as pessoas

assim, saciadas com pouco alimento. Devem, além disso, comer apenas uma vez por dia e tomar banhos e não dormir em uma cama dura e caminhar nu o máximo de tempo possível [...].⁸ (BRAY, 1998: 13).

Na medicina grega, predominava-se a prática da *diatetica* ou dietética, ou seja, a dieta como terapia primária. Os médicos gregos acreditavam que havia uma relação entre os alimentos e os efeitos físicos. Certos alimentos não eram apenas saudáveis, mas também curativos, assim como o consumo excessivo de outros alimentos poderiam originar a doença, dentre elas a obesidade. Dionísio de Caristo, com atuações no século IV AEC e conhecido pelos atenienses como o "Hipócrates mais jovem", defendeu, como Hipócrates, uma relação causal baseada na dietética (FLANDRIN e MONTANARI, 1998; GILMAN, 2010).

A medicina romana, seguindo o exemplo da medicina clássica grega, também considerou a obesidade como um sinal de doença. No trabalho médico, *De Medicina*, uma seção sobrevivente de uma enciclopédia que abarcava conhecimentos gerais, o enciclopedista romano Aulus Cornelius Celsus (25 AEC-50 EC) e os médicos romanos usavam o termo *obesitas*. A palavra obeso é proveniente do latim *obesus*, particípio passado de *obedere* (para devorar), o qual deriva de *ob* (para) e *edere* (comer) (NEUFELDT e GURALNIK, 1988), mas também, de acordo com Gaffiot, citado por Fischler (FISCHLER, 1987), significa prejudicar, erodir. Obesidade, como uma palavra para descrever aumento de gordura, gradualmente substituiu *polysarcia* e corpulência durante o século XIX (BRAY e BOUCHARD, 2004; GILMAN, 2010).

⁸ No original: "Obese people and those desiring to lose weight should perform hard work before food. Meals should be taken after exertion and while still panting from fatigue and with no other refreshment before meals except only wine, diluted and slightly cold. Their meals should be prepared with a sesame or seasoning and other similar substances and be of a fatty nature as people get thus, satiated with little food. They should, moreover, eat only once a day and take no baths and sleep on a hard bed and walk naked as long as possible".

Celsius argumentava que o corpo tendia à obesidade naturalmente. No entanto, o peso excessivo era um sinal de doença. "Os obesos, muitos deles, são acometidos por doenças agudas e com dificuldades na respiração; eles morrem, muitas vezes, de repente, o que raramente acontece com uma pessoa magra"⁹ (GILMAN, 2010). Para o tratamento da obesidade sugeria banhos com água salgada morna, exercício árduo, comida de um tipo austero e o sono restrito.

No primeiro século da Era Comum, ocorre uma mudança importante na medicina romana, quando Galeno (129EC-216 EC) começou a repensar as categorias básicas da medicina Hipocrática. Galeno descarta o empirismo de Hipócrates e, com isso, exige uma base teórica para o conhecimento médico. Enquanto os médicos hipocráticos usavam os alimentos para tratar o desequilíbrio dos humores, Galeno deslumbrava no mundo natural a fonte de doença das quais os seres humanos sofriam. O conceito central continuava a ser os humores; porém para Galeno o que era comum em todas as doenças era o *phethos*: um excesso de sangue ruim misturado com resíduos, que, se não eliminados, se instalavam em pontos enfraquecidos do corpo, e poderiam causar putrefação (GILL, WHITMARSH et al., 2009; GILMAN, 2010).

No entanto, era o mundo externo que fornecia a fonte de tais resíduos. Não era a vontade fraca do indivíduo fleumático que levava à polisarcia, mas a natureza do próprio alimento. Em seu livro Sobre o modo de vida gordo e magro (*On the fat and lean mode of life*), as causas da doença estavam nas coisas que eram não-naturais (*res contra naturum*) e não apenas nos humores. Ou seja, no *aer* (luz ou ar), *cibus et portus* (comida ou bebida), *motus et quies* (movimento e repouso), *sommux et vigilia* (sono e vigília), *exkreta et sekreta* (metabolismo) e no *affectus animi* (afeto). Este foi um argumento que tornou o termo *nurture* equivalente a natureza. Porém, Galeno sublinhou

⁹ No original: "The obese, many of them, are throttled by acute diseases and difficult breathing; they die often suddenly, which rarely happens in the thinner person".

que a obesidade e a sua redução estavam nas mãos do paciente, que deveria sempre estar no controle de suas indulgências. É, portanto, com Galeno, que se fundamenta a noção da responsabilidade individual para o sucesso da redução da obesidade. A causa da obesidade residia nos produtos naturais presentes no mundo, que por sua vez eram consumidos em excesso. Em seu livro *De Alimentorum Facultatibus* (Sobre a natureza dos alimentos – *On the nature of foods*), Galeno sugere exercícios rápidos como tratamento para a obesidade, bem como certos alimentos e massagens (GILL, WHITMARSH et al., 2009; GILMAN, 2010).

Tanto o leigo como o profissional de saúde utilizavam dos conhecimentos de Galeno sobre alimentação e bem-estar. Seria um dos primeiros médicos que forneceria uma orientação clara sobre o que era bom para comer e o que não era. Em seu livro, Galeno aborda primeiramente sobre o amido como produto da natureza e de outros alimentos que resultam deles; das frutas e verduras e dos produtos de origem animal. A culinária, através da abordagem de Galeno, passa a ser uma das bases para o tratamento médico. Ele sugere como os alimentos poderiam se tornar melhor preparados e prazerosos. Seu foco era tanto no tratamento do doente, como na manutenção da saúde. Todos os alimentos, de acordo com Galeno, eram necessários e naturais, mas se consumidos indevidamente, poderiam gerar doenças (GILL, WHITMARSH et al., 2009; GILMAN, 2010). A dietética e a arte gastronômica falavam a mesma língua. Por esse motivo, mantiveram-se em estreita simbiose por um longo período (MONTANARI, 2008).

A tradição do pensamento médico e filosófico, estabelecida na Grécia antiga, irá perdurar no ocidente por mais de dois mil anos através da medicina galênica, que retomou e desenvolveu as teorias de Hipócrates, estendendo-a até o século XVII e os seguintes. Desta maneira, a base para todas as dietas foi a de concepção greco-romana,

com uma redução moderada dos alimentos complementados por exercícios e alguns tratamentos fitoterápicos (FLANDRIN e MONTANARI, 1998; GILMAN, 2010).

A busca do equilíbrio entre o frio e o quente e entre o seco e o úmido se torna uma linguagem comum nas várias sociedades, e a arte combinatória da escolha dos produtos, das formas de preparo, da ordem e dos horários adequados para consumi-los é a mesma sistemática que rege as receitas e as dietas médicas. Ambas, receitas e dietas são marcadas pela idéia galênica de que o prazer e a saúde seguem juntos. E, sobre essas bases se insere a idéia típica da cultura antiga, medieval e renascentista: de que a cozinha é fundamentalmente um artifício, uma arte combinatória que tende não somente a valorizar a natureza dos produtos, mas também a corrigi-la. Sob esse ponto de vista se explicam, antes de tudo, as indicações sobre como cozinhar os alimentos que são encontrados tanto nas receitas das cozinhas domésticas quanto nos textos de dietética (KIPPLE e ORNELAS, 2000; GILMAN, 2010).

Assim, o “cozinheiro galênico”, oriundo dos saberes gregos e romanos e em cujo profissionalismo se convergiam a arte da cozinha e o saber médico, prestava atenção especial ao que acontecia dentro da cozinha. As regras estabelecidas eram amplamente compartilhadas, porque a dietética falava a mesma linguagem da cozinha através de uma linguagem compatível e sobreposta à dos sentidos e da sensibilidade. O alimento quente e frio, seco e úmido não era categoria abstrata, mas teorizações da experiência sensorial de uma sociedade. Para Montanari (2008: 88), a linguagem médica dietética “atravessa todo o corpo social, coliga, em diversos graus de conhecimento, tratados eruditos e usos camponeses, reflexões científicas e práticas cotidianas”.

Desta maneira, a relação prazer-saúde, constituída com as primeiras experiências com o cozimento dos alimentos, permanece na cultura greco-romana. A

relação prazer-saúde, que o imaginário contemporâneo tende a perceber em termos contraditórios e conflitantes, nas culturas pré-científicas foi construída como uma conexão inseparável. Os dois elementos, o prazer e a saúde, reforçavam-se alternadamente. Para Montanari (2008: 90), a idéia base que “o que agrada faz bem”, que o prazer seja saudável é oriundo da dietética antiga e medieval, da cultura pré-científica, sendo que as “regras da saúde” eram regras alimentares, oriundas de uma cultura gastronômica. Isso evidentemente não significa que todo gesto alimentar fosse realizado visando à saúde, mas no conjunto, a ciência dietética e a arte gastronômica seguiam em estreita simbiose. A partir dos séculos XVII e XVIII, a ciência dietética começou a falar outra língua. Essa fala, descrita mais adiante, se baseará mais na análise química do que na observação física (BRAY e BOUCHARD, 2004).

Com o declínio de Roma, o período Bizantino passa a ser referência de conhecimento através da tradição árabe, com o avanço do Islã no século VIII. Neste período a obesidade, já conhecida, foi referida por Cannon de Avicenna. Este médico árabe influente, conhecido por escrever mais de cem livros, foi o primeiro autor árabe a escrever sobre como perder a massa corporal adquirida (GILMAN, 2010). Em seu primeiro livro, Avicennas também descreveu como reduzir a massa corporal:

[...] O regime que irá reduzir a polisarcia [...] Produz uma rápida descida do alimento do estômago e intestinos, a fim de impedir a conclusão da absorção pelo mesentério. [...] Ingerir alimento que é volumoso, mas fracamente nutritivo. [...] Tome banho antes das refeições, várias vezes. [...] Exercício intenso [...] ¹⁰ (BRAY, 1998).

¹⁰ No original: “*The regimen which will reduce polysarcia. Produce a rapid descent of the food from the stomach and intestines, in order to prevent completion of absorption by the mesentery. Take food which is bulky but feebly nutritious. Take the bath before food, often. Hard exercise*”.

Com o aumento do comércio e das viagens, a cultura Européia gradualmente restabelece contato com a medicina árabe e as tradições romanas. Ambas as culturas são absorvidas. A Europa assimila os conceitos de higiene, dieta e exercício. Esses conceitos foram incorporados pelos institutos de ensino em medicina. Tanto as Cruzadas como as invasões árabes da Espanha e do sul de Peloponeso trouxeram uma imersão de conhecimento clássico, a partir da qual surge a Renascença e se dá o início à Era Científica (BRAY, 1998; HAINER, KUNESOVA et al., 1999; BRAY e BOUCHARD, 2004; GILMAN, 2010).

Outro aspecto é a concepção da obesidade pelas comunidades religiosas. Do outro lado do Mediterrâneo, os judeus também estavam preocupados com os significados associados aos alimentos e não apenas com a obesidade. Na Bíblia, em particular no Velho Testamento, estão presentes proibições relativos à alimentação que, por sua vez, correlacionam o consumo de alimentos com o divino. Os alimentos proibidos são originados de todos os animais que não têm cascos separados e que não são ruminantes ou peixe e frutos do mar que não têm barbatanas e escamas; bem como regras relativas à combinação desses alimentos, autorizadas para o consumo. Associadas a essas regras se encontram as normas relativas ao abate e à preparação da carne (GILMAN, 2010).

Cotidianamente, a tradição judaica esteve envolvida com a alimentação. Apesar dessa envoltura, é surpreendente a pouca ênfase dada à representação da obesidade, uma vez que o corpo era evocado por personagens bíblicos. Para o Talmude, o corpo obeso era um desvio, mas não era algo particularmente perigoso. As atitudes judaicas em relação à obesidade foram definidas pelo modelo da falta de autocontrole. Ou seja, não foi vislumbrada como um pecado. Era um sinal de falta de autodisciplina,

possível de acontecer na vida de qualquer ser humano. Como falta de autodisciplina, poderia sofrer punição (GILMAN, 2004b; 2010).

Para os médicos judeus, no período após a destruição de Jerusalém pelos romanos, a noção de cura da obesidade se torna uma preocupação. As descrições foram realizadas pelo médico judeu Isaac Judaeus, conhecido por *Abu Ya'kub ibn Sulaiman Alisr'ili* (anterior a 832-932 EC), que incorporou as tradições da medicina grega como é entendida pelos médicos contemporâneos judaicos e muçulmanos. Foi um importante e conceituado médico, com influência reconhecida no mundo da medicina de seu tempo. Ele foi o autor, entre muitas outras obras na medicina, de um tratado sobre doenças e curas *Kitab al-adwiya al-mufrada wal-aghdiyya*, cujas três últimas seções foram traduzidas para o latim como *De diaetis particularibus*. Este foi o primeiro livro dedicado à dieta publicado na Europa. Foi primeiramente traduzido para o latim, em 1087 por Constantino de Cartago, depois do latim para o hebraico, em formato de manuscrito, em 1484, e para o alemão em 1498, por Schwendes. Foi somente em 1515 que estas obras foram finalmente atribuídas a Isaac Judaeus, um dos intérpretes mais influentes do conhecimento médico grego para o mundo muçulmano (GILMAN, 2004b; 2010).

No século XII, o filósofo e médico ibérico Maimonides escreveu Regime de Saúde (*Regimen of Health*), um trabalho considerado clássico na área da dietética. Nesse trabalho não há nenhum relato em que a obesidade pudesse ser considerada um problema médico ou mesmo moral. Trata a condição de homens idosos com obesidade com medicamentos, exercícios, massagens e banhos. Sua obra apresenta uma síntese da medicina galênica e do trabalho do médico árabe Avicena (890-1037 EC), em cujo livro *Kitah al-Qaunun* ou O Cânone (*The Canon*) inclui uma discussão detalhada da obesidade, baseado na tradição greco-romana. Seu tratamento consistia em um

supressor do apetite de amêndoa e sebo bovino, a raiz de malva do pântano e óleo de violetas, consumidos por dez dias para diminuir a fome. Tal prescrição foi difundida durante a diáspora judaica e muçulmana na Europa cristã (GILMAN, 2004b; 2010).

A noção de que o corpo humano era um templo de Deus foi parte integrante do cristianismo ocidental, iniciada pelo discípulo cristão Paulo, o qual exigia que os cristãos controlassem o apetite. Esta noção também foi absorvida por parte do judaísmo rabínico e do islamismo. Desta maneira, a saúde se torna uma forte e poderosa metáfora no início do cristianismo, especialmente na relação entre o corpo saudável do recém cristianismo e o corpo doente do judaísmo. Com o estabelecimento do Catolicismo a não submissão ao tentador ato de comer excessivamente foi sinalizado no corpo na forma de gordura. O corpo obeso e não saudável foi vislumbrado como um sinal de falha no relacionamento do homem com Deus e com o complexo mundo divino. O ato de comer excessivamente foi denominado de gula (*gluttony*) e o consideraram como um dos sete pecados mortais na tradição cristã (GILMAN, 2010).

Alguns cristãos serão emblemáticos na construção de elementos morais da concepção de obesidade. Santo Agostinho (354-430 EC), em sua trajetória cristã, lutou contra a cobiça e implorou pela castidade desde a sua juventude. Para Santo Agostinho o tormento da comida e da bebida era ainda mais forte do que o desejo pelo sexo: “Em meio a essas tentações, eu travo uma luta diária contra a comida e bebida. Este não é um mal ao qual se possa uma vez por todas repudiar e nunca abraçar novamente, como eu fui capaz de fazer com a fornicação”¹¹. A sedução expressa pela comida e o resultado físico visível dessa sedução expresso pelo corpo obeso, o incomodavam. Santo Agostinho vislumbrava na comida uma fonte de saúde para o corpo, mas também algo ao qual lhe demandava uma constante penitência e esforço. “Eu olho para a comida

¹¹ Nota do original: “In the midst of these temptations I struggle daily against for food and drink. This is not an evil which I can decide once and for all to repudiate and never to embrace again, as I was able to do with fornication”.

como sendo um remédio. Mas a armadilha da concupiscência me espera no próprio processo de passagem entre o desconforto da fome ao contentamento, no qual alcanço quando satisfeito. O processo em si é um prazer e não há outro meio de saciar a fome, exceto um, os quais somos obrigados a possuí-lo... Saúde e prazer não têm a mesma exigência "¹² (AUGUSTINE, 1961: 235-237; GILMAN, 2010). Diferentemente de Hipócrates, a noção de comida como remédio para Santo Agostinho traz elementos de caráter purgativo.

Assim, também com Santo Agostinho, diversamente de Galeno, ocorre o distanciamento entre percepção de comida e prazer. Ele o faz, utilizando os ensinamentos deixados pelo apóstolo Paulo, "nada ganhamos comendo, nada perdemos pela abstenção". O corpo ideal é elevado por Santo Agostinho à categoria de corpo divino, bem como a noção Platônica de beleza à categoria metafísica. Ao descrever os corpos celestes como providos de movimento e leveza, o apóstolo Paulo associa a imagem do corpo ideal como sendo perfeitamente leve e magro em contraste com o corpo pecador, obeso e mortal. É com Santo Agostinho que se dá a correlação entre os pecados da alma e os prazeres da carne. E assim, a obesidade como um sinal de gula era um reflexo da natureza humana associado à preguiça, ao orgulho e ao pecado mortal (CORÍNTIOS. 8, 1993; GILMAN, 2010).

Utilizando ainda das cartas de São Paulo, no qual proclama que "O conhecimento incha, mas o amor constrói", Santo Agostinho considera que o corpo inchado poderia repercutir no espírito. Sem ânimo, o espírito não agiria, tornando-se mais susceptível aos sinais de instabilidade mental e da decadência moral. O corpo neste

¹² Nota do original: "I look upon food as a medicine. But the snare of concupiscence awaits me in the very process of passing from the discomfort of hunger to the contentment, which comes when satisfied. For the process itself is a pleasure and there is no other means of satisfying hunger except the one, which we are obliged to take... Health and enjoyment have not the same requirement".

estado manteria os sentimentos confusos e intransponíveis, e assim sob riscos dos desejos e da inatividade (CORÍNTIOS. 8, 1993; GILMAN, 2010).

São Tomás de Aquino (1225-1274 EC) estendeu os ensinamentos de São Paulo e ampliou os aspectos relacionados à gula: comer muito rapidamente (*praepropere*), comer com ostentação (*laute*), comer demasiadamente (*nimis*), comer ansiosamente (*ardenter*), comer delicadamente (*studiose*) e comer descontroladamente (*forente*); e Santa Tereza trouxe o conceito de alimentar o espírito e não mais a carne, reforçado pelas condenações paulinas. A dessacralização do “templo do Espírito Santo”, através da obesidade, foi considerada uma mancha na alma, pois era desmascarada pelo corpo obeso. Assim, o homem obeso era incapaz de se tornar honrado (GILMAN, 2004b; 2010).

No século XIII, as definições de corpos saudáveis e doentes são descritas no livro didático utilizado na escola de medicina de Salerno *Regimen sanitatis salernitanum*, O Regime Salernitano da Saúde. Este livro foi muito popular na época, apresentando descrições de pontos de vista sobre a obesidade através da concepção dos humores pela medicina grega. Os indivíduos fleumáticos e obesos permaneciam sendo considerados como tendo falhas de caráter, preguiçosos e não produtivos e, portanto, susceptíveis a dor. Acreditava-se haver outro tipo de gordura, uma gordura corporal saudável (GILMAN, 2010).

As lições morais associadas com a obesidade no período pré-científico são uma parte inerente do entendimento médico daquela época. A ciência como parte da religião, e a complexa rede entre saúde e doença estava interligada entre a concepção do humano com o divino. No século XVI, os significados morais associados ao corpo obeso serão compreendidos pelas pressões exercidas dos significados políticos e sociais trilhados pela noção de saúde e doença, separados do divino. Uma nova concepção

médica e popular da obesidade se inicia com a revolução científica (BRAY, 1998; GILMAN, 2004b; 2010).

Porém, antes do avanço nas descrições dos acontecimentos da próxima era, outro aspecto também importante de se retratar e que se encontrava entre os períodos das eras pré-científica e científica é sobre a abundância alimentar como sinal de representação de sobrevivência, de prestígio social e situação de poder. Le Goff, citado por Montanari (2008), ao abordar sobre a comida na Europa, ao longo da Idade Média, relata que as camadas dominantes, ao manifestarem a sua superioridade financeira por meio do luxo e da ostentação alimentar, exprimiam um comportamento de classe. Por esse motivo, nesta época existia uma obsessão dos homens em primeiro localizar e demonstrar os seus recursos alimentares, pois a abundância alimentar marcava por si só uma situação de poder e privilégio social, além de sobrevivência. Porém esta situação não foi característica apenas deste período na história dos povos, uma vez que todas as sociedades e as culturas tradicionais são marcadas pelo temor da realidade da fome, ora por flagelos ocasionados pelas guerras, ora por anos de carestia ou epidemias (FLANDRIN e MONTANARI, 1998; MONTANARI, 2003).

A necessidade de uma alimentação funcional para a garantia da sobrevivência diária era traduzida por um desejo de quantidade ou por um desejo de dispensa abastecida e, conseqüentemente, a ausência da fome. A qualidade alimentar estava em um segundo plano de desejos, apesar de ser considerada também como importante. Essa noção ainda persiste na sociedade contemporânea, caracterizada como de abundância, nas áreas onde há a permanência da fome e da pobreza absoluta (GARINE e POLLOCK, 1995; MONTANARI, 2008).

Por esse motivo um grande consumidor de comida ou comedor era considerado um homem com poder. Porém, segundo relatos históricos importantes,

citados de Cremoso por Montanari (2008), o ato de excesso ao comer não era apenas decorrente de privilégio financeiro e social, um *poder fazer*, mas configurava-se também em um *dever fazer*. Essa situação conformava uma norma do comportamento de classe. Esse tipo de obrigação social não era passível de não execução, sob o risco do questionamento da ordem instituída. Como exemplo os historiadores relatam a rejeição do reinado dos francos do duque di Soletto, na Itália, em 888 EC, por comer pouco: “Não se pode reinar sobre nós quem se contenta com uma refeição modesta” (MONTANARI, 2008: 116).

Essa atitude mantinha relação com a concepção de força física e muscular de poder do guerreiro: o mais forte, o mais vigoroso, o mais capaz de ingerir toda a comida. Essa concepção mantinha o consumo elevado de alimentos como sinal e instrumento de superioridade animalésca sobre os demais. As representações anomásticas dos guerreiros com o mundo animal (leões, lobos, ursos dentre outros), como símbolos nas linhagens de nobreza e a atribuição da carne como alimento ligado à força, a coragem e a legitimidade do comando, constituíram não apenas a imagem simbólica, mas cultural e científica. A ciência dietética o ratifica, identificando na carne o alimento do homem por excelência, a comida perfeita para se desenvolver com vigor e em corporeidade, deixando para segundo plano a tradição agrícola grega e romana (FLANDRIN e MONTANARI, 1998; MONTANARI, 2008).

Com o passar dos séculos a quantidade de alimento como função de poder e de prestígio social diminui. O poder é concebido não mais como a força física, mas como direito adquirido, por via hereditária. A nobreza de fato tem relação com os modelos alimentares ligados ao direito. Ou seja, comer muito tinha relação com capacidade através da superioridade física sobre os demais. Com o tempo esta percepção se transforma em um direito, que *se pode* exercer e não mais que *se deve*

exercer. Assim, o importante não será mais consumir mais comida que os outros, mas tê-la em maior quantidade nas dispensas, “para servi-las aos companheiros, aos hóspedes, aos servos, aos cães”. E assim, a linguagem alimentar vai se desenvolvendo com conteúdos distintos com o passar dos séculos (MONTANARI, 2008: 118).

3.3. Período da era científica (1.500 EC até os dias atuais)

A introdução de instrumentos tais como o relógio mecânico, a bússola e a lente de aumento permitiram que críticas fossem elaboradas a achados apresentados pela tradição filosófica e cristã. O método experimental de verificação e falsificação caracterizou a base da era científica. Até o Renascimento, a compreensão cristã da gula, considerada como fonte da obesidade, sofrerá modificações com uma nova compreensão científica da obesidade. Assim como os achados e eventos considerados significantes na área científica contemporânea, de alguma forma, afetaram a ciência da obesidade (BRAY, 1990).

Alvise Luigi Cornaro (1467-1566 CE) é considerado o autor mais antigo e mais influente da literatura sobre obesidade durante o Renascimento italiano. Alguns de seus livros descrevem relatos pessoais sobre como viver por mais tempo e seguir uma vida temperada. O seu manual dietético enfocava na transformação pessoal da vida de um homem obeso para a de um homem saudável, através da abstinência. Cornaro viveu por 98 anos e confessa ao leitor que por volta dos cinquenta anos de idade se encontrava na beira da morte, devido aos vários anos de gula e excesso de prazeres. Associava a gula a um tipo de assassino, e não apenas como um pecado. Foi acometido por agravos atribuídos à obesidade na tradição galena, como gota, transtorno no estômago, sede e uma febre baixa. Quando muito doente, ao procurar ajuda médica, foi orientado a viver uma vida com temperança. Seguiu as orientações com rigorosa limitação na dieta. A

cura, assim foi referida ao divino e a mudança no estilo de vida. Seu relato autobiográfico confessional ecoava, segundo Gilman (2010), em Santo Agostinho, uma vez que perdeu a capacidade de rejeitar a tentação pela comida e pela bebida. Assim levou uma vida desregrada até a meia idade e envelheceu com sobriedade.

A gula, no início da era científica ainda era compreendida como a causa de inúmeras enfermidades presentes no indivíduo com obesidade e o abuso vivido nos melhores anos de vida era a causa de sua gordura, sendo esta gordura o sinal de seu corpo doente. Prevalencia uma forte tradição moral, com abnegação cristã do corpo, oriunda dos ensinamentos do Apóstolo São Paulo. A sobriedade e a moderação eram consideradas o modelo de recuperação da saúde e longevidade. No início do século XVI, a ansiedade da morte prematura foi intensificada. Assim, Cornaro reforça a noção de distanciamento de desejo/prazer e comida e associa essa noção com saúde e doença: comer com prazer pode gerar doença (FLANDRIN e MONTANARI, 1998; GILMAN, 2010).

A teoria médica relacionada ao peso físico é iniciada com Sanctorius Sanctorius (1561-1636 EC) no final século XVI. Sanctorius monitorou seu peso corporal por 30 anos. Em seu manuscrito, intitulado *De statica medicina*, descreve que o que ele consumia pesava mais do que ele excretava. Recomenda, portanto, monitorar o peso corporal como uma forma de controlar o ganho de massa corporal. Salienta também preocupação no ganho ou na perda de massa corporal rápida, associando como introdução de má qualidade. Acreditava que a obesidade excessiva era patológica, pois consistia em imobilidade e institucionaliza o ato de pesar publicamente como uma medida de prestação coletiva para a saúde (GILMAN, 2010).

Por volta do século XVII, Johann Sigismund Elsholtz' (1623-1688EC), em *Diaeteticon*, dá início a uma literatura especializada nos alimentos, distinguindo-os em

saudáveis e insalubres. Cria-se o modelo padrão para classificar alimentos, através de tabulação dos mesmos, segundo o consumo e a propriedade de causar ou não doenças. Suas prescrições se baseavam nos preceitos de Galeno e Hipócrates, com alimentação e atividade física. Segundo Gilman (2010), percebe-se em seus relatos que as questões morais relacionadas à obesidade gradativamente vão perdendo a ostensiva retórica religiosa. Com o tempo o pecado mortal da gula vai sendo associado à noção de gourmet, mas o resultado permanece ainda associado ao da morte.

Por volta do século XVIII, os médicos começam a tratar a obesidade através dos fundadores da moderna anatomia patológica, que declaravam que a gordura era um importante fator de risco para doenças, principalmente a gordura contida ao redor dos intestinos. A história da anatomia se dá inicialmente em 1543, com as dissecações de Versalius. Porém a primeira dissecação de um indivíduo obeso é atribuída a Bonetus. Outras descrições aparecem nas publicações de Morgagni, descritas por Haller e por Wadd e citadas por Bray. Dentre os doze casos apresentados por Wadd, no livro *Comentários sobre corpulência, lineamentos da magreza (Comments on Corpulency, Lineaments of Leanness)*, dois corpos foram examinados logo após a morte e foi descrito haver a presença de um acúmulo significativo de gordura corporal em ambos os corpos. Porém, a gordura corporal presente no corpo obeso tinha um significado além do anatômico para o Iluminismo (BRAY, 1998; BRAY e BOUCHARD, 2004; GILMAN, 2010).

A noção de equilíbrio alimentar, no século XVIII, permanecia ainda sendo fundamental para se manter uma vida saudável, porém agrega-se a categoria de viver a vida também com simplicidade. Essa concepção se estende com Christoph Wilhelm Hufeland, médico alemão, criador da concepção macrobiótica. A presença de obesidade significava que as pessoas comiam mais do que elas necessitavam. Porém Hufeland

acreditava que a desmedida, bem como a preguiça fossem causas da obesidade. E assim não mais o pecado, mas uma classe média muito desmesurada começa a ser considerada como a força atuante na promoção da obesidade (FLANDRIN e MONTANARI, 1998; GILMAN, 2010).

Após contato com os escritos do alemão Hufeland, Immanuel Kant (1724-1804 EC) redige uma nota publicada pela imprensa argumentando que os aspectos físicos e psicológicos dos seres humanos deveriam ser tratados moralmente. Para Kant, os escritos de Hufeland reafirmavam a permanência do modelo estóico de resistência e moderação nos tratamentos prescritos e reconhecia que os argumentos do médico alemão consistiam em evitar a doença, no qual utilizava alimentos específicos para o tratamento, porém baseados em uma filosofia moral de vida (GILMAN, 2010).

Kant, em seu ensaio autobiográfico: Superando desagradáveis sensações por mero raciocínio (*Overcoming unpleasant sensations by mere reasoning*) citado por Gilman (2010), argumenta que a dieta a ser seguida estava ligada com a própria consciência do envelhecimento do seu corpo, ou seja, a vontade controlava o corpo. Para Kant o poder racional para se evitar doença residia no controle que a mente exercia não apenas no que era ingerido, mas também em outros controles do corpo como, por exemplo, o próprio controle do ato de respirar. Parte desse raciocínio é exemplificado em uma nota final, em que Kant fala da cegueira em um dos seus olhos e sua ansiedade sobre a possível falha do outro olho. Ele afasta esse medo, perguntando se as patologias da visão estão no olho ou no processamento dos dados promovidos pelo cérebro. Ao contrário da dieta, que pode ser manipulada para controlar a saúde e a massa corporal, o envelhecimento do corpo parecia ter sua própria taxa de declínio para o qual não havia controle, mesmo com racionalidade. O ensaio de Kant, que começa com as noções de dietética de Hufeland, termina com o envelhecimento, com o filósofo já sem enxergar

completamente, abordando sobre a decadência irresistível, mas fascinante, de seu próprio corpo. Assim com Kant, o tema de moralidade da obesidade alcança discussões na filosofia moral de vida.

Mesmo após o Iluminismo, a religião e a ciência continuaram a debater a natureza e o significado da obesidade. A trilha histórica da obesidade tem mostrado que a religião se apropriou de parte da argumentação da ciência para fornecer justificativas e explicações para a natureza da obesidade. Desde o século XIX houve debates a favor e contra a natureza saudável do alimento dentro de práticas religiosas no Ocidente, e esses perduram até hoje. Muito precocemente, a religião se apropriou das descobertas das ciências da saúde, em especial quanto à higiene, e do significado do corpo saudável como a morada ou templo do divino (GILMAN, 2010). Segundo Flandrin e Montanari, “não foi a guerra entre a teologia e a ciência, mas a sua integração pública que foi fundamental para a história da obesidade” (FLANDRIN e MONTANARI, 1998: 547).

No final do século XVIII, uma nova idéia é agregada aos modelos de compreensão causais e de tratamentos da obesidade: uma falha mais de desejo cognitivo do que corporal. Ou seja, agrega-se um significado além do moral à concepção de gula; o significado psicológico. A idéia que a falta de vontade poderia desencadear em obesidade se tornou uma concepção médica e popular. A compreensão da obesidade como proveniente de fraqueza psicológica é rapidamente respondida pelas descobertas científicas sobre o corpo, ao categorizá-la como uma somatização da doença (BRAY e BOUCHARD, 2004; GILMAN, 2010).

Apesar da longa história de recomendação dietoterápica para a obesidade, em 1863 surge um dos mais populares livros acerca de dieta escrito por William Banting (1796-1878 EC). Com apenas 23 páginas, o livro conhecido como Uma carta sobre corpulência endereçada ao público (*A letter on corpulence addressed to the public*),

continha o relato pessoal bem sucedido da perda de massa corporal através da dieta prescrita por seu médico cirurgião William Harvey. A importância do seu relato acusava o excesso de peso não à inércia ou à preguiça, nem ao comer e beber excessivamente, mas a quantidade de doenças específicas associadas à presença de dores e dificuldades de toda ordem que o impossibilitavam de seguir rotineiramente a vida. Todas essas patologias foram vistas por Banting e por seus médicos como resultado direto de sua obesidade, em vez de seu envelhecimento (BRAY e BOUCHARD, 2004; GILMAN, 2010). Uma das principais importâncias dos relatos de Banting consistia na sua percepção de estigma social:

“[...] Nenhum trabalhador com obesidade pode estar insensível as observações e comentários cruéis e imprudentes como nas assembléias e transportes públicos ou no meio da rua [...] Ele naturalmente evita o máximo possível lugares onde é provável que seja objeto de insulto e de observações de outros”¹³

O desejo da diminuição de massa corporal consistia não apenas na possibilidade da perda da dor física, mas pelo fato de ser associado a um homem inútil. O estigma, tanto quanto as deficiências físicas, deixavam marcas de sua própria doença.

Com o sucesso da perda de peso de Banting, o seu livro se tornou um *best-seller* promovendo uma preocupação científica quanto ao significado da obesidade. Até os dias de hoje o termo para indicar dieta em sueco é *bantning* (ULIJASZEK, 1995). Após a bem sucedida perda de peso, Harvey ingressa na área. Ele destaca que os novos avanços científicos da química e da fisiologia viabilizavam o tratamento para a obesidade como uma doença e cita Banting como um caso bem sucedido. Com isso,

¹³ No original: “No man laboring under obesity can be quite insensible to the sneers and remarks of the cruel and injudicious in public assemblies, public vehicles, or the ordinary street traffic... He naturally keeps away as much as possible from places where he is likely to be made the object of the taunts and remarks of others”.

paciente e médico identificaram a obesidade como um produto de forças para além da vontade. A experiência de Banting e Harvey, segundo Gilman (2010), redefiniu a obesidade como uma doença fisiológica e não como um modismo ou uma falha moral. Com novas descobertas, no final do século XVII ao início do século XIX, cientistas e leigos começaram a pensar e comparar o corpo humano com uma máquina e, posteriormente, com um conjunto de processos químicos.

As categorias do seco e úmido, do quente e frio, elaboradas na medicina grega e latina a partir da física aristotélica, permitiam um intercâmbio ininterrupto e, por assim dizer, natural entre práticas de cozinha e reflexão sobre o valor nutricional dos alimentos. A nova dietética introduziu fórmulas, conceitos e palavras não mais ligadas à experiência sensorial, mas às descobertas científicas envolvendo a química e o corpo humano. Como salienta Montanari “quem conhece o sabor das proteínas ou o gosto das vitaminas?” (MONTANARI, 2008: 91).

Com o Iluminismo, a obesidade se tornou uma das doenças que a medicina moderna teve de confrontar. A obesidade não era mais um sinal apenas de pecado. Sociedades começavam a identificar a obesidade como um problema médico e não apenas moral ou social e, portanto, com obrigação médica. Desta maneira, a obesidade deveria ser superada através de tratamento médico e tais tratamentos, com dietas e exercícios físicos, tornam-se os meios de auto-libertação, autocontrole e ou auto-limitação; processos pelos quais os indivíduos compreendiam o sentido de responsabilidade social, bem como o sentido de auto-responsabilidade. Instala-se a medicalização da obesidade (GILMAN, 2010). Neste sentido, destacar descobertas em algumas áreas biomédicas, como sugerem Bray (1990), Sobal e Maurer (1999), é importante para entender a dimensão e força dessa transformação. Destacaremos, a seguir, algumas das descobertas envolvendo a obesidade.

Histologia

A invenção do microscópio, no século XVII, impulsiona a anatomia para novos níveis de descobertas: a circulação pulmonar, as finas estruturas de pequenos animais e a estrutura celular, dentre outras. O conceito de célula, como unidade básica da vida, surge no século XIX com Schwann e Schleiden. Logo após a publicação em textos de anatomia microscópica sobre a célula e suas estruturas, ocorreu o reconhecimento de unidades celulares contendo gorduras. O crescimento e desenvolvimento das células de gorduras foram publicados em 1879, por Hoggan e Hogan. Hassall sugere que certos tipos de obesidade poderiam ser originados por um aumento no número de células de gordura dentro do corpo. Um século depois, Hirsch e Björntorp elaboram o conceito de obesidade hiperplásica. Em 1899, Virchow interpreta a teoria celular para a patologia da obesidade. Em 1932, Knoll e Ruska, em posse de um microscópio eletrônico, descreve com precisão os detalhes contidos dentro da célula de gordura (BRAY, 1998; BRAY e BOUCHARD, 2004).

Fisiologia

Os estudos iniciais sobre a circulação sanguínea, descoberta em 1616 e publicados em 1628 por Harley, preparam o terreno para o avanço da ciência da fisiologia. Dentre os temas explorados por esta ciência, dois teriam importância para a compreensão da obesidade: os estudos na área do metabolismo e da digestão (BRAY, 1998; BRAY e BOUCHARD, 2004).

Em 1614, Santorio descreve o balanço metabólico, a aferição da temperatura e a aferição da pulsação. Galileio, seu contemporâneo, sugere “medir o que pode ser medido e realizar a medida do que não pode ser mensurada ou aferida” (apud BRAY, 1998: 8). O balanço que Santorio elaborou consistia em uma plataforma na qual o

indivíduo se sentava e seriam verificadas as mudanças na massa corporal. Com este sistema foi possível quantificar a comida ingerida e as perdas por excreção. Mais recentemente, no século XX, Newburgh e Johnston utilizaram de método similar para registrar a perda de água corporal pela respiração e demonstraram que a perda era responsável por cerca de 24% do calor produzido pelo corpo (BRAY, 1998; BRAY e BOUCHARD, 2004).

Um segundo grupo de fisiologistas destinou seus esforços na área do trato gastrintestinal e digestão. Em 1752, Reamur através do suco digestivo proveniente de um pássaro, conseguiu verificar a digestão de alimentos. No século XVIII, Spallanzani demonstrou que o suco gástrico humano digeriu alimentos e evitava a putrefação fora do corpo humano. Martin descreveu o estômago e seus componentes, através de uma fístula no próprio abdome. O caminho digestivo percorrido pelo alimento foi observado por Magendie e Bernard. Bernard também demonstrou a função digestiva realizada pelo pâncreas. As observações do século XIX sobre a digestão perduraram até início do século XX com a teoria que a fome promovia contrações gástricas, por Cannon e Washburn e também por Carlson (BRAY, 1998; BRAY e BOUCHARD, 2004).

Química e bioquímica

Boyle dá origem à química moderna através dos conceitos dos elementos químicos no século XVII. No final deste século, ainda com Boyle, surgem às primeiras observações sobre o oxigênio, descoberto por Priestley e particularmente por Lavoisier, que avança por três décadas com a teoria de combustão do oxigênio no final do século XVIII. Fica demonstrado que o metabolismo era similar à combustão. O seu legado serve de base para as leis de conservação de massa e energia. Rubner formulou a lei da área da superfície baseado nas observações da relação linear entre o metabolismo

expedido de animais de diferentes tamanhos e suas áreas de superfície ou massa corporal. A lei e os trabalhos realizados por Pettenkofer e Voit servem de base para Atwater e Rosa construírem o primeiro calorímetro para humanos, em 1896. Este instrumento serviria como ferramenta utilizada em estudos extensivos de requerimentos metabólicos necessários durante a ingestão de alimentos e os efeitos da fome por Atwater e por Benedict. No século XX muitos trabalhos utilizando câmaras metabólicas foram realizados. Entretanto, o que mais tem produzido extensos e seriados estudos sobre energia expedita em humanos, após a Segunda Guerra Mundial, encontra-se na Suíça, e foi coordenado por Jequier: para seres humanos, a massa livre de gordura fornece uma melhor relação entre energia expedita e massa corporal. Esta informação possibilitou desenvolver conhecimento sobre a taxa metabólica basal, a oxidação de carboidratos indicadas pelo quociente de respiração e a sensibilidade insulínica (BRAY, 1998; BRAY e BOUCHARD, 2004).

O estudo de gasto de energia avançou rapidamente após a utilização da técnica de água duplamente marcada para medir o gasto de energia total. A aplicação desta técnica em seres humanos demonstrou que pessoas com excesso de massa corporal subestimavam a sua ingestão alimentar mais do que pessoas com peso considerado dentro da faixa de normalidade. Esta ferramenta forneceu um novo paradigma para os parâmetros de energia necessária e a validação de dados obtidos do método de recordatório alimentar (ANJOS, 2006).

A bioquímica, ou química dos sistemas biológicos, foi também um conceito do século XIX. Surge com a comprovação, em 1828, por Wohler, de que a uréia, uma molécula orgânica, poderia ser sintetizada por materiais inorgânicos. O estudo da composição corporal foi considerado como uma importante contribuição para a bioquímica da obesidade. Na análise química de cadáveres humanos foi constatado que

os estoques de tecido adiposo eram constituídos primariamente de triglicérides. Bernard e Magendie e também os estudos da química de alimentos de Liebig foram considerados fundamentais para a bioquímica do século XIX. Bernard descobriu o glicogênio hepático como fonte de glicose sangüínea e que problemas ocasionados no hipotálamo poderiam produzir glicosúria, a perda de glicose pela urina. Liebig criou o conceito que os macronutrientes – carboidratos, proteínas e gorduras – eram nutrientes necessários. Tal fato serviu de base para a ciência da nutrição durante grande parte do século XIX. Esta teoria foi derrubada pela descoberta das vitaminas no século XX, dando origem à ciência da nutrição. O desenvolvimento da área da nutrição, na primeira metade do século XX, é sintetizado com a descoberta das vitaminas e suas funções. Este período é finalizado em 1948 com a elucidação da estrutura da vitamina B12. Com o término desta era, o impacto dos macronutrientes retorna novamente ao centro do debate, através do reconhecimento do papel dos alimentos gordurosos e da obesidade como causas das doenças crônicas não-transmissíveis (BRAY, 1998; BRAY e BOUCHARD, 2004).

A aplicação das técnicas químicas e bioquímicas no estudo da obesidade é amplamente verificada no século XX. A mensuração dos componentes corporais foi expandida por Behnke, Feen e Welham, com a utilização das técnicas de densitometria dos compartimentos corporais. A metodologia que utilizava isótopos radioativos como marcadores na composição corporal foi muito discutida após a Segunda Guerra Mundial. Isótopos radioativos foram então substituídos por isótopos estáveis. A introdução da ultrasonografia para mensurar a densidade de gordura, da tomografia computadorizada axial, da ressonância magnética, da distribuição de gordura por região mensurada, do uso da densitometria por raio X para medida de gordura corporal, do compartimento livre de gordura e da densidade mineral óssea, do uso de ativação do nêutron corporal são técnicas sofisticadas disponíveis atualmente para melhor se

determinar a composição corporal em seres humanos vivos (BRAY, 1998; BRAY e BOUCHARD, 2004).

Genética e biologia molecular

Em 1757, o médico holandês Malcolm Flemyng (1700-1764 EC) defendeu a tendência de uma herança genética para a obesidade. Em seu Um discurso sobre a natureza, causas e curas de corpulência (*A Disourse on the nature, causes, and cures of corpulency*), em Londres, defendia causas fisiológicas ao invés de definições morais da obesidade. As pessoas obesas não eram inerentemente preguiçosas ou pecaminosas. As publicações dos achados por Darwin na *Origem das Espécies* na metade do século XIX e das características hereditárias por Mendel, posteriormente conhecidas como genes, ecoaram nas descobertas que revolucionariam a biologia do século XX. Em 1910, Garrod introduz o conceito para desordens metabólicas. Um novo campo da biologia molecular surge com o trabalho de Watson e Crick, os quais propuseram um modelo de dupla hélice como estrutura do DNA, onde se encontrava o código genético. Com esta técnica, tornou-se possível identificar e isolar os genes responsáveis pelas raras formas da obesidade herdada em animais. O primeiro avanço foi em 1992 com a identificação do defeito genético em ratos obesos conhecido como rato obeso amarelo onde o gene *agouti* é o agente responsável por este defeito (BOUCHARD, 1996).

A descoberta da função da leptina, envolvida na modulação de um número de mensagens de esteróides, foi estudada como sendo possível de reverter o defeito observado no rato obeso amarelo. O terceiro gene da obesidade clonado foi o do rato obeso de gene recessivo. Esses genes defeituosos produziam altos níveis de pró-insulina nesses animais. Assim, a susceptibilidade genética para a obesidade humana tem sido explorada pelas descobertas na área molecular. Davenport contribuiu com o trabalho

sobre a hereditariedade do Índice de Massa Corporal e Verschuer, com estudos realizados em gêmeos, constatou que a distribuição de gordura e a massa de gordura corporal total também poderiam ser herdadas. Através desses achados, outras pesquisas na área genética envolvendo genes da obesidade têm sido conduzidas. Até o momento, parece haver a contribuição de, no mínimo, doze genes envolvidos no processo (BOUCHARD, 1996).

Farmacologia

Os estudos das drogas e outros efeitos biológicos surgiram com base na química e através dos achados na biologia. No século XIX foi observado um número expressivo de medicamentos para a obesidade. Entre esses, o uso de hidroterápicos e vários tipos de laxantes e purgativos. O uso do extrato de tiróide no tratamento da obesidade teve início em 1893. A anilina, descoberta no século XIX, serviu como base para a produção de numerosas drogas, dentre as quais o dinitrofenol. Esta droga foi utilizada no tratamento da obesidade, após ser observada a perda de massa corporal em trabalhadores da indústria química que manuseavam essa substância. Foi abandonada após a produção de catarata e neuropatia em humanos (BRAY, 1998; BRAY e BOUCHARD, 2004).

A anfetamina foi o segundo produto farmacológico proveniente da indústria de química orgânica sintética utilizada no tratamento da obesidade. Em 1930 a dextroanfetamina agiu positivamente na perda de massa corporal em pacientes submetidos ao tratamento de narcolepsia. O poder viciante da anfetamina levou a mesma a sofrer descrédito no seu uso e incorporar uma imagem negativa a outras drogas com similar estrutura química (BRAY, 1998; BRAY e BOUCHARD, 2004).

Neurociência

Achados de obesidade tendo como base causas neurológicas se tornaram evidentes no início do século XX. Babinski, Frohlich e Mohr reportaram casos de indivíduos com obesidade desenvolvida em associação com tumor de cérebro. Este achado clínico promoveu um novo campo e conduziu ao desenvolvimento de técnicas para produzir obesidade após a introdução de material tóxico, com óxido crômico, na base do cérebro, no núcleo hipotalâmico. Os achados provenientes desses estudos, conduzidos por Stellar, em 1954, serviram de base para as explicações sobre fome e saciedade por 20 anos. A descoberta de peptídeos que estavam presentes no cérebro e no trato gastrointestinal tem mantido ambas as áreas da neurociência e a fisiologia no controle da gordura corporal e obesidade. A secretina foi o primeiro hormônio encontrado. Depois a colecistoquinina foi associada à estimulação da contração da vesícula biliar e à redução da ingestão de comida. O neuropeptídeo Y está entre os mais interessantes achados na área devido ao estímulo gerado para a ingestão alimentar e a produção da obesidade quando oferecido continuamente (BRAY, 1998; BRAY e BOUCHARD, 2004).

Clínica médica e obesidade

Casos de obesidade grave têm sido reportados na literatura mesmo antes da era científica. No século XIX, Dubourg discutiu 25 casos; Schindler identificou 17 casos e Maccary, 11 casos de indivíduos com o agravo. Casos particulares foram reportados por muitos outros autores, segundo Bray (1990). Esses indivíduos foram citados como estando com uma aparência estranha ou monstruosa. As perspectivas clínica e social, para este grupo, eram particularmente sombrias, segundo relatos dos autores.

Os casos discutidos e apresentados pelos três médicos introduziram a discussão dos possíveis tipos de obesidade, uma vez que ao classificar a obesidade, transparecia a preocupação e os esforços em qualificar a doença. Dentre as diversas classificações, a de Von Noorden merece destaque. Este pesquisador associou a definição com a divisão em endógena e exógena, alegando haver fatores externos e internos para a sua constituição (BRAY, 1990; BRAY e BOUCHARD, 2004).

Os vários relatos médicos associam diversas doenças e mortes com a presença de obesidade. Dentre os muitos relatos documentados gradualmente ao longo da trajetória dessa doença, a associação de doenças respiratórias e a apnéia do sono foram observadas antes do período greco-romano. Casos de doenças hipotalâmicas com obesidade foram identificados desde 1840, especialmente por Babinski e por Frohlich. No século XX, Cushing descreveu que a obesidade estava associada em pacientes com adenomas basófilos da glândula pituitária. Outras doenças endócrinas, tais como hipogonadismo e deficiência do hormônio de crescimento, foram associadas com o aumento de depósitos de gordura corporal. Alguns raros achados envolvendo desordens genéticas tinham a obesidade como forte associação. Nessas doenças se esperava encontrar associações com a obesidade. Finalmente, após a Segunda Guerra Mundial, com mudanças significativas no consumo e no comportamento alimentar associado a um estilo de vida considerado sedentário, começaram a surgir outros modelos causais visando entender o aumento do agravo (STUNKARD, 1980; BRAY, 1998).

Além das experiências provenientes de atendimentos de casos individuais reportados existem também as experiências providas de avaliações de dados coletivos. Quetelet foi um dos pesquisadores que desenvolveu métodos matemáticos para avaliar populações. Em particular, desenvolveu o conceito de padrão médio para o ser humano

e definiu o modelo matemático para a mensuração da gordura individual como já descrito no Capítulo 2: Índice de Massa Corporal ou Índice de Quetelet (ANJOS, 2006).

Uma segunda experiência proveniente da medicina clínica foram as pesquisas realizadas pelo setor de seguros. No início do século XX, dados coletados começaram a demonstrar que as quantidades excessivas e a distribuição central da massa corporal se encontravam associadas com a expectativa diminuída de vida. Devido à necessidade de relacionar o risco financeiro com os custos políticos, o setor de seguros continuou a coletar e fornecer dados que comprovassem essa relação. Os resultados disponibilizados estimularam a avaliação da associação da massa corporal com os riscos de mortalidade nas populações. Em todas essas pesquisas um aumento nos riscos de mortalidade estava associado com o aumento da massa corporal através do Índice de Massa Corporal (BRAY, 1998; BRAY e BOUCHARD, 2004; ANJOS, 2006).

Embora a relação entre a gordura central e o aumento do risco de mortalidade pôde ser deflagrada pelos estudos dos setores de seguros de vida, coube a Vague a função de chamar a atenção do conceito de risco aos profissionais. Embora os dados provenientes dos cálculos da taxa de gordura corporal fossem complexos, a medida era obtida pela simples relação entre a mensuração da circunferência da cintura e do quadril e da medição da dobra cutânea subescapular. Esses resultados foram importantes para o reconhecimento do risco associado à localização central da gordura corporal. Com o avanço dos métodos de mensuração da distribuição de gordura corporal esta associação tem sido estudada e utilizada atualmente (STUNKARD, 1980; BRAY, 1998; BRAY e BOUCHARD, 2004; ANJOS, 2006).

Acompanhamos neste capítulo que nas antigas sociedades a doença era definida por explicações sobrenaturais. É na Grécia clássica que a medicina começa a emergir como uma ocupação e a desenvolver suas próprias teorias, distintas da teologia e da filosofia. Hipócrates e Galeno, grandes médicos grego e romano, respectivamente, que se recusaram a aceitar as explicações sobrenaturais e tratamentos até então estabelecidos para a doença, desenvolveram uma teoria e sistematizaram todo o conhecimento médico disponível.

O cristianismo primitivo representou a obesidade como doença e castigo pelo pecado, gerando novas explicações teológicas e tratamentos. Os seguidores do cristianismo acreditavam em causas e curas sobrenaturais para as doenças. Esta visão se tornou institucionalizada na Idade Média, quando o dogma estabelecido pelas igrejas cristãs dominou as teorias e as práticas da medicina. O Iluminismo na Europa trouxe um interesse renovado pelo conhecimento médico da Grécia clássica. Isto marcou o início de um movimento em direção às explicações naturais da doença e o surgimento da medicina como uma profissão separada da Igreja.

Mas a medicina europeia se desenvolveu lentamente. A teoria humoral da doença desenvolvida por Hipócrates dominou a teoria e a prática médica até meados do século XIX. O diagnóstico médico era baseado em impressões e, muitas vezes considerado impreciso, retratando as condições em termos muito gerais como fluxos e febre. No século XVII, a prática médica se baseava essencialmente em três técnicas para determinar a natureza da doença: o que o paciente dizia acerca dos sintomas, as próprias observações médicas dos sinais da doença e a aparência e o comportamento do paciente e, mais raramente, de um exame físico no paciente (REISER, 1978). A prática médica consistia em uma medicina de cabeceira orientada ao paciente e onde não se distinguia a

doença do homem doente (JEWSON, 2009). Apenas com as observações alcançadas no final do século XVII, os médicos começaram a distinguir entre o paciente e a doença.

Desta maneira, no processo de construção da obesidade, uma transformação lenta, mas constante, ocorreu nas sociedades, em particular, ocidentais. Indivíduos obesos inicialmente identificados como símbolos de ideais estéticos, de bem-estar, de fertilidade e de representação maternal passaram a ser considerados como de temperamento fleumático, preguiçoso, decadente moral e com falhas de caráter à incapaz de se tornar honrado. De imoral e pecaminoso à condição de doentes.

Para Conrad e Schneider (1992) alguns autores irão considerar que a reabilitação biomédica substituiu a punição. Para esses autores, em muitos casos os tratamentos biomédicos se tornaram uma nova forma de controle social. Essa transformação não foi completa e unidirecional. As mudanças, no entanto, não ocorreram por elas mesmas e nem devem ser consideradas como tendo sido pelo resultado de uma evolução natural da sociedade ou pelo inevitável progresso da medicina. Para Conrad e Schneider (1992) as raízes dessas mudanças estão no fundo da nossa herança social e cultural e as suas evoluções são rastreadas através de relatos individuais, eventos, idéias e de emprego de técnicas.

Verificamos, através desta análise histórica, que a elaboração da obesidade e da gordura corporal foi construída como um problema de saúde individual. Ou seja, que a obesidade é, em parte, devido à falta de contenção alimentar, disciplina e caráter; responsabilizando os indivíduos pelos seus corpos. Isto endossa julgamentos morais sobre os indivíduos obesos, legitimando de modo estigmatizado a desigualdade social e as disparidades na saúde. Estes aspectos sugerem que, além dos elementos técnicos, a obesidade possui um forte componente de natureza sócio-cultural. No próximo capítulo

trataremos dos modelos atuais de medicalização e não-medicalização da obesidade, analisando com detalhe sua natureza sócio-cultural e político-ideológica.

CAPÍTULO 4 – A MEDICALIZAÇÃO E A NÃO-MEDICALIZAÇÃO DA OBESIDADE

Este capítulo trata dos processos de medicalização e não-medicalização da obesidade. Esses processos, do ponto de vista social, mostram-se complexos e uma maneira de tornar-los evidentes é conduzir uma análise através do conceito de campo científico de Bourdieu. Assim esse capítulo está organizado no seguinte formato. A primeira seção considera os conceitos de campo científico de Bourdieu, direcionados para a obesidade e para isso desenvolvemos o que chamamos de “campo da obesidade”; a segunda seção trata da medicalização da obesidade e a terceira seção aborda a não-medicalização da obesidade.

4.1. O campo científico da obesidade

[...] O campo científico é um mundo social e, como tal, faz imposições, solicitações, etc, que são, no entanto, relativamente independente das pressões do mundo social global que o envolve [...] (BOURDIEU, 2004: 21)

Para Bourdieu (2004) todas as produções culturais são objetos de análise e pretensões científicas. O conhecimento construído a respeito da obesidade, como verificado no Capítulo 3, é um produto cultural e, dessa forma, passível também da análise científica.

A noção de campo serviu primeiramente para indicar uma direção à pesquisa, definida negativamente como recusa à alternativa da interpretação interna e da

explicação externa, perante a qual se achavam colocadas as ciências das obras culturais, ciências religiosas, história da arte ou história literária. Segundo Bourdieu, havia duas correntes que se opunham: (i) um formalismo nascido da teorização de uma arte que chegara a um alto grau de autonomia e (ii) um reducionismo empenhado em relacionar diretamente as formas artísticas com formas sociais. As duas correntes tinham em comum o fato de ignorarem o campo de produção como espaço social de relações objetivas (BOURDIEU, 2009).

Assim, há os que acreditam que para compreender qualquer especialidade, dentre elas a obesidade, bastaria ler a respeito, nos diversos textos e artigos publicados. Essa tradição, segundo Bourdieu, descreve o processo de perpetuação da ciência “como uma espécie de partenogênese, a ciência engendrando-se a si própria, fora de qualquer intervenção do mundo social” (BOURDIEU, 2004: 20). Por exemplo, no caso da obesidade, pelo fato do seu conceito se encontrar inserido no campo da ciência existem aqueles que acreditam estar este conhecimento também fora de qualquer intervenção do mundo social. Em oposição, há tradições que almejam relacionar o texto ao contexto, propondo-se a interpretá-lo em relação com o mundo social ou o mundo econômico.

Foi para escapar a essas duas alternativas que Bourdieu (2004) elabora a noção de campo. Desta forma, para compreender uma produção, gerida no seio cultural, não basta se referir ao conteúdo textual dessa produção, muito menos se referir ao contexto social, cujo objetivo é estabelecer uma relação direta entre o texto e o contexto. A esta relação direta, Bourdieu chama de erro do curto-circuito: que consiste em relacionar, por exemplo, uma obra musical ou um poema simbolista a momentos históricos.

A hipótese de campo elaborada por Bourdieu supõe que, entre os dois pólos, muito distanciados, o qual se supõe que possa se fazer uma ligação, existe um universo

intermediário, o qual Bourdieu chama de campo: literário, artístico, jurídico ou *científico* (Figura 4).



Figura 4 – Campo das relações simbólicas.

Fonte: (BOURDIEU, 2004, 2006, 2009).

Neste espaço intermediário estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem e difundem literatura, arte, lei ou *ciência*. E este é “um mundo social como os outros, mas que obedece às leis sociais relativamente específicas” (BOURDIEU, 2004: 20). Assim, em relação à definição bourdieuniana de campo, encontramos nas palavras de Chartier (2002: 140) uma elucidativa síntese:

[...] os campos, segundo Bourdieu, têm suas próprias regras, princípios e hierarquias. São definidos a partir dos conflitos e das tensões no que diz respeito à sua própria delimitação e construídos por redes de relações ou de oposições entre os atores sociais que são seus membros [...].

Vamos então utilizar esses conceitos na análise da obesidade. Ao se tentar relacionar o avanço da obesidade e a ação política, identificamos dois pólos distanciados. De um lado, trata-se de *não ter a obesidade, tê-la e não tê-la, per se*. De outro estão as macro discussões socioeconômicas. O espaço intermediário, permeado de conflitos e relações de poder, é o que chamaremos de *campo da obesidade*. O que estamos aqui denotando de *não ter a obesidade, tê-la e não tê-la* significa o descrever, tratar, analisar, definir e prevenir a obesidade a partir de algum modelo que não contemple apropriadamente os aspectos socioculturais (Figura 5).

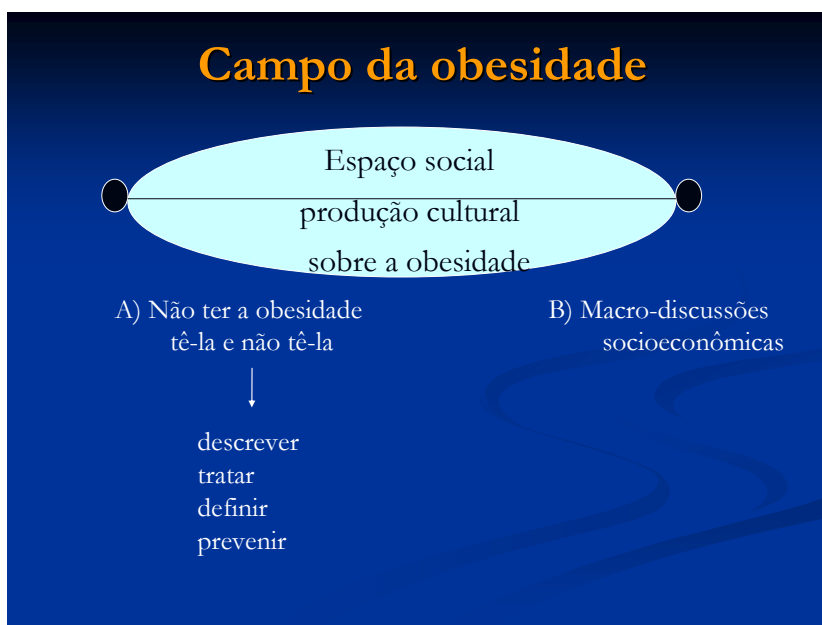


Figura 5 – Campo da obesidade.

Neste campo há um subcampo importante que se estabelece pelos pólos da produção científica baseado pelos modelos da obesidade e o mundo sócio-econômico. Este subcampo denotaremos como *campo científico da obesidade*. Aplicaremos esses conceitos no domínio da obesidade. Para tanto, é importante nos deparar com o conceito de poder simbólico.

O poder simbólico

Para Bourdieu (2009) o poder simbólico se expressa através dos sistemas simbólicos por três vias: (a) como estruturas estruturantes, (b) como estruturas estruturadas e (c) como instrumentos de dominação.

a) Os sistemas simbólicos como estruturas estruturantes

Os diferentes universos simbólicos como mito, língua, arte, ciência são tratados pela tradição neo-kantiana como instrumentos de conhecimento e de construção do mundo dos objetos; como *formas simbólicas*. Panofsky, no entanto, irá tratá-la sob uma perspectiva de *forma histórica*, porém sem atingir a reconstrução das condições sociais de produção. Durkheim, mantendo-se na tradição kantiana e tentando colaborar com uma resposta positiva e empírica ao problema do conhecimento, lança os fundamentos de uma *sociologia das formas simbólicas*, porém com significado equivalente à forma de classificação. Com Durkheim, as formas de classificação deixam assim de serem formas universais para se tornarem em *formas sociais*, portanto arbitrárias e socialmente determinadas. Assim, para Bourdieu, nesta tradição idealista, “a objetividade do sentido do mundo se define pela concordância das subjetividades estruturantes (senso = consenso)” (BOURDIEU, 2009: 8).

b) Os sistemas simbólicos como estruturas estruturadas

Bourdieu (2009: 9) utiliza para a sua explicação de estruturas estruturadas a representação para a língua, de Saussure: “sistema estruturado, a língua é fundamentalmente tratada como condição de inteligibilidade da palavra, como intermediário estruturado que se deve construir para se explicar a relação constante entre o som e o sentido”. A análise estrutural constitui o instrumento metodológico que

permite realizar o desejo neo-kantiano de apreender a lógica específica das formas simbólicas, tendo em vista isolar a estrutura a cada produção simbólica. Para tanto, na atividade produtora de consciência, a tradução estruturalista privilegia o *opus operatum*, as estruturas estruturadas, ao invés do *modus operandi* da tradição neo-kantiana¹⁴.

Os sistemas simbólicos são instrumentos de conhecimento e de comunicação; é um poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem de sentido imediato do mundo. Durkheim o designa como *conformismo lógico*: “uma concepção homogênea do tempo, do espaço, do número, da causa, que torna possível a concordância entre as inteligências”. Assim, os sistemas simbólicos só podem exercer um poder estruturante porque são estruturados. Os símbolos são, segundo Bourdieu (2009: 10), “os instrumentos da *integração social*: enquanto instrumentos de conhecimento e de comunicação, eles tornam possível o *consensus* acerca do sentido do mundo social, que contribui fundamentalmente para a reprodução da ordem social: a integração lógica é a condição da integração moral”.

c) As produções simbólicas como instrumentos de dominação

As *funções políticas* dos sistemas simbólicos são privilegiadas pela tradição marxista, em detrimento da sua estrutura lógica e da sua função de sentido imediato do mundo (*gnoseológica*). Este funcionalismo tem por meta explicar as produções simbólicas, relacionando-as com os interesses da região, posição ou da classe dominante (BOURDIEU, 2007; 2009).

Assim, as ideologias servem interesses particulares, os quais a apresentam como sendo de interesses universais, comuns ao conjunto do grupo. Para Bourdieu (2007), o efeito ideológico da cultura dominante contribui: (i) para a integração real

¹⁴ Um modo de produção científico que supõe um modo de percepção, um conjunto de princípios de visão e de divisão.

entre todos da classe dominante, assegurando uma comunicação imediata entre todos os seus membros e distinguindo-os das outras classes; (ii) para a integração fictícia da sociedade no seu conjunto, portanto, à desmobilização e falsa consciência das classes dominadas e (iii) para a legitimação da ordem instituída por meio do estabelecimento e da legitimação das distinções ou hierarquias.

Este efeito ideológico, que é produzido pela cultura dominante, ocorre dissimulando a função de divisão na função de comunicação: a cultura que une (intermediário de comunicação) é também a cultura que separa (instrumento de distinção) e que legitima as distinções compelindo todas as culturas a se definirem pela sua distância em relação à cultura dominante (BOURDIEU, 2009).

É enquanto instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e de conhecimento que os sistemas simbólicos, dentre eles a ciência, cumprem a sua função política de instrumentos de imposição e de legitimação da dominação. Assim, contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre outra, direcionando reforços da sua própria força às relações de força que as fundamentam. Desta maneira, como afirma Weber, contribui para a domesticação dos dominados (apud BOURDIEU, 2009).

As diferentes classes, regiões ou posições estão envolvidas numa luta simbólica. Os objetivos são impor a definição do mundo social, porém conforme os seus interesses e impor o campo das tomadas de posições ideológicas, reproduzindo o campo das posições sociais. As lutas são conduzidas ora nos conflitos simbólicos da vida cotidiana, ora por procuração realizada pelos especialistas da produção simbólica e na qual está em jogo o monopólio da violência legítima. Esta violência se define através do poder de impor e de inculcar instrumentos de conhecimento e de expressão arbitrários

(embora ignorados como tais, segundo Bourdieu), da realidade social (BOURDIEU, 2007; 2009).

Para Bourdieu, o campo de produção simbólica é um microcosmo da luta simbólica entre as posições ou classes. Ao servirem os seus interesses na luta interna do campo de produção é que os produtores servem os interesses dos grupos exteriores ao campo de produção. A classe dominante é o lugar de uma luta pela hierarquia dos princípios de hierarquização: as frações dominantes, cujo poder assenta no capital econômico, têm em vista impor a legitimidade da sua dominação quer por meio da própria produção simbólica, quer por intermédio dos ideólogos conservadores, os quais só verdadeiramente servem os interesses dos dominantes por acréscimo, ameaçando sempre desviar em seu proveito o poder de definição do mundo social que detêm por delegação. A fração dominada tende sempre a colocar o capital específico, a que ela deve a sua posição, no topo da hierarquia dos princípios de hierarquização (BOURDIEU, 2009).

À medida que os sistemas simbólicos (dentre eles a ciência e mais especificamente a ciência da obesidade) são produzidos, os mesmos são identificados por meio do corpo de especialistas e mais precisamente, por um campo de produção e de circulação relativamente autônomo. O poder simbólico reside nos sistemas simbólicos em forma de uma relação determinada entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos. Ou seja, o poder simbólico reside na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a crença. O que faz o poder das palavras e das palavras de ordem, poder de manter a ordem ou de subvertê-la; é a crença na legitimidade das palavras e daquele que as pronuncia. Crença cuja produção não é da competência das palavras. O poder simbólico como poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer crer e fazer ver, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo, a ação

sobre o mundo. Portanto, o mundo. Poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força física ou econômica, graças ao efeito específico de mobilização. Só se exerce se for *reconhecido*, quer dizer, ignorado pelo arbitrário (BOURDIEU, 2007; 2009).

No entanto, num estado do campo em que se vê o poder por toda parte, é necessário saber descobri-lo onde ele se deixa ver menos, onde ele é mais completamente ignorado, portanto, *reconhecido*: o poder simbólico é, com efeito, esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem (BOURDIEU, 2009).

Um dos conceitos mais importantes para Bourdieu, para o entendimento do campo, é a noção de autonomia.

Autonomia

[...] Se, como o macrocosmo, ele (o campo) é submetido a leis sociais, essas não são as mesmas. Se jamais escapa às imposições do macrocosmo, ele (o campo) dispõe, com relação a este, de uma autonomia parcial mais ou menos acentuada [...] (2004: 21)

Para tratar da noção de campo Bourdieu explora a problemática da autonomia (ORTIZ, 2003). A autonomia é certamente produto das relações sociais, da disputa entre atores sociais envolvidos na constituição de um campo.

O grau de autonomia de um campo tem relação com a natureza das pressões ou demandas externas. As maneiras de identificar os graus de autonomia de um campo se dão nas formas sob as quais as pressões ou demandas são exercidas (ordens, créditos, instruções, contratos, dentre outros) e as resistências são manifestadas. Identificar quais serão os mecanismos que um campo acionará para se libertar de imposições externas e

ter condições de reconhecer apenas suas determinações internas é identificar o grau de autonomia daquele campo (BOURDIEU, 2004). Desta maneira, para Bourdieu um dos principais indicadores de autonomia do campo é a capacidade do mesmo em se refratar. Refratar é a maneira que este campo consegue retraduzir, sob uma forma específica, as pressões ou demandas externas. Ou seja, quando as imposições externas forem transfiguradas a ponto de se tornarem irreconhecíveis.

Como essa refração se dá no campo da obesidade? Devemos considerar que, dentre as inúmeras transfigurações, o campo da obesidade tem se utilizado da racionalidade individual para se refratar ou se retraduzir. Para tanto, por exemplo, o indivíduo tem sido considerado um dos pontos de partida para as explicações que envolvem o aumento da obesidade. Os traços da concepção individualizante, que retorna associada à ideologia neoliberal predominante no processo de globalização, caracterizada por um ser social fragmentado, é utilizada como um dos argumentos para explicar o aumento da obesidade. Assim o responsável pela obesidade é o próprio obeso, que não consegue parar de comer e que é indolente. Este aspecto será desenvolvido com mais detalhes no Capítulo 5.

Espaço social, agentes e capital

A representação do mundo social para Bourdieu (2009) se dá através de uma analogia com a noção de um espaço específico, construído com base em princípios de distribuição ou de diferenciação. Esse espaço é constituído pelo conjunto de propriedades sociais, onde o detentor dessas propriedades também possui força ou poder.

Pensem no campo científico. Os agentes (indivíduos ou instituições) criam o espaço e o espaço somente existe pelos agentes e pelas relações objetivas entre os

agentes que aí se encontram. Monta-se uma estrutura: o que comanda as intervenções científicas, os lugares de publicação, os temas escolhidos, os objetos pelos quais nos interessamos, dentre outros. É a estrutura das relações objetivas entre os diferentes agentes que são os princípios do campo. Como exemplo, utiliza-se de analogia de Einstein, o físico. No campo científico, este físico deforma todo o espaço em torno de si, a ponto de que não há físico que não tenha sido tocado, perturbado, marginalizado pela intervenção de Einstein. E assim, a posição que determinado agente ocupa nessa estrutura é que determina a tomada de decisão dentro do campo (BOURDIEU, 2004).

Os agentes e grupos de agentes são definidos pelas suas posições relativas no espaço social. Cada agente está ornado em uma região, posição ou classe específica dentro desse espaço. Na medida em que as propriedades, que constroem esse espaço, são propriedades atuantes, o mesmo pode ser descrito, segundo Bourdieu (1996), como campo de forças; como um conjunto de relações de forças objetivas, impostas a todos os que entram nesse campo. Dito de outra maneira, num dado momento do tempo os pesquisadores ou as pesquisas dominantes definem o que é o conjunto dos objetos importantes ou o conjunto das questões que importam para os pesquisadores, sobre os quais eles vão concentrar os seus esforços e, conseqüentemente, compensá-los. Os agentes fazem os fatos científicos e até o campo científico a partir de uma posição nesse campo e que irá contribuir para definir suas possibilidades e suas impossibilidades.

Cada campo é o lugar de constituição de uma forma específica de capital e o que define a estrutura de um campo num dado momento é a estrutura da distribuição do capital entre os diferentes agentes engajados nesse campo. O capital pode existir em forma de propriedades materiais ou como capital cultural, incorporado ou ainda juridicamente garantido. Pode existir ainda em forma correspondente aos tipos e quantidades de relações estabelecidas no interior de uma sociedade ou pelos signos e

símbolos que situam o agente no interior de um campo. O capital representa um poder sobre um campo em um dado momento e, mais precisamente, sobre o produto acumulado do trabalho exercido. Consequentemente representa um poder sobre os mecanismos que contribuem para assegurar a produção de uma categoria de bens e, deste modo, sobre o conjunto de ganhos e rendimentos (BOURDIEU, 2009).

O capital científico é uma espécie particular de capital simbólico. É sempre fundado sobre atos de conhecimento e reconhecimento ou no crédito atribuído pelo conjunto de pares-concorrentes no interior do campo científico. O capital de Einstein, por exemplo, repousa sobre o reconhecimento de uma competência que, para além dos efeitos que ela produz, proporciona autoridade e contribui para definir não apenas as regras do jogo, mas também suas regularidades, as leis que fazem que seja ou não importante escrever sobre tal tema, que é inovador ou ultrapassado, o que faz ser mais compensador publicar, por exemplo, no *Jornal Internacional de Obesidade e Distúrbios Metabólicos Relacionados* (*International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*) do que em outro jornal científico (BOURDIEU, 2004).

Desta maneira, um campo não se orienta totalmente ao acaso. Nem tudo nele é igualmente possível e impossível em cada momento. Há estruturas objetivas e, além disso, há lutas em torno dessas estruturas. Os agentes não são partículas passivamente conduzidas pelas forças do campo. Eles têm disposições adquiridas, que Bourdieu considera como *habitus* (BOURDIEU, 1996).

Para Bourdieu *habitus* é a mediação entre o homem e a história. O *habitus* científico é um *modus operandi* científico que funciona segundo as normas da ciência, em estado prático, sem ter estas normas na sua origem. É esta espécie de sentido do jogo científico, que faz com que se faça o que é preciso fazer no devido momento, sem ter havido necessidade de tematizar o que havia que fazer; é a regra que permite gerar a

conduta adequada (2009). É a disposição adquirida; a maneira de ser permanente, durável que pode, em particular, levar alguns agentes a resistir, a opor-se às forças do campo (BOURDIEU, 2004).

Aqueles que por sua vez adquirem, longe do campo em que se inscrevem, as disposições que não são aquelas que esse campo exige, arriscam-se, por exemplo, a estar sempre mal colocados, defasados, na contramão e na hora errada, com todas as conseqüências que se possa imaginar. Contudo, segundo Bourdieu, esses agentes podem resistir contra as forças atuantes do campo, lutar e, em vez de submeter suas disposições às estruturas, tentar modificar as estruturas em razão de suas disposições (BOURDIEU, 2004).

Qualquer que seja o campo, ele é objeto de luta tanto em sua representação quanto em sua realidade. Para Bourdieu (2004) a diferença entre um campo e um jogo é que o campo é um jogo no qual as regras estão elas próprias postas em jogo. Os agentes sociais estão inseridos na estrutura e em posições que dependem do seu capital e desenvolvem estratégias que dependem, elas próprias, em grande parte, dessas posições, nos limites de suas disposições. Essas estratégias orientam-se, seja para a conservação da estrutura seja para a sua transformação. E, pode-se genericamente verificar que, quanto mais as pessoas ocupam uma posição favorecida na estrutura mais elas tendem a conservar ao mesmo tempo a estrutura e suas posições. Porém, nos limites de suas disposições, isto é, de sua trajetória social que são mais ou menos apropriadas a sua posição.

Desta maneira, pode-se descrever o campo social como um espaço multidimensional de posições tal que qualquer posição atual pode ser definida em função de um sistema multidimensional de coordenadas cujos valores correspondem aos valores de diferentes variáveis pertinentes: os agentes se distribuem assim nele, na

primeira dimensão, segundo o volume global de capital que possuem e, na segunda dimensão segundo a composição do seu capital – quer dizer, segundo o peso relativo das diferentes espécies no conjunto de suas posses (BOURDIEU, 2004).

A forma de que se reveste, em cada momento e em cada campo social, o conjunto das distribuições das diferentes espécies de capital (incorporado ou materializado), como instrumentos de apropriação do produto objetivado do trabalho social acumulado, define o estado das relações de força – institucionalizadas em estatutos sociais duradouros, socialmente reconhecidos ou juridicamente garantidos –, entre agentes objetivamente definidos pela sua posição nestas relações. Esta posição determina os poderes atuais ou potenciais nos diferentes campos e as probabilidades de acesso aos ganhos específicos que eles ocasionam (BOURDIEU, 2004).

Assim, é que todo campo, dentre eles o campo da obesidade, é um campo de forças e um campo de lutas para manter ou transformar esse campo de forças. Nesta perspectiva, o campo da obesidade seria como um campo físico, comportando as relações de forças e de dominação no que diz respeito à obesidade.

O campo é este território. Lugar hierarquizado, estruturado segundo uma determinada lógica de interesses, nele se agrupa, interage, se complementa e entra em conflito um grupo específico de atores: os cientistas, os políticos, os pacientes e suas representações, as diversas indústrias. É no campo que se configura o espaço de criação dos conceitos, idéias e símbolos. Com este aparato teórico, é interessante desenvolver a análise da produção científica sobre a obesidade. Essa produção, marcada por posições conflituosas e interesses econômicos, possui impacto direto, por exemplo, em ações de decisões nas políticas governamentais acerca desse agravo. Assim, daremos continuidade a esta análise dentro da construção dos modelos de medicalização e não-medicalização da obesidade.

4.2. A medicalização da obesidade

Desde a década de 1980, alguns autores têm chamado a atenção para o processo da medicalização da obesidade (REISSMAN, 1983; CONRAD, 1992; CONRAD e SCHNEIDER, 1992; MAURER e SOBAL, 1995; 1999a; 1999b; MACKENBACK, 2009), declarando que o tema ainda não tem sido explorado em profundidade.

Como apresentado no Capítulo 3, os clamores que afirmavam que a obesidade não era condição saudável haviam sido construído ao longo dos séculos. No entanto, a obesidade não era ainda considerada como um problema social por grande parcela da sociedade. A medicalização da obesidade, segundo Levenstein (1993), ganha forma, força e notoriedade com a paulatina idéia de que a obesidade, sendo uma condição não saudável, seria melhor tratada através das intervenções médicas.

A medicalização é um processo pelo qual problemas que não são considerados de saúde ou de responsabilidade médica passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, na condição de distúrbios ou de doenças (CONRAD, 1992; CONRAD e SCHNEIDER, 1992). Para Conrad, a medicalização da obesidade ocorreu por agentes médicos, paramédicos e aliados que utilizaram de poder, persuasão e de frequentes argumentos frisando a necessidade em exercer algum controle social sobre a obesidade contemporânea. Assim para Sobal e Maurer (1995; 1999b; 1999a), as reivindicações de apoio à medicalização ocorreram de muitas formas: com nomeações, com a definição da obesidade como doença, com atividades organizacionais e aplicações dos tratamentos médicos e também através de diferentes fóruns de decisões: revistas especializadas, relatórios oficiais, formação de organizações de especialidade médica, desenvolvimento de clínicas ou serviços especializados, organização de audiências e conferências e declarações nas diversas mídias de massa.

Dentre os diversos eventos a favor da medicalização, a popularização do termo obesidade foi um aspecto de significativa importância. Conrad e Schneider (1992; 1992) consideram que modificar o nome de uma condição é parte imprescindível para o processo de medicalização, uma vez que auxilia na modificação do significado negativo, até então construído socialmente, para um com melhor prestígio. Assim, no caso da obesidade, a mudança e transformação para novos termos implicavam principalmente em mudanças de valores e significados adquiridos ao longo do tempo (MAURER e SOBAL, 1995; 1999b; 1999a).

A emergência e o uso de novos termos operaram para redefinir a condição e a forma de como a obesidade deveria passar a ser tratada. Termos utilizados até então para definir a presença de excesso de gordura corporal tendiam à depreciação do obeso: gordo, corpulento, barrigudo, porco e muitos outros. Em contrapartida, o termo médico para retratar a obesidade como doença deveria ter um valor cientificamente neutro e sonoro: obesidade, acúmulo de gordura corporal, adiposidade, sobrepeso ou excesso de peso, assim como havia sido utilizado o termo polisarcia, deixado de ser empregado com o tempo (BRAY, 1990; MAURER e SOBAL, 1995; 1999a; 1999b). Segundo Conrad e Schneider (1992; 1992), a crescente aceitação do uso do termo obesidade evocou o prestígio necessário deste agravo para a área biomédica.

Desde 1900, o guia de literatura periódica médica internacional inclui ambos os termos: (i) o termo médico obesidade e (ii) o termo moral corpulência, ambos considerados como os dois principais títulos nas listas de artigos que abordam temas envolvendo a gordura corporal. Antes de 1976/1977, o principal termo no guia de indexação era corpulência. Havia uma orientação para que o termo obesidade fosse seguido da nota de rodapé constando “ver corpulência”. Após 1977, o termo obesidade passou a ser considerado o principal termo de indexação. Esta mudança nos trabalhos

publicados é considerada um importante indicador de medicalização da obesidade (CONRAD, 1992)

Outros termos considerados próximos à obesidade também foram modificados. Níveis elevados de consumo alimentar, antes reconhecidos como gula ou ingestão excessiva de alimentos foram substituídos por polifagia. Nível baixo de atividade física, anteriormente reconhecido como indolência, preguiça, vagabundagem, divertimento, vadiagem, anteriormente associados ao temperamento fleumático, foi reformulado para síndrome da fadiga crônica, letargia e indiferença. Uma abordagem distanciada da culpa pessoal e mais cientificamente neutra foi preferida para esta nova etapa da obesidade – na condição de doença (MAURER e SOBAL, 1995; 1999a; 1999b).

Para Conrad e Schneider (1992; 1992), existem níveis de poder na medicalização, ou grau de medicalização. O grau de medicalização está relacionado à extensão da categoria médica envolvida. Ou seja, a expansão das categorias as torna mais abrangentes, em particular para apoiar reivindicações importantes na etapa de medicalização. Desta maneira, a literatura científica médica ampliou a terminologia sobre a obesidade para incluir outros distúrbios, como os distúrbios de peso corporal, distúrbios alimentares e distúrbios metabólicos. Por exemplo, o nome do *Jornal Internacional de Obesidade*, publicado pela *Nature* foi modificado para adicionar o subtítulo “e desordens metabólicas relacionadas” (STOCK, 1992). Essas expansões têm o propósito de envolver amplos grupos de profissionais médicos e biomédicos, reivindicando em nome de mais pacientes acometidos, tornando a medicalização ainda mais intensa e ampla (MAURER e SOBAL, 1995; 1999a; 1999b).

Para se concretizar a medicalização da obesidade, este agravo teria que ser nomeado e reconhecido oficialmente como uma doença. Assim, os frequentes e

simultâneos avanços na ciência da obesidade, pelas diversas áreas biomédicas, têm corroborado para a definição da obesidade como doença. Desta maneira, a legitimidade no tratamento e acompanhamento da obesidade pela equipe biomédica conduziu o problema da obesidade para fora da esfera moral e a posicionou na esfera biomédica. Diversos simpósios e reuniões ocorreram na tentativa de uma definição. Dentre eles a já descrita reunião de especialistas a pedido da Sociedade de Obesidade, em 2008, reivindicando decidir uma posição para considerar a obesidade como *doença* ou como uma *condição*. As diversas áreas dentro da comunidade médica têm negociado, desde então, uma designação para a doença obesidade, a qual tem sido listada na Classificação Internacional de Doenças (ICD-9-CM, 2010). A decisão proporcionou uma sanção oficial de status de doença da obesidade. Além disso, com o uso do termo “fator de risco”, desenvolvido e divulgado a partir da década de 1970, a constatação e divulgação da obesidade, como um fator de risco para diversas outras doenças de grande magnitude, também contribuiu para a difusão da medicalização da obesidade (MAURER e SOBAL, 1995; 1999a; 1999b).

Definir pontos de corte para iniciar o tratamento da obesidade tem implicado em grandes discussões e pontos de controversa. A primeira norma divulgada é proveniente dos Estados Unidos, através das Tabelas da Companhia de Seguro de Vida Metropolitana para Peso Corporal Ideal (*Metropolitan Life Insurance Company Tables of Ideal Body Weights*) publicadas pela primeira vez em 1959. A companhia de seguros revisou o peso corporal aceitável até 1983 e novamente em 1990, quando transferiu a responsabilidade para a tabela proveniente do Departamento de Agricultura daquele país. Os poucos debates sobre a definição do melhor método, bem como questionamentos a respeito da inapropriação do uso do Índice de Massa Corporal (IMC) como forma de diagnóstico e principalmente a necessidade de definição de uma faixa

para o peso considerado ideal tem mantido o tema ainda sob questionamento (CAMPOS, 2004; ANJOS, 2006; GILMAN, 2008). Esse tema tem gerado discussões importantes e relevantes na arena da obesidade.

Segundo Conrad e Schneider (1992; 1992), o processo de medicalização ocorre lentamente e nas entrelinhas e envolve um pequeno grupo de indivíduos, usualmente por meio de organizações de especialistas na área médica. Estas organizações trabalham para convencer outros profissionais e o público assistido de que a obesidade será mais bem tratada como doença, ao invés de uma questão de ordem moral ou política. As reivindicações consistem principalmente em promover os benefícios do ideário do corpo emagrecido e enfatizar a habilidade no tratamento da obesidade, com o foco principal na saúde (MAURER e SOBAL, 1995; 1999a; 1999b).

Como exemplo, Conrad e Schneider (1992) citam a formação da Sociedade Americana de Medicina Bariátrica, fundada desde 1949. A Associação para o Estudo da Obesidade (1966) tem afiliações por todo o mundo (HOWARD, 1992). Para tornar público todos os créditos sobre a obesidade e alcançar um número cada vez maior da comunidade médica, o grupo começa a publicar informações científicas em jornais sobre a obesidade, incluindo Medicina Bariátrica (*Bariatric Medicine*), Jornal Internacional de Obesidade (*International Journal of Obesity*), Pesquisa em Obesidade (*Obesity Research*) e Obesidade e Metabolismo (*Obesity and Metabolism*). São realizadas conferências com profissionais e também são abertos institutos para formação de profissionais, cujo objetivo consistia em manter a comunicação entre os grupos, atrair novos afiliados, socializar e divulgar as descobertas sobre a obesidade por meio de declarações públicas à mídia de massa (MAURER e SOBAL, 1995; 1999a; 1999b). Segundo Howard (1992), tais eventos profissionais, como o primeiro Congresso Internacional de Obesidade, em 1974, chamou a atenção para a obesidade como um

problema social e incentivou a aplicação de modelos médicos para lidar com a obesidade.

Para existir, a ciência da obesidade necessita das idéias e das instituições que lhe dão um suporte efetivo – as universidades, os institutos de pesquisa, as diversas indústrias envolvidas. Daí o interesse em estudar a organização e o funcionamento dessas instituições, mediante a produção de *papers*, a participação de congressos, as instâncias de legitimação, a ritualização das citações, a conformação das pesquisas, hierarquia acadêmica e as instituições que financiam as pesquisas (BOURDIEU, 2004). Dentro dessa perspectiva, a elaboração teórica se insere em fronteiras administradas pelas regras existentes no campo científico.

Na comemoração do vigésimo aniversário do Centro de Pesquisa Biomédico de Pennington, Louisiana, Estados Unidos, em 2008, uma conferência mundial foi realizada com alguns dos pesquisadores mais conhecidos sobre a obesidade. O conteúdo dessa conferência foi publicado na revista *Nature* (BOUCHARD, 2008). O objetivo do encontro foi o de fornecer uma apresentação dos eventos-chave e as etapas que levaram a grandes descobertas ou avanços da ciência da obesidade e verificar as novas direções de pesquisa no campo. Nas últimas décadas, um total de cinquenta grandes avanços foram considerados pela comissão como importantes para a área da obesidade. Dos cinquenta avanços, apenas dez zonas ou subcampos foram identificados pela comissão durante a conferência. Os mesmos estão apresentados na Figura 6.

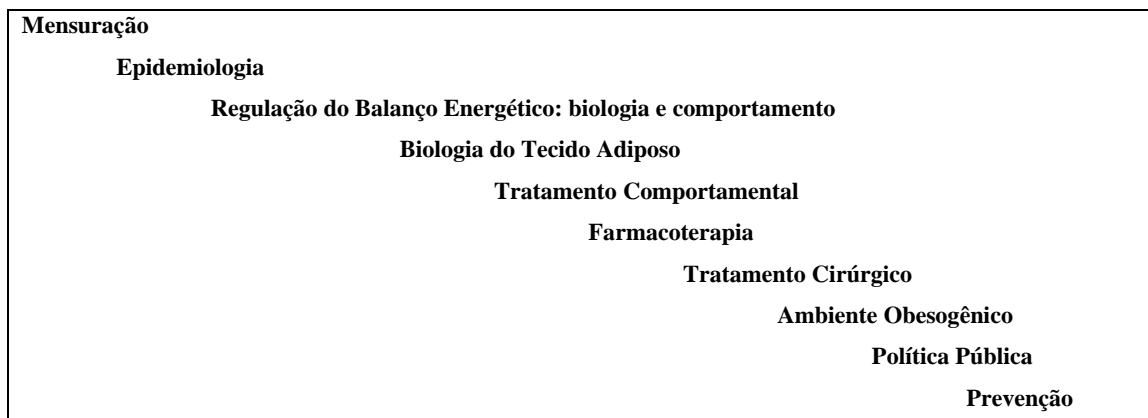


Figura 6 – Zonas visadas pelos organizadores da conferência na seleção das dez mais importantes descobertas ou avanços na área da obesidade.

Fonte: (BOUCHARD, 2008).

Para Bouchard (2008), uma das mais importantes fontes de informação para a avaliação dos progressos obtidos na pesquisa da obesidade é a série de trabalhos completos apresentados no Congresso Internacional de Obesidade (CIO). O primeiro CIO foi realizado em 1974, em Londres. Consta no relatório do congresso a presença de seis trabalhos completos, além de muitos resumos estendidos. O nono CIO, realizado em São Paulo, em 2002, descreve a presença de 218 artigos completos. Para Bouchard (2008), não apenas houve expansão no volume de pesquisa, como também o alcance e profundidade da ciência da obesidade têm crescido enormemente. No entanto, apesar de todos os progressos realizados durante as três décadas abrangidas por estas reuniões internacionais e publicações relacionadas, os estudiosos consideraram que muitas das questões que foram ponderadas na década de 1960 e 1970, ainda não estão totalmente resolvidas atualmente.

Outra linha de evidência para o crescimento da pesquisa da obesidade, considerada por Bouchard (2008), é quantificar o número de publicação por áreas

específicas. Pode-se observar através da Tabela 1 que, nas últimas seis décadas houve significativo aumento do número de publicações, demonstrando crescente atenção na literatura científica pela área biomédica da obesidade.

Tabela 1 – Números de publicações por tópicos relacionados com a obesidade por década.

Tópicos	1900-1960	1961-1970	1971-1980	1981-1990	1991-2000	2001-2008	Total
Obesidade	1.913	5.418	10.671	15.734	23.491	53.250	110.477
Índice de Massa Corporal (IMC)	1	1	121	2.639	21.449	46.155	70.366
Tecido Adiposo	504	4.839	9.216	12.136	15.445	19.664	61.804
Tecido Adiposo Marron	37	396	722	1.780	1.908	1.536	6.379
Gordura Visceral	2	8	31	153	954	2.555	3.703
Leptina	0	0	0	0	3.534	10.719	14.253
Adiponectina	0	0	0	0	24	4.051	4.075
Grelina	0	0	0	0	56	2.902	2.958
Tratamento da Obesidade	637	1.825	5.060	6.401	11.827	27.630	53.380
Cirurgia Bariátrica	21	187	1.142	1.810	2.901	7.189	13.250
Prevenção da Obesidade	21	167	757	1.003	3.013	9.877	14.838

Fonte: BOUCHARD, 2008.

As organizações médicas alcançam maior legitimidade e autoridade através de ligações com órgãos oficiais dos governos internacionais e nacionais. A Organização Mundial da Saúde, autoridade médica mundial, oferece conferências e consensos sobre questões relacionadas à saúde. Audiências, depoimentos de especialistas, publicação oficial, publicações na mídia de massa são maneiras de tornar público todos os créditos sobre a obesidade. De 3 a 5 de junho de 1997, um conselho com mais de cem especialistas sobre obesidade se reuniram em Genebra, cujo propósito foi o de revisar informações epidemiológicas sobre obesidade, desenvolver recomendações para a implementação de políticas de saúde pública e programas para melhorar a prevenção e o

controle da obesidade, bem como identificar as questões que necessitam de mais pesquisas. Como produto dessa reunião foi publicado um livro em 2000, em inglês (*Obesity: preventing and managing the global epidemic*). No Brasil o lançamento ocorreu no ano de 2004, com o título *Obesidade prevenindo e controlando a epidemia global*. E assim, o suporte oficial para a medicalização da obesidade foi alcançado (JAMES, 2008).

Da mesma maneira o Instituto Nacional de Saúde (NIH), nos Estados Unidos, considerado a principal autoridade de investigação médica, realiza conferências e consensos sobre questões consideradas importantes de serem debatidas sobre a saúde da população americana. O NIH considerou a obesidade um tema relevante em 1985 e montou um simpósio onde os especialistas afirmaram ao final que “nos últimos anos, a obesidade se tornou um problema de saúde pública de importância nos Estados Unidos” (BURTON e FOSTER, 1985; NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 1985). Conferências similares ocorreram em outros países, aumentando o suporte oficial necessário à medicalização da obesidade (KOPELMAN, FINER et al., 1994).

Aplicação de tratamentos médicos para a obesidade

O desenvolvimento do conhecimento biomédico tem ocorrido de forma rápida, em particular após as duas guerras mundiais. A área biomédica, em cada descoberta científica, tem o propósito de desenvolver e adaptar os tratamentos recém descobertos a um público cada vez mais amplo. Como indivíduos obesos procuraram tratamento médico para o seu agravo e, paralelamente, como ocorreu uma divisão do trabalho dos profissionais de saúde na formação da especialidade, muitos dos atuais procedimentos médicos foram diversificados e aplicados para o tratamento da obesidade (MAURER e SOBAL, 1995; 1999a; 1999b).

Segundo Conrad e Schneider (1992; 1992), a tecnologia desempenhou um papel muito mais importante na medicalização da obesidade do que na medicalização de outros problemas sociais, tais como o alcoolismo ou com as drogas ilícitas. A cirurgia médica e o uso de medicamentos são exemplos de formas de tecnologia médica provenientes de intervenções mecânicas e químicas atuantes na obesidade. Reissman (1983) refere que houve uma crescente formação de cirurgiões devido a demanda por esse serviços, ao aplicar conhecimentos e técnicas no tratamento da obesidade. Uma forma primitiva de controle alimentar descrita na literatura é a amarração com fio da mandíbula, exigindo dos pacientes o consumo de alimentos liquefeitos. Este procedimento gera perdas significativas de massa corporal, destinando aos médicos cirurgiões o controle da técnica. Esse procedimento chamou a atenção da população como uma possível técnica para alcançar a perda de massa corporal. No entanto, com o tempo, foi verificado que os pacientes retornavam ao peso corporal de origem, sendo pouco utilizada (STUNKARD, 1980; MAURER e SOBAL, 1995; 1999a; 1999b).

A falta de êxito no procedimento com a mandíbula conduziu os cirurgiões a buscarem outros procedimentos médicos mais efetivos no controle da obesidade. Existem relatos antigos na literatura médica de procedimentos cirúrgicos permanentes envolvendo o trato gastrointestinal. Eram procedimentos que usavam também a técnica da costura, porém de parte do tubo digestivo. Esse procedimento permitia ao paciente alimentar-se, manter a digestão e evitar o acúmulo de gordura corporal. A nova técnica, conhecida como *bypass* intestinal foi desenvolvida em 1954, por Kremen e colaboradores com progressivo desenvolvimento para a técnica de *bypass* jejuno-íleo, em 1969, por Payne e DeWind (1969). A técnica consistia em promover um desvio intestinal, evitando a absorção de nutrientes. Segundo Sobal e Maurer (1995; 1999a; 1999b), esta técnica envolveu a elite da especialidade médica em um dramático

tratamento de comportamentos desviantes que poderiam ser reivindicados como uma solução médica. Entretanto, com os anos a técnica demonstrou apresentar efeitos colaterais como diarreia, desnutrição, insuficiência renal, artrite e doença hepática (BRAY, 1980). Em 1970, o tratamento cirúrgico da obesidade ganha notoriedade, com relatórios publicados em mais de dez mil casos notificados em 1980 (JOFFE, 1981). No entanto, a técnica perdeu visibilidade uma vez que os efeitos secundários receberam atenção e publicidade associada ao procedimento. Os resultados foram publicados em revistas médicas de prestígio, gerando declínio e diminuição no procedimento (JOFFE, 1982).

O *bypass* na região gástrica, desenvolvida por Mason e Ito em 1967, foi utilizada como solução cirúrgica (BRAY, 1980). A técnica consistia em reduzir o estômago para limitar a quantidade de comida ingerida, também apresentando complicações pós-procedimento (BUCKWALTER, 1980). Segundo Reissman (1983), a comunidade médica tem desenvolvido poucos procedimentos cirúrgicos para medicalizar outras formas de desvio, com exceção da lobotomia para a doença mental. Porém, segundo Sobal e Maurer (1995; 1999b; 1999a), novas técnicas têm sido desenvolvidas e apresentadas a população como possibilidades de tratamento para a obesidade.

Cirurgiões europeus desenvolveram a técnica cirúrgica da lipoaspiração por sucção, visando remover a gordura corporal armazenada em regiões específicas do corpo humano. Tornou-se muito reconhecida no mundo e especialmente no Brasil desde 1980 (GLOBO NOTÍCIAS, 2008). Para Sobal e colaboradores (1992), tais tratamentos cosméticos e cirúrgicos são moralmente ambíguos. Como outras formas de cirurgia plástica, a lipoaspiração utiliza tecnologia médica, mas lida mais com a aparência física do que com o agravo e não coloca um rótulo de doença no paciente.

Outra forma de intervenção tecnológica aplicada para exercer o controle social médico sobre a obesidade, segundo Conrad (1992), tem sido a intervenção medicamentosa. Drogas têm sido também utilizadas na medicalização para outras formas de desvios, tais como doença mental e hiperatividade. A revolução farmacêutica na área médica propiciou um caminho para a aplicação de drogas no tratamento da obesidade. Desta maneira, conforme Conrad e Schneider (1992; 1992), o desenvolvimento de soluções farmacêuticas para a obesidade ampliou a aplicabilidade dos tratamentos médicos mais amplamente do que o controle disponível através da cirurgia. O tratamento medicamentoso para a obesidade abriu a medicalização para um grande público através da expansão da população de pacientes elegíveis para as pessoas que estavam apenas com sobrepeso, bem como com obesidade grave. Diversos tipos de drogas foram desenvolvidas para o controle da obesidade: que aumentam o gasto metabólico, que promovem o controle do apetite ou alteram a percepção do sabor dos alimentos, que atuam como laxantes e diuréticos, dentre outras. Munidos de autoridade e aparatos jurídicos, os médicos se tornaram guardiões do tratamento medicamentoso da obesidade utilizando a prescrição de drogas. Desta maneira, a medicalização foi ainda mais ampliada para o controle da obesidade (MAURER e SOBAL, 1995; 1999b; 1999a).

A autoridade médica também se estendeu para a esfera comportamental. Esta tendência ficou evidente na medicalização da obesidade com a aplicação de tratamentos psiquiátricos e psicológicos no controle de massa corporal e comportamentos alimentares. Bruch (1973) foi pioneira nos estudos de personalidade e tratamento de problemas envolvendo obesos. Utilizou de psicoterapia para tratar a obesidade e publicou os casos bem sucedidos. Desta maneira, juntamente com outros médicos e equipe de saúde, a psiquiatria e a psicologia abriram novos caminhos para o tratamento

da obesidade. Os obesos foram encorajados a procurar esse novo tratamento, porém como um problema médico, ao invés de um problema moral (BRAY, 1978; MAURER e SOBAL, 1995; 1999b; 1999a).

Dentre os diversos fenômenos, o impulso de comer compulsivamente contribuiu para a medicalização da obesidade, deslocando o controle da alimentação de um estado consciente para um estado inconsciente, ou seja, de bom ou ruim para sadios ou doentes (STUNKARD, 1997; POULAIN, 2006). O comer compulsivo foi identificado como sendo uma síndrome denominada de Transtorno da Compulsão Alimentar (STUNKARD, 1980). Schacter (apud MAURER e SOBAL, 1995) sugeriu dois estilos de personalidades: uma interna, destinada as pessoas que comiam somente quando estavam com fome, e outra chamada de externa, cujos indivíduos ingeriam sempre que visualizavam algum tipo de comida. Assim, os antigos glutões descritos na era pré-científica, tornaram-se comedores compulsivos e os comedores noturnos foram diagnosticados como tendo a síndrome do comer noturno (STUNKARD, 1980; MAURER e SOBAL, 1995; 1999b).

A terapia comportamental forneceu nova aplicação de perspectivas de tratamentos psicológicos para a obesidade. A tradição comportamental na psicologia tem conduzido ao desenvolvimento do processo terapêutico de modificação comportamental. A modificação do comportamento é aplicada a muitas outras formas consideradas de desvio na sociedade, tais como as doenças mentais e o alcoolismo. Essa técnica foi empregada para alterar os hábitos alimentares supervisionados por psicólogos e nutricionistas, e isto se tornou um dos principais tratamentos da obesidade utilizado pelo modelo biomédico (STUNKARD, 1980). Desta maneira, para Sobal e Maurer (1995; 1999a; 1999b), a modificação comportamental tem medicalizado o ato de comer, tornando qualquer pessoa na condição de paciente sempre que a mesma

estiver envolvida com os alimentos. Assim, a medicalização da obesidade cria um monopólio para a fonte de tratamento da obesidade, através da expansão das já existentes teorias e mais os procedimentos psiquiátricos e psicológicos (ARNAIZ, 2010).

A medicalização da dieta

Atualmente, conjuntamente com a atividade física, mudanças na alimentação são consideradas um dos primeiros passos para lidar com a obesidade. Como pudemos verificar no Capítulo 3, a prática da dieta hipocalórica na promoção da perda de massa corporal tem sido institucionalizada em muitas sociedades. As dietas, a princípio, eram baseadas na restrição da quantidade de alimentos ingeridos. Mais tarde, as indústrias alimentícias e farmacêuticas desenvolveram produtos especializados na promoção do emagrecimento, sob supervisão médica e nutricional. A maioria deles com certificados científicos (SCHWARTZ, 1986; SEID, 1989; MAURER e SOBAL, 1995; 1999a; 1999b; SHILS, OLSON et al., 2003).

Estes medicamentos, logo se tornaram amplamente aceitos e utilizados pela população. Produtos para perda de massa corporal e alimentos constituídos especialmente para promover a perda de peso apoiaram o modelo de medicalização da obesidade, embora sejam auto-prescritos e utilizados sem supervisão médica e paramédica (GERMOV e WILLIAMS, 1996). Enquanto as pessoas que consomem os produtos para dieta podem não estar sob o controle direto da equipe médica, esses indivíduos passam a pertencer a uma categoria considerada, por Kirscht e Twaddle (1981), como paciente com a doença e alcançam uma perda de peso utilizando um modelo de abordagem biomédica (MAURER e SOBAL, 1995; 1999b).

Livros e revistas sobre dietas, escritos ou não por profissional da área médica, prorrogam a autoridade sobre o controle de peso para um público maior do que poderia ser feito através de visitas pessoais em consultórios. As principais tendências na área dietoterápica têm sido na direção à medicalização, iniciando pela medicalização da alimentação, passando pelo desenvolvimento de alimentos especialmente formulados, incluindo a supervisão biomédica ou a prescrição do que é ingerido (MAURER e SOBAL, 1995; 1999b; ARNAIZ, 2007; CHRYSOCHOU, ASKEGAARDB et al., 2010).

Organizações envolvidas com a perda de massa corporal

Organizações, cujo foco de trabalho é dietas, explodiram em popularidade a partir da década de 1960. Essas organizações são consideradas empresas bem sucedidas, situando-se em mais de 30 países (Berg, 1992) e a maior delas é conhecida por Vigilantes do Peso (*Weight Watchers*)¹⁵. Esta organização foi fundada nos Estados Unidos, em 1963 por Jean Nidetch (1972), uma dona de casa americana. Há 34 anos, com mais de 380 reuniões semanais em 12 estados, o Vigilantes do Peso desenvolve e oferece no Brasil o programa e a tecnologia da *Weight Watchers*, visando a perda de massa corporal (VIGILANTES DO PESO, 2010). Outros modelos surgiram nos anos seguintes. Apesar de seguir o modelo biomédico no tratamento da obesidade, muitas organizações foram criadas por grupos não vinculados à saúde e algumas não são reconhecidas pelas sociedades científicas (SOBAL, 1999b).

A medicalização da dieta ocorreu com a entrada da pesquisa médico-científica no que havia se tornado uma indústria de promoção de perda de massa

¹⁵ Segundo informações disponibilizadas pela empresa, o Vigilantes do Peso faz parte de uma organização mundial que participa ativamente do fórum científico global de disciplinas relacionadas ao controle do peso, como cardiologia e psicologia, assimilando as pesquisas e as transformando em uma realidade prática (VIGILANTES DO PESO, 2010).

corporal. Segundo Conrad e Schneider (1992; 1992), a medicalização está diretamente relacionada à lucratividade, e não apenas às pessoas na comunidade médica, mas outros grupos financeiros perceberam rapidamente um importante lucro potencial nas áreas organizadas visando a perda de massa corporal. Dessa maneira para Sobal e Maurer (1995; 1999a; 1999b), as comunidades médicas desafiam as organizações envolvidas com a perda de peso que se afastavam dos modelos médicos aceitos, cooptam os que são bem sucedidos e recebem de bom grado organizações que buscam prestígio e apoio médico.

Muitas dietas são prescritas por essas organizações, algumas por membros da equipe de saúde, outras não. A modalidade dominante tem sido realizada através do controle de calorias, um conceito básico nutricional. Algumas restrições alimentares têm sido de muito baixa caloria ou prevalecendo um nutriente em detrimento de outros, ocorrendo sob supervisão médica e paramédica (WEIGHT WATCHERS INTERNATIONAL, 1997).

Outras organizações, visando também a perda de massa corporal aplicam, no entanto, técnicas morais ao invés de aplicar as técnicas biomédicas. Um exemplo são os Comedores Compulsivos Anônimos (*Overaters Anonymous*). O grupo surgiu nos Estados Unidos, a partir do sucesso dos Alcoólicos Anônimos, enfatizando uma perspectiva espiritual dentro de uma moralidade baseada em um plano de doze etapas para lidar com a obesidade e vislumbrando a obesidade como culpa ou pecado, com confissões de consumo excessivos nas reuniões regulares (MAURER e SOBAL, 1995; SOBAL, 1999b; GILMAN, 2010). Outros grupos, cuja meta é a perda de peso, também incluem componentes com abordagem moral. Ora utilizam o estigma da obesidade como uma ferramenta para a mudança (SOBAL, 1999b), ora enfatizam apoio social ao

invés de procedimentos biomédicos na promoção da cura da obesidade (ALLON, 1975; MAURER e SOBAL, 1995).

Interesses particulares e empresariais envolvidos na medicalização

Grupos e indivíduos que defendem a medicalização, mas se encontram fora da comunidade médica, muitas vezes têm interesses pessoais e institucionais em retratar a obesidade como um problema social e aplicar o modelo médico da obesidade. Alguns interesses operam, segundo Conrad e Schneider (1992; 1992), como empresários morais para servir as suas próprias agendas. Assim, uma variedade de grupos envolvidos na tomada de créditos sobre os atributos negativos a respeito da obesidade tem surgido; cada um visando alcançar vantagens ao fazê-lo (REISSMAN, 1983; MAURER e SOBAL, 1995).

O setor de saúde se encontra no centro da medicalização, apresentando a obesidade como um problema de saúde e disponibilizando terapias específicas para o tratamento. A indústria farmacêutica promove a magreza como ideário de beleza e saúde em sua publicidade, sem deixar de incentivar as pessoas a se tornarem magras ao usar medicamentos. A indústria de atividade física emergiu como uma voz importante na promoção da magreza e da saúde, oferecendo seus serviços e equipamentos como ferramenta para prevenir e tratar a obesidade em academias, *spas* e atividades recreativas, bem como com produtos específicos. As indústrias de alimentos e de serviços em alimentação fazem afirmações sobre o valor da saúde e da magreza, e oferecem várias linhas de produtos de alimentos, usualmente caros, para promover a perda de massa corporal, destacando-se como um segmento com uma elevada margem de lucro no mercado global de alimentos. A indústria do vestuário tradicionalmente promove o emagrecimento através de um modelo estético, mas partes do setor também

aderiram ao modelo médico para promover as vendas de vestuário *fitness*. A indústria da moda e beleza enfatiza a magreza e oferece produtos para ajudar tanto homens como mulheres a alcançar os ideais de corpos esguios atuais, dentre outros (MAURER e SOBAL, 1995; 1999a; 1999b; ACS e LYLES, 2007; INGLIS, GIMLIN et al., 2008).

A indústria de seguros tem cuidadosamente conduzido suas afirmações sobre a obesidade como um problema biomédico. Por um lado, essa mesma indústria tem promovido vigorosamente o conceito de que o excesso de peso é um fator de risco para a doença. Ora a indústria de seguros concebe existir uma relação entre peso e longevidade em suas tabelas de massa corporal ideal, ora têm se oposto à designação de obesidade como uma doença em si mesma, as quais poderiam ser incluídas nos reembolsos para a prevenção e tratamentos desse agravo (MAURER e SOBAL, 1995; SOBAL, 1999b; ANJOS, 2006; ACS e LYLES, 2007).

A medicalização da obesidade possui aliados diversos e distintos. Alianças e coligações entre atores e interesses múltiplos reforçam reivindicações compatíveis ou acordos que operam de forma independente (MAURER e SOBAL, 1995). Segundo Kirscht e Twaddle (1981), organizações não médicas freqüentemente dependem das definições dos diagnósticos para a obesidade estipulados pela área médica, bem como apoio para legitimar como competentes a aplicação de tratamentos supostamente definidos como alternativos.

E assim por detrás da medicalização da obesidade, controlada por um sistema com sofisticados procedimentos que acompanham a concepção, a validação e a disponibilização no mercado de vários tratamentos, também são percebidos outros interesses importantes: a florescente indústria da perda de peso, os dos promotores de regimes diversos (POULAIN, 2006: 145), os dos vendedores de milagres, que

envolvem a obesidade e que se beneficiam de sua classificação como doença (MAURER e SOBAL, 1995; 1999a; 1999b).

Assim, como o modelo moral, o modelo da medicalização tem construído sua hegemonia, apresentando-se na arena pública da obesidade como mais um modelo, com reivindicações próprias para tipificar a obesidade e ditar o conceito, exercendo assim, domínio sobre o problema social.

4.3. A não-medicalização da obesidade

Atividades de reivindicações para a não-medicalização ocorreram paralelamente àquelas da medicalização (TESSER, NETO et al., 2010). O movimento conhecido como a favor da obesidade teve início se posicionando contrariamente ao modelo moral da obesidade, à estigmatização e discriminação dos obesos. Reivindicavam o atributo de ter o direito de ser e se manter obeso (MAURER e SOBAL, 1995; 1999a; 1999b). Posteriormente exigiram a aceitação dos obesos como indivíduos saudáveis e não como doentes ou com qualquer outra conotação relacionada aos diversos estereótipos negativos: preguiçoso, auto-indulgente e negligente, menos inteligente, menos criativo e mais feio. Os defensores da não-medicalização da obesidade pretendem assim, estabelecer um padrão de normalidade para o tamanho do corpo obeso que não esteja vinculado à noção de doença e de pecado ou culpa (MAURER e SOBAL, 1995; KORN, 1997).

Esses grupos, contrários e insatisfeitos com os modelos de medicalização e de moralidade da obesidade, tendem a promover uma politização da obesidade em oposição ao modelo proeminente. Assim, grupos aliados e indivíduos obesos usam modelos políticos em suas afirmações e reivindicações. E ao fazerem uso de modelos políticos, focados principalmente na opressão ao invés da doença ou na idéia de pecado

ou culpa, buscam a reparação como contraponto ao método curativo ou punitivo (MAURER e SOBAL, 1995; KWAN, 2009b).

No final dos anos 1940 e ao longo dos anos 1950 o discurso dos direitos humanos começou a emergir e com ele os demais movimentos relacionados aos direitos: civis, das mulheres, dos idosos, dentre outros, desenvolvendo-se e institucionalizando-se mais plenamente nos anos 1960 e 1990. Os movimentos de direitos fazem uso de estratégias específicas para desafiar normas sociais, incluindo protestos, organizações, mobilização das vítimas, conferências, recursos de mídia, legislação e processos (BAKER, 1982). Essas ferramentas são utilizadas nas reivindicações visando promover distintas agendas (KORN, 1997).

Seguindo o exemplo de outros grupos minoritários, os ativistas da obesidade adotaram a linguagem, os conceitos, as estratégias, as técnicas e outras táticas dos movimentos dos direitos civis. Os grupos ativistas afirmam que os indivíduos obesos fazem parte de um grupo minoritário, onde ainda permanece havendo maltratos, discriminação e exploração, com ações contra o obeso, a gordura corporal, o excesso de peso e a obesidade (WITZEL e CHERNIN, 1982). Desta maneira, segundo Conrad (1992), Maurer e Sobal (1995), seria imprescindível a constituição de um movimento organizado e a instituição de um novo conceito para a obesidade.

Movimentos a favor da obesidade

Um dos primeiros movimentos que lançou discussões sobre o corpo obeso foi o relacionado aos direitos das mulheres. Pesquisadores feministas têm estudado as respostas culturais oriundas do corpo obeso e do respectivo significado social¹⁶ (BORDO, 1993; HESSE-BIBER, 1996; WOLF, 2002; KWAN, 2009a). As pesquisas

¹⁶ Enquanto os termos excesso de peso e obeso são frequentemente utilizados como termos biomédicos (BRAY e BOUCHARD, 2004), os termos gordo e corpulento são considerados como politicamente corretos (WANN, 1998; BRAZIEL e LE BESCO, 2001).

têm se direcionado, sobretudo, sobre a presença e os efeitos opressivos de uma cultura de um ideal de beleza que privilegia o corpo magro. Este ideário é onipresente e se perpetua reforçado na cultura tanto popular como da que está em voga. A luta contra esse ideário socialmente determinado de estética corporal tem sido o foco dos argumentos feministas a favor da obesidade (SEID, 1989; FRASER, 1994; KWAN, 2009a).

Embora este ideal afete homens e mulheres, atinge mais as mulheres. Segundo McKinley, isto ocorre porque “as ideologias do peso corporal estão muito próximas das ideologias da feminilidade” (MCKINLEY, 1999: 97). Uma marca da feminilidade atual é ter a posse de um corpo esbelto. Neste clima cultural, as mulheres são mais duramente julgadas quanto à atratividade do que os homens, especialmente à medida que envelhecem (DEUTSCH, ZALENSKI et al., 1986). Estudos também demonstram que o corpo obeso causa mais dor para as mulheres do que para os homens (ROTHBLUM, 1992). A relação entre cultura e agentes, sob a perspectiva do gênero, é descrita em termos dicotômicos: os indivíduos ora são receptores passivos das forças culturais ou ora são resistentes a elas. Os pesquisadores acreditam que a idéia cultural contra o corpo obeso e a gordura corporal são especificamente sobre como criar corpos normais, dóceis e complacentes (BORDO, 1993; WOLF, 2002; KWAN, 2009a).

O excesso de peso e a obesidade nas mulheres está intimamente ligado a sua auto-estima (RODIN, SILBERSTEIN et al., 1985) e a busca do "mito de beleza" descrito por Wolf (WOLF, 2002) coloca as mulheres em riscos físicos quando tentam alcançar o equivale a um ideal de absurda magreza (SPRAGUE-ZONES, 1997). As excessivas preocupações quanto à estética esbelta são muitas vezes acompanhadas de depressão, de ansiedade social e de distúrbios na alimentação (FREEDMAN, 1986;

CASH e PRUZINSKY, 1990; CASH e GRANT, 1996; THOMPSON, 1996; CASH e DEAGLE, 1997).

Por outro lado, existem grupos que são resistentes. No processo de negociação da identidade corporal, alguns indivíduos obesos lutam ativamente e resistem ao estigma da obesidade (CORDELL e RONAI, 1999; JOANISSE e SYNNOTT, 1999; KWAN, 2009a). As pessoas podem se tornar, como afirma Gimlin (GIMLIN, 2000; 2002) negociadores culturalmente esclarecidos. Uma vez que, tanto a obesidade quanto a gordura corporal não são conceitos culturalmente rígidos, ou seja, a sociedade pode reavaliá-los continuamente (KUPPERS, 2001; MAZER, 2001).

Embora a literatura feminista se concentre principalmente nas mulheres, os homens também estão cada vez mais preocupados com a sua imagem corporal (GILMAN, 2004a; HOTOUM e BELLE, 2004). Criado dentro de uma construção social fortemente baseada na masculinidade, essa suposição se justapõe sobre o corpo ideal masculino (KIVEL, 2003). O desejo de alcançar um modelo de corpo muscular em rapazes e homens tem levado a uma série de práticas físicas prejudiciais, incluindo musculação excessiva, o uso de esteróides anabolizantes e suplementos alimentares não autorizados, além do desenvolvimento de transtornos alimentares (POPE, PHILLIPS et al., 2000; LABRE, 2002). Independentemente do gênero, os ideais culturais de beleza são normas sobre o modelo corporal. E simplesmente, essas normas determinam que o corpo belo ou ideal seja o corpo magro (GILMAN, 2004a; KWAN, 2009a).

Embora as contribuições feministas ofereçam informações valiosas sobre os padrões culturais e seus efeitos potencialmente opressivos, eles se concentraram principalmente na estética corporal. O foco central das pesquisas nessa área trata o desvio do corpo obeso do modelo ideal estético atual, que é culturalmente construído e estritamente definido (SEID, 1989; HESSE-BIBER, 1996; SALTZBERG e

CHRISLER, 2000). No entanto, nos últimos anos, têm sido crescentes os discursos públicos sobre os significados do corpo que se encontram acima do peso. É neste clima cultural recente que vários grupos intensificaram as definições e os respectivos discursos acerca do corpo e, especificamente, o que a obesidade e a gordura corporal representam (CAMPOS, 2004; CAMPOS, SAGUY et al., 2006; KWAN, 2009a).

Grupos considerados como sendo a favor do corpo obeso ou da gordura corporal, como o americano NAAFA (Associação Nacional para o Avanço da Aceitação da Gordura – *National Association to Advance Fat Acceptance*) e o Saúde em Qualquer Tamanho (HAES – *Health at Every Size*), mantêm uma linha ativa de resistência (SOBAL, 1999b). O NAAFA é uma organização americana sem fins lucrativos referente aos direitos humanos, dedicados à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos obesos e contrários a discriminação sobre o tamanho do corpo. Foi o primeiro grupo ativista da obesidade no mundo, formado em 1969 (NAAFA, 2011). Já os defensores do movimento conhecido como Saúde em Qualquer Tamanho (HAES – *Health at Every Size*) é formado por psicólogos, nutricionistas, especialistas em *fitness* e pesquisadores na área que discutem o tema obesidade. Ambos os grupos e outros mais (MAURER e SOBAL, 1995; 1999a; 1999b) expressam uma perspectiva de justiça social sobre a obesidade e a gordura corporal (ROBINSON, 2005).

Como a medicalização, a não-medicalização também ampliou a nomeação de categorias para fazer reivindicações mais expressivas e fortes, expandindo o caráter de aceitação da obesidade em aceitação do tamanho corporal grande. Desta maneira, esses grupos envolvidos na não-medicalização da obesidade nomearam o movimento a favor da obesidade de Movimento de Aceitação do Tamanho Grande e estimularam o uso de termos como *grande*, *amplo* e *de tamanho grande* para retratar um perfil positivo associando grandeza ou abundância com normalidade, redefinindo a obesidade como

uma condição neutra que não carrega conotações de pecado, culpa ou doença (MAURER e SOBAL, 1995; SOBAL, 1999b; INGLIS, GIMLIN et al., 2008).

Pesquisadores associados a esses grupos, conhecidos por serem ativistas da obesidade e da gordura corporal, desafiam os dados médicos que relacionam a obesidade às doenças e afirmam que indivíduos obesos podem ser saudáveis. Assim, esses grupos clamam a atenção da sociedade para a discriminação da obesidade e os perigos à saúde da dieta conhecida como *ioiô* (ERNSBERGER e HASKEW, 1988; WANN, 1998; SOBAL, 1999b; GAESSER, 2002; KATRINA, KING et al., 2003; CAMPOS, 2004; JORDÃO, 2010) e em suas propostas para promover a justiça social, propõem a diversidade corporal quanto a pesos e medidas (MAURER e SOBAL, 1995; GIMLIN, 2002; SAGUY e RILEY, 2005).

Além desses movimentos oponentes às intervenções moral e biomédica, surge um movimento contrário ao uso de dietas baseado no modelo para o controle de massa corporal. Este movimento rejeita a dieta com o objetivo de promoção de perda de massa corporal, incidindo o foco no bem-estar e na auto-estima. No entanto, o movimento contra as dietas difere do movimento de aceitação do tamanho grande, no qual continua a valorizar a magreza e aceita outros modelos biomédicos para a obesidade, com foco principalmente nos exercícios físicos e bem-estar psicológico (SPITZACK, 2008).

A via jurídica tem sido atualmente a ferramenta mais utilizada na não-medicalização (MAGNUSSON, 2008). Um número de casos de discriminação tem sido discutido com base na gordura corporal, onde o ponto principal consiste em se a obesidade é um desvio moral ou uma doença (MCEVOY, 1992). As pressões dos casos jurídicos expressavam as múltiplas reivindicações sobre o fenômeno da obesidade como normal ou criminal versus fenômenos biomédicos (MAURER e SOBAL, 1995). Tais casos têm sido geralmente decididos em favor da pessoa obesa, que define a obesidade

como doença e não como desvio moral, ou seja, como uma condição indesejável, mas clinicamente tratável. Durante os testemunhos, segundo Sobal e Maurer (1995), os médicos são argüidos como sendo os responsáveis técnicos, e assim ajudam a medicalizar a obesidade. As reivindicações sobre a opressão envolvem cientistas sociais especializados na documentação de estigmatização e discriminação, e esses pesquisadores são contratados como especialistas para fazer reivindicações em nome de advogar a favor da aceitação do tamanho corporal grande (ALLON, 1973; MAURER e SOBAL, 1995; 1999a; 1999b).

Um número crescente de artigos tem surgido desde então na imprensa sobre a discriminação do obeso, aumentando a atenção para os modelos políticos e jurídicos a favor da obesidade. Uma série de livros foi adicionada à literatura sobre o assunto, variando desde histórias pessoais até convocações para uma ação política (FRIEDMAN, 1974; GARRISON e LEVITSKY, 1993). Artigos científicos foram publicados minimizando os efeitos negativos da gordura corporal (ERNSBERGER e HASKEW, 1986; 1988; KORN, 1997), alertando para os possíveis danos psicológicos de dieta contínua (WOOLEY e WOOLEY, 1984) ou mesmo sobre discriminação e estigmatização (ALLON, 1973; SOBAL, 1984a; MAURER e SOBAL, 1995; KORN, 1997).

Um tema muito discutido dentro da não-medicalização se baseia em considerar a obesidade como uma deficiência. Esse debate teve origem em 1993, onde a Comissão Federal para as Condições de Igualdade no Emprego, nos Estados Unidos, determinou que pessoas com obesidade grave poderiam pedir proteção através de estatutos federais que coíbem a discriminação contra deficientes. Baseado nesta regra, um caso jurídico ganhou repercussão: o de *Cook* contra *Rhode Island*. Um processo jurídico aberto por uma mulher de *Rhode Island*, *Bonnie Cook*, que acusou o Estado de

Rhode Island de lhe recusar ilegalmente um emprego, sob a alegação de uma deficiência percebida pela obesidade grave (UNITED STATES COURT OF APPEALS, 1993). O evento abriu linhas de debates, em particular jurídicos e éticos sobre dano, deficiência e obesidade que permanecem até os dias atuais (GILMAN, 2004b).

No Brasil, em fevereiro de 2011, cinco docentes de três cidades da Grande São Paulo afirmaram que foram impedidas de assumir o cargo de professor da rede estadual paulista, por serem obesas. Elas foram consideradas inaptas pelo Departamento de Perícias Médicas de São Paulo para exercerem a função. Segundo a Ordem dos Advogados do Brasil de São Paulo, a exclusão de um candidato por obesidade é considerada discriminação e fere a Constituição Federal. Algumas delas entraram com ação na justiça para serem admitidas (JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO, 2011).

Alguns grupos internacionais a favor da obesidade alegam que, embora haja pouca dúvida de que as pessoas obesas são tratadas de forma diferente, há uma questão importante quanto ao fato das leis que envolvem a anti-discriminação e que visam proteger as pessoas com deficiência, devam dispor de mecanismos de proteção para os obesos (MAURER e SOBAL, 1995; KORN, 1997). No Brasil, não existem relatos de grupos a favor da obesidade com essas características. As propostas são baseadas no alcance dos direitos humanos por uma alimentação adequada. Com isso, a promoção da justiça social assume o formato de outras reivindicações: por uma alimentação justa e adequada para todos (ABRANDH, 2010).

Com diferentes motivos, no Brasil, o Conselho de Autorregulação Publicitária (CONAR), uma Organização Não Governamental, mantida pelas agências de publicidade, por empresas anunciantes e veículos de comunicação de massa, contendo representantes da indústria de alimentos e bebidas não alcoólicas, desafiam a posição médica. A função desse Conselho é fiscalizar a ética da propaganda comercial,

norteando-se pelas disposições contidas no Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária. Os representantes do CONAR questionam a pesquisa médica que associa obesidade com doença. Nas suas campanhas de mídia e publicações, tais como o livro “O fator publicidade de alimentos e refrigerantes e sua relação com a obesidade – produtos seguros, alimentação balanceada, atividade física e informação: a dieta do CONAR” sugere uma abordagem de mercado livre para a obesidade (CONAR, 2010). A CONAR promove a mensagem de que os adultos brasileiros são sensíveis o suficiente para tomar suas próprias decisões sobre o que consumir. Argumenta que, em um país democrático, os indivíduos devem ter o direito de consumir o que quiserem. Diferentemente dos interesses ideológicos dos modelos moral, de medicalização e de não-medicalização da obesidade, os interesses do CONAR são principalmente econômicos e voltados para a manutenção das vendas de alimentos e bebidas não alcoólicas (CONAR, 2010).

Aqui encontramos uma concepção implícita do que podemos chamar de uma ideologia que postula um comedor livre e racional em suas decisões. Muitas pesquisas demonstram que as decisões alimentares não são nem decisões individuais, nem decisões racionais (FISCHLER, 2008). Mesmo que se possa constatar uma maior individualização da decisão alimentar ou, mais exatamente, uma transformação das formas de socialização alimentar nas sociedades desenvolvidas, o ato alimentar não é um ato individual. Além disso, nem a acumulação, nem mesmo a compreensão dos conhecimentos nutricionais mudam necessariamente os hábitos alimentares dos indivíduos. Desta maneira, como nos previne Poulain (2006), convém tomar cuidado para não propagar mensagens que corram o risco de ter efeitos não desejáveis.

Os modelos para lidar com a obesidade na sociedade contemporânea mudaram ao longo dos séculos, de modelos morais para um aumento na utilização de

modelos biomédicos e, em seguida, o surgimento da aplicação de modelos políticos. Na maioria das vezes o grau de medicalização e não-medicalização tem sido apenas parcial, com vários modelos competindo simultaneamente dentro da arena pública em suas reivindicações para tipificar a obesidade, exercendo a hegemonia do campo sobre o problema (BEST, 1995).

Um momento claro entre a luta no campo científico da obesidade ocorreu entre especialistas da área médica e de um grupo das áreas do direito, sociologia, nutrição, ciência política e educação, no *Jornal Internacional de Epidemiologia (Internacional Journal of Epidemiology)* (CAMPOS, SAGUY et al., 2006). Campos, um especialista conhecido por seus livros e artigos a favor da não-medicalização juntamente com os outros colaboradores publicaram um artigo questionando o surgimento da epidemia da obesidade, sugerindo haver um pânico moral a respeito do crescimento da obesidade no mundo. Como resposta aos seus argumentos, uma série de especialistas, a maioria da área médica, dentre eles os renomados especialistas em obesidade Popkin e Kim (2006), rebateram com longos comentários e argumentos científicos cada ponto levantado por Campos e colaboradores.

O debate histórico-sociológico levantado por alguns especialistas no campo da obesidade tenta desatar as questões sociais que sustentam e articulam a definição da obesidade como doença e que conduzem alguns especialistas da área a pensar seu desenvolvimento em termos de uma epidemia. Para esses pesquisadores existe a obesidade, e esta tem de ser resolvida por ser um agravo sério e com repercussões, mas acreditam que a categoria de epidemia é um problema que tem sido engendrado, em especial por atores dentro do campo da obesidade, envolvidos por toda ordem de interesses (POULAIN, 2006).

O embate publicado no volume 35, em 2006, do *Jornal Internacional de Epidemiologia (International Journal of Epidemiology)* nos permite claramente enxergar os movimentos dentro da arena pública da obesidade. Um grupo de atores gera um ato político dentro do campo da obesidade, mas como pesquisadores dentro desse campo. Se tal ato foi possível, é porque para este momento, um subcampo autônomo havia se constituído há pouco, porém o subcampo médico tem ascensão à plena autonomia nesse campo há muito mais tempo. E é sobre a base dessa autonomia conquistada que vários representantes da equipe de saúde se destacam e vão ao campo político desta arena para dizer, com a autoridade que lhe dá seu capital específico autônomo que tal decisão ou pensamento não é aceitável, e que ela é contrária aos valores inerentes ao seu campo, no caso da equipe de saúde, os valores de verdade. Como sugeriu Bourdieu (2004) a respeito do campo científico, quanto mais se é autônomo, mais se tem chance de dispor da autoridade específica, isto é científica, que autoriza a falar para fora do campo com certa eficácia simbólica. Essas são lutas dentro do campo.

Outro exemplo claro de luta dentro do campo da obesidade é o relato de Popkin no livro “O mundo está gordo: os modismos, tendências, políticas e os produtos que estão engordando a raça humana – *The world is fat: the fads, trends, policies, and products that are fattening the human race*”. Este pesquisador foi convidado a participar como chefe do grupo de pesquisa sobre obesidade financiada por uma renomada marca internacional de refrigerantes. As pesquisas demonstraram que as bebidas gaseificadas estavam associadas com o aumento no ganho de massa corporal. Ao notificar a empresa que iria notificar os achados numa conferência internacional, Popkin foi cortado do grupo de pesquisa (2009).

Nas modernas sociedades industriais, as denominações para a obesidade têm se tornado cada vez mais medicalizada. Este tem sido o modelo até então hegemônico na arena pública da obesidade. Segundo Maurer e Sobal (1995; 1999a; 1999b), com o sucesso da área biomédica no controle de doenças transmissíveis, o crescimento da biomedicina científica, a organização política e de *lobby* das diversas associações médicas e paramédicas, o controle da profissão sobre a educação na área e o seu licenciamento, a medicina se tornou uma área de prestígio no século XX. E assim, as profissões médica e paramédica dominam a organização dos cuidados de saúde e tem um monopólio virtual sobre tudo o que é definido como uma doença ou um tratamento biomédico. Mas apesar dessa hegemonia, a presença contínua de um modelo moral de perda de massa corporal demonstra a complexidade envolvida na definição da obesidade motivada pela culpa. Como na arena existe uma hegemonia por parte da medicalização, o componente moral de tratamento na perda de peso pode diminuir, mas provavelmente não desaparecerá (MAURER e SOBAL, 1995).

Assim, pudemos observar que a conjectura a partir da visão dos contextos histórico-sociais, como sendo natural e dado – ou seja, as realidades científicas e médicas – pôde ser vista como produtos sociais validados como universais. As reivindicações morais, médicas e políticas no campo da obesidade foram abordadas como objetos sócio-culturais. Desta maneira, desde os primeiros capítulos, temos considerado a obesidade como um problema social, seguindo uma abordagem construtivista histórico-social. Para tanto privilegiamos a descrição dos modelos que fundamentam a etiologia das definições da obesidade enquanto um problema na arena pública.

As definições para a obesidade são construções sociais introduzidas e legitimadas por interesses diversos e, portanto, são tratadas dentro da arena pública da obesidade como sendo produtos de um processo político. Quando um tipo específico de denominação para a obesidade é aceito e tido como certo, algo semelhante a um paradigma¹⁷ é criado. Alguns paradigmas têm sido gerados pelos modelos: a obesidade como responsabilidade individual, como doença, como não-doença. Assim, o modelo moral, a medicalização e a não-medicalização são conquistas políticas. As denominações médicas para a obesidade como distúrbio ou doença quer desafiar as reivindicações existentes no campo da obesidade ou busca demarcar territórios para novas definições dentro desse campo. Embora a ciência e a medicina acrescentem prestígio e autoridade a qualquer reivindicação, os defensores desses modelos devem participar das competições com outros modelos para obter o reconhecimento da sua reivindicação. Da mesma maneira o faz o modelo de não-medicalização. Este é, portanto, sempre um processo político.

Ou seja, mesmo depois de uma definição social da obesidade se tornar pública, aceita e legitimada, não é evidente que o problema, em seu aspecto social, o seja. Frequentemente há disputas intelectuais sobre as causas e os métodos adequados de controle. A designação para o problema da obesidade (é pecado, culpa ou doença?) e o seu controle são disputas entre distintos grupos: quem é que define e trata mais adequadamente este problema? Decisões sobre quais são as designações corretas e, portanto, os agentes adequados para exercer o controle social desse problema são debatidos e resolvidos por algum tipo de conflito político.

Como uma designação em detrimento da outra se torna dominante é uma questão central político-social e ideológica. Para entender a arena pública da obesidade

¹⁷ Segundo Parham (1999b) um paradigma é um modelo que fornece uma perspectiva para a interpretação de uma situação.

devemos, portanto, nos concentrar nas atividades das decisões que os distintos grupos de interesses envolvidos executam e analisar a forma como um ou outro grupo gera ou legitima uma denominação ou um tratamento para lidar com a obesidade. Visto sob esta perspectiva, fatos públicos, mesmo aqueles que utilizam de um manto científico, são tratados como produtos dos grupos ou organizações que produzem ou que promovem a obesidade e não apenas reflexos precisos da realidade. Desta maneira, a adoção de uma justificativa ou conceito para a obesidade como um problema social tem consequência para além de uma disputa sobre o controle social do grupo.

Chamamos a atenção nos três últimos Capítulos, para as definições, as atribuições das causas, os acontecimentos históricos, os conflitos e mudanças, as descobertas científicas e atividades de tomada de reivindicações para a obesidade e suas consequências sociais. No próximo capítulo demonstraremos como a propagação do modelo hegemônico da obesidade promove o estigma e a discriminação do obeso.

CAPÍTULO 5 – O SIGNIFICADO DA OBESIDADE PARA A NUTRIÇÃO E O ESTIGMA

Este quinto Capítulo trata das conseqüências sociais da obesidade, que se dão através da estigmatização e na possibilidade negada em alcançar posições sociais desejáveis (PUHL e BROWNELL, 2001; BROWNELL, PUHL et al., 2005). Nos Estados Unidos, por exemplo, durante a última década, a discriminação relacionada com a obesidade aumentou em 66% (ANDREYEVA, PUHL et al., 2008) e é comparável a índices de discriminação racial entre as mulheres (PUHL, ANDREYEVA et al., 2008). Valores sociais fortemente negativos, baseados na noção de que a gordura corporal é moralmente ruim, associada à falta de vontade e fraqueza de caráter, fortalecem o estigma e a discriminação do obeso (ALLON, 1973; TOBIAS e GORDON, 1980; SOBAL, 1991; QUEIROZ, 2000). Estes estereótipos são prevalentes e raramente desafiados na sociedade ocidental, permitindo que pessoas com obesidade permaneçam vulneráveis à injustiça social e ao tratamento injusto (PUHL e HEUER, 2009).

O objetivo é estimar os mecanismos de perpetuação e a dimensão desta situação de vulnerabilidade. Segundo a estrutura metodológica deste estudo, primeiro investigamos como este quadro discriminatório se perpetua por quase um século, a partir da análise da literatura pedagógica na área biomédica da nutrição. A seguir, apresentamos um quadro de trabalhos que identificam elementos de discriminação de obesos.

5.1. O significado da obesidade para a nutrição

Há aproximadamente cento e vinte anos, os nutricionistas têm aconselhado a população sobre como cuidar de sua saúde alimentar e de seu peso corporal. Apesar das recomendações dadas por esses profissionais para as mudanças no comportamento alimentar, a prevalência da obesidade continua a aumentar. Infelizmente, a perda de massa corporal permanente é difícil de alcançar. Esta situação paradoxal cria um dilema sobre como lidar com a obesidade, pois as melhores abordagens não têm alcançado o desempenho esperado. Este dilema afeta todos aqueles que trabalham com o controle de peso, quer do ponto de vista biomédico, comercial, educacional ou dentre as outras demais áreas. Os nutricionistas são, contudo, únicos, na medida em que sendo especialistas no controle da massa corporal, estão diante de parte da sua identidade profissional (MAURER e SOBAL, 1999a; 1999b).

Desta maneira, se queremos analisar a forma como os significados da obesidade têm sido desenvolvidos, e sendo o nutricionista um profissional que lida com profundidade acerca da obesidade e os dilemas que a acompanham, teremos de depreender o significado percebido e construído por esses profissionais sobre esse agravo. Para tanto focaremos a nossa abordagem nos tratados de nutrição trabalhados conjuntamente entre os profissionais da área bem como os estudantes de graduação em nutrição. Ao levantar os significados da obesidade nos tratados de nutrição ao longo de um século nos depararemos com o modelo da medicalização, bem como com as conseqüências sociais da obesidade, que se dão através da estigmatização e na possibilidade negada em alcançar posições sociais desejáveis. Iniciaremos com uma caracterização dos nutricionistas, a trajetória da profissão e um retrato da categoria no

Brasil para, em seguida, descrever o significado da obesidade expressos através de alguns tratados em nutrição internacionais e nacionais.

Nutricionistas e a trajetória da profissão

Os nutricionistas são profissionais que assessoram os indivíduos e grupos sobre problemas relacionados à alimentação e nutrição. Certamente os nutricionistas não são o único grupo de profissionais envolvidos com a gestão do controle corporal. Grande parte das pesquisas e comentários sobre o aumento da massa corporal na literatura profissional provém de médicos, psicólogos, fisiologistas do exercício, educadores, dentre outros. As perspectivas dos outros profissionais quanto à obesidade têm influenciado nutricionistas e também são influenciados por eles. Várias histórias de dietas, peso corporal e obesidade, publicadas nas últimas décadas, têm discutido o papel dos médicos no desenvolvimento dos significados da obesidade, em especial nos Estados Unidos (SCHWARTZ, 1986; STEARNS, 1997; LEVENSTEIN, 2003), mas ainda não foi abordado o impacto por parte dos nutricionistas. Alguns pesquisadores fazem menções sobre os nutricionistas, mas não exploram diretamente a sua influência, muito devido à dificuldade de validação dos métodos de coleta de dados (STEARNS, 1997; PARHAM, 1999a). Da mesma forma, Levenstein (1988) comenta sobre as recomendações dietéticas de nutricionistas, mas não considera o seu impacto sobre os significados da obesidade e da massa corporal. Possivelmente, segundo Parham (1999a), essas omissões refletem a compreensão desses profissionais como mera extensão dos cuidados médicos. Mayer, escrevendo sobre a obesidade no final da década de 1960, projeta esta percepção concluindo: “O médico e seu auxiliar, o nutricionista, além de seus conhecimentos médicos e nutricionais, são bem informados

sobre a psicologia de se tornar obeso, ser obeso, e fazer algo para corrigir a obesidade”¹⁸ (MAYER, 1968: 164).

A nutrição tem início no final do XIX e início do século XX, em uma época em que o conhecimento da alimentação se limitava ao papel dos nutrientes e energia, e uma parcela da população ocidental começava a se preocupar com a gordura corporal (STEARNS, 1997; PARHAM, 1999a). A nova preferência do público pelo ideário de magreza criou uma demanda para os cuidados médicos, com atenção à perda de massa corporal, bem como ao tratamento de doenças através da alimentação (BORDO, 1993).

A primeira nutricionista foi Sarah Tyson Rorer, norte-americana, que iniciou sua carreira em 1870. Os nutricionistas foram formados inicialmente por meio de cursos breves em escolas de culinária e a preparação profissional logo foi ampliada e padronizada. Os cursos foram ampliados em 1920, e em 1927 a preparação incluiu um bacharelado seguido por um estágio supervisionado (PARHAM, FLYNN et al., 1991; PARHAM, 1999a).

No Brasil

A regulamentação da profissão de nutricionista no Brasil ocorreu em 27 de abril de 1967, com a promulgação da Lei nº 5.276/1967. Utilizando do recorte proposto por Vasconcelos (2002), a trajetória da profissão de nutricionista no Brasil cursou quatro fases.

A fase caracterizada como da *emergência da profissão* ocorreu entre 1939 a 1949, cuja principal atividade foi à criação de cursos de nutrição no país. A formação de nutricionistas brasileiros, idealizada primeiramente pela geração dos médicos nutrólogos, ocorreu nesta primeira fase. O primeiro curso de nutrição foi criado em

¹⁸ No original: “The physician and his auxiliary, the dietitian, in addition to their medical and nutritional knowledge, are well-informed about the psychology of becoming obese, being obese, and doing something to correct the obesity”.

1939, no Instituto de Higiene de São Paulo, atual curso de graduação em Nutrição do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Seguiram-se, em 1940, no Rio de Janeiro, os cursos técnicos de dietistas, do Serviço Central de Alimentação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, que deram origem, em 1943, ao Curso de Nutricionista do Serviço de Alimentação da Previdência Social, atual curso de graduação da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Em 1944 foi criado o curso de Nutricionista da Escola Técnica de Assistência Social Cecy Dodsworth, atual curso de graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E em 1948 teve início o curso de Nutricionistas da Universidade do Brasil, por iniciativa de Josué de Castro, atual Instituto de Nutrição, que alberga o curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro. A criação da primeira associação da categoria – a Associação Brasileira de Nutricionista (ABN), aconteceu no Rio de Janeiro, em 1949, dando origem posteriormente à Federação Brasileira de Nutrição/FEBRAN e, na seqüência, a atual Associação Brasileira de Nutrição/ASBRAN (VASCONCELOS, 2002; CANESQUI e GARCIA, 2005).

A segunda fase compreendida entre 1950-1975, denominada de *consolidação da profissão*, manteve a abertura de cursos (VASCONCELOS, 2002). Assim, outros cursos foram criados na década de 1950, os quais estão entre os mais antigos: os da Universidade Federal da Bahia e da Universidade Federal de Pernambuco e do Instituto de Fisiologia e Nutrição da Faculdade de Medicina do Recife, criada pelo médico Nelson Ferreira de Castro Chaves. Até 1968 existiam seis cursos de nutrição no Brasil, e o sétimo surgiu no Rio de Janeiro, em 1968, na Universidade Federal Fluminense (CANESQUI e GARCIA, 2005).

No âmbito da forte expansão dos cursos superiores no Brasil, na década de 1970, mais especificamente os de nutrição, impulsionaram-se graças ao Programa de Alimentação e Nutrição – PRONAN, cujas diretrizes consistiam no estímulo à formação de recursos humanos em nutrição (BRASIL, 1982). Havia no Brasil sete cursos públicos de nutrição até o ano de 1979 e, até o final da década de 1980 foram criados mais de 33 cursos. Em 2003, após a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, que impulsionou o ensino privado, havia 169 cursos (CALADO, 2003; CANESQUI e GARCIA, 2005).

Segundo Vasconcelos (2002), os médicos nutrólogos estavam envolvidos tanto na constituição dos primeiros cursos de nutrição como também partilharam da formulação das primeiras intervenções governamentais no setor. Esses profissionais tiveram forte influência na formação de uma rede de especialistas na área de nutrição. A ênfase no processo de formação do nutricionista combinava, em amplo sentido, tanto a capacitação de um profissional para a atuação na dietoterapia/nutrição clínica quanto na alimentação institucional/alimentação coletiva. Na conformação de um pensamento social sobre a alimentação e nutrição como uma questão coletiva, sobressaíram-se também os médicos nutrólogos, com destaque para Josué de Castro, Jamesson Ferreira Lima, Nelson Chaves e Ruy Coutinho. Outros pesquisadores também contribuíram para a conformação da área da nutrição no Brasil, com estudos e debates sobre a fome, sobre os problemas alimentares e nutricionais e as intervenções governamentais a respeito (CANESQUI e GARCIA, 2005).

Segundo Bosi (1988), ao estudar os currículos dos cursos de graduação em nutrição na década de 1970, predomina na formação dos nutricionistas brasileiros a vertente biológica da nutrição, ocultando a dimensão social, apesar de existirem debates sociais no contexto da alimentação e nutrição. A dimensão social foi reduzida aos

processos fisiológicos e individuais (CANESQUI e GARCIA, 2005). Esse formato será importante para entendermos a crítica aos currículos de graduação em nutrição, por Purh (2009), quando caracteriza o estigma. Trataremos deste aspecto, mais adiante.

O currículo mínimo estabelecido em 1964 e que predominou até o engendramento das reformas curriculares, no final da década de 1970 e mais enfaticamente nos anos 80, foi constituído por dois grupos de disciplinas: as básicas e as profissionalizantes. Em Bogotá, em 1973, foi criada a Comissão de Estudos e Programas Acadêmicos de Nutrição e Dietética na América Latina (CEPANDAL). Esta Comissão foi referência nas discussões curriculares que se sucederiam na década seguinte (CANESQUI e GARCIA, 2005).

O Ministério da Educação através da Secretaria de Ensino Superior realiza em 1981 o diagnóstico Nacional dos Cursos de Nutrição. Ao comparar os currículos das universidades brasileiras com o proposto pela CEPANDAL foi encontrada adequada carga horária das disciplinas das áreas biológica e multidisciplinar, as quais se apresentavam acima das recomendações. Já as disciplinas das áreas de ciências sociais e econômicas e de educação em saúde pública se encontravam abaixo do proposto. Segundo Canesqui e Garcia (2005), ao recordar os comentários de Bosi (1988), tal desequilíbrio entre as áreas leva a uma baixa compreensão do aspecto social na formação do nutricionista, acarretando um hiato na articulação do biológico com o social.

O imperativo de formar um profissional criativo e inquiridor, com capacidade de articular os aspectos biológicos e sociais, justificou a recomendação de se introduzir as disciplinas metodologia científica, antropologia e filosofia nos currículos de nutrição e a reformulação das já existentes, como economia, sociologia e psicologia (BRASIL, 1982). Conflitos entre as perspectivas sociais e biológicas sobre o perfil do nutricionista

se expressaram também em diferentes instâncias de discussão (LIMA, 1984; CANESQUI e GARCIA, 2005).

Em 2003, Motta, Oliveira e Boog analisaram o perfil do profissional de 42 cursos de nutrição divulgados em sites das instituições que oferecem graduação em nutrição. Identificaram escassas menções sobre o compromisso e o caráter crítico com as transformações sociais. A formação ética e humanística apareceu como um dos itens menos valorizados na divulgação dos cursos; predominou, sobretudo, a valorização do mercado de trabalho e a identificação do nutricionista como profissional da saúde (MOTA, OLIVEIRA et al., 2003; CANESQUI e GARCIA, 2005).

Nesta segunda fase, o trabalho em defesa da criação dos Conselhos de Nutrição foi intensificado, pois o campo de trabalho do nutricionista permanecia aberto e pessoas não habilitadas ocuparam os espaços dos nutricionistas, em grande parte devido a falta de fiscalização. A Lei nº 5.276/67 determinava que a fiscalização desta área fosse de responsabilidade dos órgãos regionais de fiscalização da Medicina que, priorizavam o exercício profissional dos médicos na área (CANESQUI e GARCIA, 2005).

De 1976 a 1984, constitui-se a terceira fase denominada de *evolução da profissão*, período no qual se institui o 2º Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), desenvolvido pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), com repercussão fundamental na aceleração do processo de criação de novos cursos, e o segundo, pela criação dos Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas (VASCONCELOS, 2002; CANESQUI e GARCIA, 2005).

A última fase, denominada de *reprodução ampliada* corresponde ao período de 1985 a 2000 e se caracteriza pelo crescente processo de mobilização e politização da categoria, que resultou na realização de importantes eventos técnico-científicos. Outro

importante registro desta época foi a aprovação da Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, que cumpriu o papel de estabelecer não somente o campo de atuação do nutricionista como também o das atividades privativas deste profissional e os instrumentos legais para sua identificação, reforçando o papel dos Conselhos como órgãos fiscalizadores do exercício legal da profissão. Esta Lei revogou a de nº 5.276/67 e está em vigência até o presente momento (VASCONCELOS, 2002; CANESQUI e GARCIA, 2005).

Após esta quarta fase definida por Vasconcelos (2002), fatos importantes consolidaram o papel do nutricionista como a inserção deste profissional em políticas públicas de saúde, a exemplo dos Programas de Alimentação do Trabalhador (PAT), de Atenção Básica e de Alimentação Escolar. Nesta nova década o nutricionista ampliou significativamente sua atuação: hotelaria, área esportiva e *marketing*, redes de *fast food* e de inspeção de alimentos, consultoria e cozinhas experimentais, áreas específicas como nutrição funcional, dentre outros. Por esse motivo, como em outras categorias profissionais, os nutricionistas são um grupo heterogêneo que incluem profissionais e pesquisadores (CANESQUI e GARCIA, 2005).

Em termos de instituições que apóiam a publicação de trabalhos acadêmicos na área, poucas abordam exclusivamente os temas em nutrição. A Revista da Nutrição, com sede na Universidade de Campinas, atrai acadêmicos de nutrição, cuja investigação tem um enfoque mais clínico/epidemiológico, dentre outros periódicos. Não existe, no entanto, instituição ou revista científica que englobe a área da educação nutricional no país. Como as demais áreas, as melhores revistas se encontram publicadas fora do país.

Retrato da Categoria

Segundo a última fonte disponível no Conselho Federal de Nutricionistas referente da Pesquisa de Inserção Profissional dos Nutricionistas no Brasil, realizada em 2005, existiam para aquele ano 41.228 nutricionistas no país, sendo 96,5% pertencentes ao sexo feminino, na faixa etária de 26 a 40 anos (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2010). A área de maior atuação era na nutrição clínica (41,7%), seguida da área de nutrição coletiva (32,2%), com a sua maioria atuando nas capitais federais. Para aquele ano havia 309 cursos de nutrição,

Embora boa parcela dos nutricionistas lotados na área clínica trabalhe em hospitais, a proporção de empregos em outros setores não diretamente relacionados com a saúde tem aumentado. Essa expansão de emprego é relevante para o foco deste Capítulo, porque eles aumentam a visibilidade e a acessibilidade dos nutricionistas, bem como a diversidade devido a uma maior demanda de serviços.

Tratados sobre nutrição

Para observar os significados da obesidade transmitidos para os alunos de graduação e profissionais em nutrição durante a sua formação profissional ao longo do século XX, iremos examinar alguns livros didáticos que abordam a nutrição e a dietoterapia. Os livros didáticos, escritos e interpretados por profissionais e utilizados como material didático por estudantes de nutrição constitui um importante instrumento de socialização dos nutricionistas no que diz respeito a sua profissão. Ao examinar as mensagens nos livros acerca da obesidade, obteremos como este agravo foi e é visto na profissão desde sua formação. Serão analisados quinze livros, buscando-se a representação de ao menos um por década (com maiores números de exemplares nas últimas décadas). Sabemos que atualmente muito dos conceitos e tratamentos acerca da

obesidade são baseados em artigos ou publicações de Associações Internacionais como a Organização Mundial da Saúde, por exemplo. Mas as descrições de conceitos e condutas descritas nos tratados sobre nutrição abordam a trajetória, em especial da conduta seguida para lidar com este agravo ao longo dos tempos. Os livros foram designados por seus autores para uso em educação de nutricionistas e profissionais ligados à saúde. A análise de conteúdo envolveu os textos disponíveis nas seções identificadas pelos índices em relação à obesidade. Nessas seções, os detalhes examinados dizem respeito: (a) a importância da obesidade; (b) a sua relação com a saúde; (c) a sua etiologia; (d) as intervenções recomendadas e, (d) as declarações sobre o sucesso das intervenções.

Os livros, principalmente os do início do século XX, foram analisados na Biblioteca da Universidade de Alberta/Canadá, entre novembro de 2009 e março de 2010. Os livros mais recentes foram escolhidos devido a sua ampla utilização nos cursos de graduação nas Universidades brasileiras. A seguir apresentaremos os detalhes, seguidos de alguns comentários, quando assim se fizerem pertinentes.

Food and the principles of dietetics (HUTCHISON, 1903, 2007)

- O autor está mais preocupado com a desnutrição do que com a superalimentação: “um consumo moderado de alimentos é provavelmente inofensivo”¹⁹, (p.52).
- Observa-se uma preocupação com a mobilidade e a atividade física.
- Pouca ou nenhuma conexão foi feita entre o excesso de peso e a doença.
- O leitor foi conduzido a relacionar a adequação da massa corporal com a aparência geral do paciente (ectoscopia).

¹⁹ No original: “[...] a moderate excess of food is probably harmless”.

- Diversos tipos de dietas hipocalóricas foram apresentadas sem qualquer associação ou discussão sobre a probabilidade de sucesso à longo prazo.
- O texto menciona que alguns indivíduos, dentre eles os mais jovens e os mais velhos, parecem ter predisposição à obesidade e que tentativas para a promoção da perda de peso poderiam ocasionar doenças.

Practical dietetics with reference to diet in health and disease (PATTEE, 1917, 1940)

- A autora trata dois temas em dietoterapia: a adequação dietética e a restrição terapêutica.
- Grande parte do livro diz respeito à nutrição geral.
- Aproximadamente oitenta páginas abordam dietas prescritas para doenças, incluindo o tratamento dietoterápico da obesidade e do diabetes.
- O tratamento da obesidade foi referido como sendo um dos mais importantes objetivos da terapia dietoterápica.
- A autora assinala que a obesidade ocorre no avanço da idade ou em faixas etárias tardias e, por esse motivo, a doença é considerada pouco atraente.
- A autora atribui como conseqüências da obesidade os efeitos adversos à saúde e afirma que a obesidade tem relação com o desempenho físico e atlético.
- O aumento da atividade física, bem como a restrição de fontes de carboidratos e gorduras na dieta foram enfatizados como o melhor tratamento para este agravo.

Dietas restritivas não se limitaram apenas ao tratamento da obesidade e do diabetes. Ohlson (1976) refere que intervenções dietoterápicas descritas por médicos no início do século XX, informavam o tipo e as quantidades de alimentos permitidos de forma didática. Pudemos observar também no Capítulo 3 uma série de referências sobre alimentos e indicações, desde Galeno. Apesar do compromisso com a flexibilidade da dieta, Parham e colaboradores (1991), acreditam que pode ter sido essa tentativa de contribuir ao máximo no tratamento dos pacientes, visando à manutenção e melhoria da qualidade de vida que propiciou a reputação dos nutricionistas como policiais ou fiscalizadores da dieta. Para Parham (1999b; 1999a), ainda permanece a atitude de repreensão ao paciente por esse profissional, usualmente com mensagens negativas onde é reforçado o que não deve ser consumido. A partir da década de 1930, os tratados de nutrição proporcionam uma mudança no significado da massa corporal.

The normal diet and healthful living (SANSUM, HARE et al., 1936)

- Os autores citam as tabelas dos Seguros de Vida, correlacionando libra ou quilo de massa corporal com excesso de peso ou baixo peso (p. 136).
- O texto reconhece uma participação da genética na obesidade, porém bem menor do que a influência pelos alimentos e preparações, principalmente através do álcool e da gordura alimentar.
- Os leitores são lembrados que a massa corporal não é um atributo fixo, mas que possui características de plasticidade podendo, portanto, ser regulada.

Para Sobal e Maurer (1995; 1999a; 1999b) o tema de maleabilidade da massa corporal tem sido sustentado até a atualidade, sendo muito debatido nas últimas três

décadas. Ayers, citado por Parham (1999a), caracterizou o gerenciamento da obesidade pelos profissionais de saúde, na década de 1930, como efetuados por missionários fervorosos. Para Parham,

“[...] trabalhando a partir de uma percepção de que a obesidade foi sempre um resultado direto do consumo alimentar elevado, a abordagem terapêutica usual foi forçar o paciente a supervisionar a sua ingestão alimentar no detalhamento da culpa. Munido com esta evidência, o nutricionista tenta impressionar o paciente com a quantidade elevada de sua ingestão. Supunha-se que, uma vez o paciente convencido do seu consumo alimentar fosse, de fato, excessivo, o paciente poderia corrigir a situação”²⁰.

Por outro lado, Sherman e Lanford (1943, 1968), demonstram preocupações com a desnutrição.

Essentials of nutrition (SHERMAN e LANFORD, 1943, 1968)

- Em contraste com os livros contemporâneos internacionais, que tendem a mencionar o baixo peso somente ao se referirem aos transtornos alimentares, esses autores demandam igual atenção para a obesidade e para a desnutrição.
- Os autores reconhecem que alguns indivíduos têm mais tendência à obesidade do que outros e questionam a obesidade como um problema de saúde ao invés de uma questão de estilo.
- Os autores observam que as mulheres universitárias tendem a se manter mais emagrecidas, sugerindo que é melhor para a saúde, para a

²⁰ No original: “[...] working from a perception that obesity was always the direct result of overeating, the routine therapeutic approach was to force the patient to recall his food intake ‘in guilt-making detail’. Armed with this evidence, the dietitian attempted to impress the patient with the ‘enormity of his intake’. It was assumed that once convinced that his intake was, indeed, grossly excessive, the patient would proceed to correct the situation”.

felicidade, eficiência e longevidade. Ao final afirmam que essas mulheres se sentiriam melhor se aumentassem de peso.

Nutrition and diet therapy (PROUDFIT e ROBINSON, 1957)

- As autoras consideram uma forte posição frente às implicações da obesidade na saúde, afirmando que “o maior problema da medicina preventiva hoje é a obesidade”²¹ (p. 347).
- As autoras consideram que muitos casos de diabetes poderiam ser prevenidos caso os indivíduos evitassem o consumo exagerado de alimentos com os seus conseqüentes efeitos adversos, dentre eles o ganho excessivo de peso.
- Mencionam que a redução da massa corporal é difícil de ser alcançada e mantida.
- Afirmam que “a obesidade pode ser superada pela estrita adesão a uma dieta de baixa calorias”²² (p. 356-357).
- As autoras consideram que os nutricionistas são encarregados de oferecer motivação aos pacientes para que os mesmos possam alcançar a perda de massa corporal. Mas, chamam a atenção para que o paciente deva ser capaz de exercer a autodisciplina, a paciência e a perseverança ao longo do seu tratamento.

Pode-se observar que, as abordagens de Proudfit e Robinson (1957) são coerentes com a medicalização da obesidade. Segundo Parham e colaboradores (PARHAM, FLYNN et al., 1991; 1999b; 1999a), embora os tratados sobre nutrição

²¹ No original: “The greatest problem of preventive medicine today is obesity”.

²² No original: “[...] obesity can be overcome by strict adherence to a low calorie diet”.

nesse período fossem ainda otimistas ao defenderem dietas contendo baixas quantidades de energia, havia evidências que o tratamento baseado nestas características não estava promovendo resultados satisfatórios quanto à redução da massa corporal. O estudo conduzido por McCann e Trulson (1955), publicado pelo *Jornal da Associação Americana de Dietética* e citado por Parham (1999a), relatou que após três anos de aconselhamento nutricional individual ou em terapia de grupo, os resultados da então pesquisa não conseguiam evidenciar que o tratamento havia sido eficaz para sustentar a perda de massa corporal. Os autores do estudo acreditavam que, caso tivesse sido oferecidos mais informação e motivação, os pacientes que participaram do estudo poderiam ter alcançado melhores resultados. Atualmente estudos realizados para verificar a adesão a programa de aconselhamento nutricional realizados no Brasil têm demonstrado não haver diminuição significativa do consumo energético bem como nos parâmetros dietéticos estudados (GUIMARÃES, DUTRA et al., 2010).

Young e colaboradores (1955) relatam modesto sucesso na perda de massa corporal em estudo conduzido pelo grupo, porém alguns anos mais tarde, Young confia a Wyden (1965) que todos os pacientes após algum tempo, haviam recuperado novamente o peso. Em 1959, Stunkard e McLaren-Hume publicam uma revisão onde foram avaliados os resultados dos tratamentos até então empregados na perda de massa corporal. Os resultados evidenciaram que muitos dos pacientes não permaneciam nos tratamentos. Para esses pesquisadores, os pacientes que permaneceram, muitos não iriam perder peso e os que perderam, iriam com o tempo recuperá-los (STUNKARD e MCLAREN-HUME, 1959).

Uma sucessão de novas terapias foram introduzidas na segunda metade do século XX, como visto nos Capítulos 3 e 4, para se obter a perda de massa corporal, incluindo dietas bem restritivas caloricamente, inanição, cirurgias, terapias

medicamentosas, exercícios aeróbicos, técnicas de modificações comportamentais, dentre outras. A princípio, todas as técnicas apresentavam vantagens significativas quanto à perda de massa corporal. Avaliações à longo prazo comprovavam, entretanto, que essas técnicas não davam conta isoladamente de reverter as estatísticas de aumento da massa corporal nas populações, em especial nos países desenvolvidos. Algumas técnicas foram então deixadas de serem implementadas (HOLMES, ZYSOW et al., 1989; PARHAM, FLYNN et al., 1991; PARHAM, 1999a).

No entanto, técnicas que empregavam modificações comportamentais revelaram ser um componente possível em muitos programas, sendo desta maneira agregada a inúmeros tratamentos para promover a perda de massa corporal. Tanto que em 1983, um painel organizado pelos pesquisadores da área para o Congresso Internacional de Obesidade elaborou orientações terapêuticas a serem conduzidas por profissionais da área de saúde nos programas de controle de peso. A modificação do comportamento alimentar foi considerada a técnica terapêutica mais importante para a prevenção e tratamento da obesidade como salientado nos Capítulos 3 e 4 (WEINSIER, WADDEN et al., 1984). Juntamente com as novas técnicas para o tratamento da obesidade, o nutricionista foi sendo introduzido nas equipes, onde a dieta estava associada com outras terapias para a redução da massa corporal (PARHAM, FLYNN et al., 1991; PARHAM, 1999a).

Introductory nutrition (GUTHRIE, 1971, 1989)

- A autora reconhece a complexidade do agravo.
- Comenta que o prognóstico para a manutenção da massa corporal era diferente entre um grupo e outro.

- A autora comenta que apesar da obesidade apresentar desvantagens na saúde, na vida socioeconômica e psicológica e, principalmente, a perda de peso ser difícil de ser atingida, era imperioso que este objetivo fosse alcançado.

Understanding nutrition (WHITNEY e HAMILTON, 1981, 1990)

- As autoras exploram uma discussão dos fatores que contribuíam para a obesidade.
- Empreendem uma orientação revisada na manutenção da massa corporal.
- Mesmo que os estudos confirmassem que apenas 1/3 dos obesos apresentavam sucesso com a perda de massa corporal, as autoras expressavam expectativas. Em especial nas intervenções individualizadas.

Handbook of clinical dietetics (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 1992)

- Os autores consideram que as definições da obesidade dependem da sua utilização. Conforme definido pelo público em geral, a obesidade é baseada em critérios subjetivos e freqüentemente é uma base para a discriminação.
- Os autores apresentam uma revisão das várias teorias de causalidade da obesidade.

Mayo clinic diet manual: a handbook of nutrition practices (NELSON, MOXNESS et al., 1994)

- A obesidade é considerada, pelos autores da Clínica Mayo, como uma questão de saúde pública, devendo o tratamento priorizar a redução da gordura corporal para alcançar uma melhoria na saúde e/ou minimizar os riscos de complicações.
- Os autores preconizam que o tratamento deve constar de dieta com moderada restrição calórica, exercícios físicos, intervenções comportamentais e/ou psicológicas, com mudanças nos padrões das refeições e na seleção de alimentos.
- Consideram que uma única abordagem para o tratamento não é indicada no caso da obesidade. O tratamento fica menos eficaz.
- É importante determinar um peso desejável antes do início do tratamento: indica o peso corporal que será considerado como benéfico para restabelecer a saúde individual.

Medical nutrition and disease (MORRISON e HARK, 1996)

- Os autores acreditam ser a obesidade uma forma de má nutrição, aumentando o risco de agravos à saúde.
- Consideram que, apesar da crescente preocupação dos americanos com a dieta, a obesidade continua a crescer.
- Compara três programas oferecidos para promover a perda de peso, os quais se baseiam em educação nutricional, associados à prática de atividade física. Os autores seguem as recomendações da Academia

Nacional de Ciências na qual acredita que pequenas perdas na massa corporal podem reduzir o risco de desenvolver doenças crônicas.

- O objetivo do tratamento da obesidade consiste em: “[...] ser reorientados unicamente para perda de peso, na qual é prioridade a aparência à gestão de peso, alcançando a melhor massa corporal possível no contexto da saúde global”²³. (p. 40)

Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia (MAHAN e ESCOTT-STUMP, 1998)

- As autoras consideram a obesidade como um problema de saúde pública uma vez que a obesidade continua a crescer, apesar da ingestão total de energia ter diminuído nos Estados Unidos.
- Afirmam que este agravo está relacionado a muitos estados de doenças e aos conseqüentes níveis de mortalidade.
- Chamam a atenção para a imagem negativa na sociedade: “de que traz a atitude difundida de que a obesidade é uma desgraça” (p.466).
- Relatam que o obeso é discriminado na escola, no trabalho e nas oportunidades sociais. “As vítimas tipicamente são pegas em um ciclo vicioso de auto-estima, depressão, superalimentação para consolação, gordura aumentada, rejeição social e posteriores ações de autodefesa” (p. 467).
- Consideram que a visão simplista de considerar a obesidade como um reflexo de ingestão excessiva ou atividade física inadequada está gradualmente sendo abandonada e substituída pelo reconhecimento da

²³ No original: “Specifically, the goal of obesity treatment should be refocused from weight loss alone, which is aimed at appearance, to weight management, achieving the best weight possible in the context of overall health”.

ação dos fatores fisiológicos, metabólicos e genéticos, que levam a um estado físico indesejáveis.

- Acreditam que qualquer programa para a perda de massa corporal deve integrar mudanças de escolhas alimentares com exercício, com mudança comportamental, educação nutricional e apoio fisiológico. Para tanto sugerem dieta restritas em energia, exercícios, modificação comportamental: automonitoração, controle do estímulo e técnicas de auto-recompensa. A medicação e a intervenção cirúrgica podem ser introduzidas ao programa, se houver necessidade.
- As autoras reconhecem que dependendo do tipo e da severidade da obesidade, da idade e do estilo de vida do indivíduo envolvido, a redução de massa corporal de sucesso varia de um problema relativamente simples para ser virtualmente impossível.

Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença (SHILS, OLSON et al., 2003)

- Os autores consideram a obesidade como deletéria para a saúde e bem-estar, estando associadas a fatores genéticos e ambientais.
- Ponderam que perder peso e mantê-lo baixo é extremamente difícil de ser seguido.
- Consideram que uma dieta mista bem balanceada é preferível a uma dieta restritiva por prolongados períodos de tempo.
- Referem que o círculo vicioso, de ganhar e perder peso corporal, pode ser nocivo.

Nutrição: conceitos e controvérsias (SIZER e WHITNEY, 2003)

- A obesidade é considerada um problema de saúde, que aumenta substancialmente os riscos de doenças e morte prematura.
- As autoras consideram que não é o peso corporal que deva ser controlado, mas sim o que é gordo no corpo em proporção ao que é magro, ou seja a composição corporal. Porém não é possível controlar a composição corporal, mas o comportamento.
- Referem que surtos esporádicos como fazer dieta, não são efetivos, pois “os comportamentos que conquistam e mantêm um peso corporal saudável tomam uma vida de compromisso” (p. 314).
- Ser obeso tem custo social e econômico: são menos procuradas para romances e, eventualmente, menos contratadas para empregos. Pagam mais por seguro de vida e por roupas. Psicologicamente tendem a se sentir mais rejeitadas e embaraçadas, diminuindo a auto-estima.
- Para as autoras o conselho de seguir dieta hipocalórica é difícil de ser seguido. Quase todo mundo que faz dieta recupera a sua antiga forma em curto prazo.

Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto (CUPPARI, 2005)

- A autora considera a doença como sendo multifatorial.
- O acúmulo de gordura corporal compromete a saúde do indivíduo.
- As decisões da conduta nutricional deverão basear-se na avaliação dos riscos e nos fatores que contribuíram ou predisuseram para o surgimento da doença. Para tanto é importante avaliar os riscos que a

obesidade representa, qual deve ser a perda de massa corporal e como poderá ser alcançada.

- A autora sugere como tratamento à promoção de padrão alimentar saudável e modo de vida ativo. Recomenda as orientações da Organização Mundial da Saúde divulgadas na Estratégia Mundial para Alimentação e Atividade Física, em 2003.
- O objetivo da intervenção dietética é reduzir a gordura corpórea para um nível que seja acompanhado melhoras no nível de saúde ou risco de complicações.
- Recomenda uma avaliação da eficiência da intervenção. Entretanto a autora considera que “é comum o tratamento ser abandonado, caracterizando mais uma experiência frustrante para o paciente e para o profissional” (p. 164).

Síndrome metabólica - semiologia, bioquímica e prescrição nutricional (DUARTE, FAILLACE et al., 2005)

- Os autores consideram a obesidade como sendo um importante problema de saúde pública.
- Referem que é “um dos distúrbios mais comuns na prática médica e uma condição das mais frustrantes e difíceis de serem controladas. Pouco progresso foi alcançado no tratamento da obesidade [...]” (p.43).
- É proveniente de um estilo de vida sedentário associado à ingestão crônica de excesso calórico e também por influências genéticas.
- Para os autores quando há redução de 5 e 10% da massa corporal inicial ocorre redução de 30% de gordura visceral e um dos mecanismos mais

importantes para esta redução de peso é a baixa ingestão de energia. Porém, os autores consideram que “na redução ponderal a curto prazo, a manutenção do peso corporal atingido é considerada um desafio, pois comumente o peso perdido é posteriormente recuperado” (p. 59). Desta maneira, recomendam uma dieta individualizada de déficit de energia modesto.

Os tratados em nutrição e dietoterapia das décadas de 1990 e 2000 já não refletiam confiança no poder da dieta, reconhecendo a complexidade dos fatores que contribuíam para a manutenção dos níveis de gordura corporal. Dietas restritas ainda permanecem sendo recomendadas, mas existe um reconhecimento da limitada eficácia de dietas hipocalóricas, em especial quando conduzidas isoladas de outros tratamentos.

O reconhecimento das consequências provenientes da presença da obesidade e da ineficácia dos tratamentos para a promoção da perda de massa corporal gera um dilema para o tratamento da obesidade. Diante deste dilema, a que estratégias os profissionais de saúde estão recorrendo para conceituar a obesidade de modo a reduzir a dissonância? Ou como nos sugere Bourdieu (BOURDIEU, 2004), como o campo da obesidade está se refratando ou se retraduzindo com relação a essas pressões ou demandas externas? Confrontado com os resultados decepcionantes de alguns tratamentos e as intervenções na perda de massa corporal, o campo da obesidade têm recorrido a algumas formas de conceituar o dilema da massa corporal de modo a reduzir essa dissonância ou refratar as imposições externas ao campo, ao ponto de serem transfiguradas e se tornarem irreconhecíveis. A principal é na acusação da vítima.

Responsabilizar a vítima

Uma estratégia de longo prazo para lidar com o dilema da obesidade tem sido responsabilizar o paciente obeso pelo não sucesso do tratamento. No Capítulo 3 pudemos verificar que o obeso, ao longo dos séculos, foi descrito como tendo pouco autocontrole para seguir uma dieta restritiva por muito tempo. Stunkard observou que os profissionais confrontados com o fracasso de seus tratamentos recorriam “a moralização, a indiferença e ao desespero” (1980: 84). O extremo desta reação seria a revolta, como referido por Parham e colaboradores (1991), mas uma resposta mais comum é a do profissional descrever o paciente como não preparado para assumir o compromisso e os sacrifícios necessários para manter uma dieta rigorosa e um programa de exercícios (PARHAM, 1999a).

Uma variação sobre a estratégia de responsabilizar o obeso é declarar que o sucesso do tratamento somente será possível se o paciente permanecer em tratamento por muito tempo, trabalhar o suficiente e incorporar as mudanças de estilo de vida suficiente. O guia para dieta da Clínica Mayo preconiza um tratamento mínimo de doze a 18 meses para garantir efetividade na perda de massa corporal (NELSON, MOXNESS et al., 1994). O Instituto Nacional de Saúde americano recomenda, em suas diretrizes para a obesidade, que um programa de manutenção do peso corporal deve continuar indefinidamente (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 1985). Como pudemos observar nos tratados de nutrição a restrição alimentar é uma abordagem sempre presente.

Um exemplo desta situação está presente no Livro *Você é o que você come: o poder da alimentação natural*. Um relato descrito pela nutricionista McKeith sobre o pior paciente que ela havia atendido ao longo de sua prática profissional (MCKEITH, 2005: 27):

“[...] O **pio**r comedor da Inglaterra

Andy, especialista em informática, de 26 anos, natural de Essex, participou do programa-piloto da série *Você é o que você come (You are what you eat)*²⁴. A namorada rompeu com ele uma semana antes, o que foi um choque terrível. Ele estava **arrasado e gravemente deprimido** quando o conheci.

A vida de Andy consistia em **empanturrar-se** de comida durante o dia e **tomar porres** no bar à noite. Uma amostra de sua dieta diária: frituras, chocolate, pão branco, hambúrgueres, mais hambúrgueres e ainda mais hambúrgueres, batata frita e muita cerveja. Esse jovem louro, robusto, de 1,88 m de altura, traços finos, pesava 178 kg. Estava clinicamente obeso, e **suas escolhas alimentares ruins** estavam arruinando sua vida. Ele estava exausto, com falta de ar, sofria de uma terrível indigestão, gases e inchaço, e estava realmente na fossa. Suas fezes viscosas, pegajosas, insalubres fediam excessivamente e ele suava demais, mesmo sem se movimentar.

Meus exames bioquímicos revelaram que seu perfil de sais minerais e vitaminas era medonho e que ele tinha o nível mais abaixo de ácidos graxos essenciais (AGEs) que eu já vira em meus últimos anos de profissão. Isso significa que ele não conseguia decompor bem as gorduras.

Dei-lhe um ultimato: Siga o meu programa ou morra jovem. Faça o que eu mandar que continuarei a trabalhar com você. Se sair da linha eu o abandono. Andy fez a escolha certa. Embarcou com entusiasmo no meu programa²⁵ que era o seguinte:

Nada de [...]

Quantidades limitadas de [...]

Andy perdeu mais de 25 Kg em menos de três meses e se sentiu ótimo.

Embora ainda esteja em processo de emagrecimento, hoje Andy é **um novo homem e está com ótima aparência [...]**”.

²⁴ Este programa é apresentado semanalmente no canal de televisão fechado (por assinatura) conhecido como GNT.

²⁵ NA: O grifo é nosso. Não existe no texto original.

A responsabilização do obeso pelo insucesso no tratamento parece deflagrar a incapacidade da área biomédica, em tratar a doença. Este resultado reforça a medicalização, o estigma e a discriminação do indivíduo com obesidade. E, particularmente para os nutricionistas, o inconveniente mais grave da medicalização é de dar uma forma de legitimidade científica à estigmatização dos obesos e de encerrá-los num núcleo dietético-psicológico (PARHAM, 1999a). Por esse motivo é que alguns cientistas argumentam explicitamente sendo a favor de uma não-medicalização da obesidade (GERMOV e WILLIAMS, 1996; POULAIN, 2006).

5.2. Sobre a noção de estigma

O fenômeno da estigmatização foi descrito por Goffman, como “a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena” (GOFFMAN, 1988: 7). O termo estigma foi criado pelos gregos para se referirem a sinais corporais – cortes ou fogo no corpo – com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de mau ou extraordinário sobre o *status* moral de quem os apresentava. Ou seja, o sinal corporal evidenciava que o portador era um escravo, um criminoso ou um traidor.

Para Goffman (1988) a sociedade estabelece os meios de categorizar os indivíduos e o total de atributos considerados como comuns e naturais para cada um dos membros que pertence a esta sociedade. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontradas. As rotinas de relação social em ambientes sociais estabelecidos nos permitem um relacionamento com outras pessoas, previstas sem atenção ou reflexão particular. Então, quando um estranho nos é apresentado, os primeiros aspectos nos permitem prever a sua categoria e os seus atributos – a sua identidade social. Baseando-se nessas pré-concepções, nós as

transformamos em expectativas normativas, em exigências apresentadas de modo rigoroso. Sem nos darmos conta, a todo tempo estamos fazendo algumas afirmativas em relação àquilo que o indivíduo que está a nossa frente deve ser. São demandas feitas efetivamente e o caráter que imputamos ao indivíduo vem de um retrospecto em potencial, uma caracterização efetiva, uma identidade virtual. A categoria e os atributos que ele, na realidade, prova possuir, são a sua identidade real.

Enquanto o estranho está a nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente dos outros e de uma categoria que pudesse ser incluído como uma espécie menos desejável, má, perigosa, fraca ou um defeito, uma desvantagem. Assim deixamos de considerá-lo como uma criatura comum e total e a reduzimos “a uma pessoa estragada e diminuída”. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande (GOFFMAN, 1988: 12).

Desta maneira, ao analisar o estigma social na percepção de diversas enfermidades, Goffman (1988) demonstra que os significados socialmente construídos, a partir da aparência, são produzidos não por certos atributos isolados do indivíduo, mas pelas relações entre os diferentes atributos. Essa dissonância pode ser provocada por um atributo que é incongruente com a nossa visão estereotipada da qual certo tipo de indivíduo deve ter. Assim, define a estigmatização social, como o produto de um desencontro, uma dissonância entre as identidades virtual e real.

5.3. Estigmatização dos obesos

No caso da obesidade, a classificação que este agravo transfere para uma categoria positiva ou negativa parece não resultar de uma característica particular, mas da relação entre traços físicos e imagem social. Se tomarmos, por exemplo, o caso de

algumas profissões: no exercício de determinadas funções, o estado de obesidade se torna mais ou menos incongruente. Fischler (1987) testou essa hipótese, utilizando fotos e solicitando aos entrevistados que correlacionassem algumas profissões consideradas por eles como adequadas para pessoas obesas: entre as profissões mencionadas, havia cozinheiros, políticos, relações públicas, dentre outras. Quando a profissão ou função do sujeito implícito exigia grande força de trabalho, alguns entrevistados não viam indivíduos obesos, mas indivíduos fortes. Ao mostrar uma foto de um homem apresentando um grau de obesidade considerável, em um trabalho que exigia muita força, um dos entrevistados referiu que o indivíduo tinha barriga, mas o restante do corpo era músculo e não gordura. Desta maneira, para Fischler, a imagem social do obeso pode influenciar o que as pessoas consideram como obesidade. Esse resultado de Fischler é consistente com o conceito de estigma social, proposto por Goffman (GOFFMAN, 1988).

As sociedades ocidentais contemporâneas tendem a considerar, como analisamos nos capítulos anteriores, os indivíduos que estão obesos como fora dos padrões de normalidade para um ideário de massa corporal. Tais deformidades são vistas não apenas como imperfeições corporais, mas também sinalizam, de acordo com o senso comum, traços negativos de caráter (QUEIROZ, 2000: 62). É no curso das interações sociais que o rótulo de anormal é atribuído a um indivíduo, por outros indivíduos. Esses indivíduos são julgados como fora da normalidade ou desviantes; ou seja, os que não aderem às normas. E assim esse rótulo promove uma série de discriminações sociais, dentre elas a exclusão (GOFFMAN, 1988). Junto com a estigmatização social há a discriminação ostensiva contra a obesidade no emprego (LARKIN e PINES, 1979), no casamento (SOBAL, 1984b; SOBAL, RAUSCEHNBACH et al., 1992) e em outras arenas da vida em sociedade (PUHL e

HEUER, 2009). O estigma passa a acontecer através de um sistema vicioso (Figura 3). O indivíduo obeso não consegue promover a perda de massa corporal. A manutenção da obesidade propicia a perda de auto-estima, levando às práticas alimentares compensatórias, o que por sua vez gera estigmatização e mantém a obesidade. Desta maneira, para Poulain (2006), o obeso aceita e considera como normais os tratamentos, muitas vezes discriminatórios destinados a sua condição e os preconceitos dos quais é vítima.

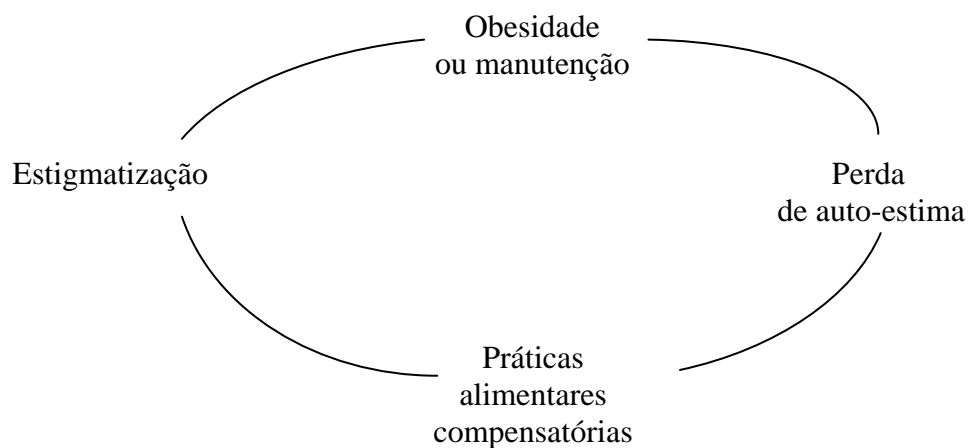


Figura 7. O círculo vicioso da estigmatização da obesidade.

Fonte: (POULAIN, 2006).

E como Goffman refere, inicia-se uma depreciação pessoal que termina com uma alteração da imagem de si mesmo (GOFFMAN, 1988). Porém foi com Cahnman, que o estigma nos obesos foi melhor evidenciado e descrito:

[...] Por estigmatização consideramos a rejeição e o desprezo que são associados ao que é visto (a obesidade) como uma deformação física e uma aberração comportamental [...]” (CAHNMAN, 1968: 15).

O obeso sofre nas sociedades desenvolvidas contemporâneas numerosas discriminações e humilhações: desde a simples compra de um assento ao viajar de avião, *outdoor* públicos expondo a sua condição (Figura 8) e as impressões do olhar estético.



Figura 8. PETA (*People for the Ethical Treatment of Animals*) lança campanha nos Estados Unidos ofensiva às pessoas obesas. *Salvem as baleias. Perca a gordura: torne-se vegetariano.* A propaganda fica ainda mais agressiva e humilhante quando se nota que no desenho está uma mulher.

Fonte: (CAMPANHA PETA, 2009).

Outro exemplo foi a não seleção em concurso público para professor que ocorreu no Estado de São Paulo. Este caso é interessante porque a ação interpretada como de discriminação foi realizada pelo Estado, na figura dos órgãos oficiais do Estado de São Paulo. Outro aspecto de interesse é a reação da sociedade civil

organizada, no caso a Associação dos Professores de Ensino do Estado de São Paulo – APEOESP. Em nota o Sindicato conclama em 03/02/2011:

“Mais uma vez, ações do governo desrespeitam professores da rede pública de ensino. O veto aos candidatos aprovados em concurso público na perícia médica com justificativa de obesidade é um absurdo: denota preconceito e desrespeita direitos fundamentais da pessoa humana, bem como os direitos adquiridos por aqueles que participaram do concurso e nele foram aprovados” (APEOESP, 2011).

O obeso é marginalizado, desvalorizado e repellido da sociedade. Algumas áreas do conhecimento se debruçam sobre o tema explorando dois aspectos em particular. Primeiro delineando e relacionando as formas de estigmatização da obesidade e em seguida procurando amortizar a importância das discriminações das quais os obesos são vítimas, ensinando-os a reconhecê-las e a se protegerem (POULAIN, 2006).

Estudos de descrição da estigmatização da obesidade foram conduzidos por autores americanos (CAHNMAN, 1968; MADDIX, BACK et al., 1968; ALLON, 1973; SOBAL, 1991; PUHL e BROWNELL, 2001). Esses estudos mostram como atitudes negativas em relação aos obesos podem se transformar em verdadeiras discriminações e afetar suas trajetórias sociais. Vínculos estatisticamente significativos foram evidenciados em vários níveis. A polarização de peso continua persistente em ambientes de trabalho, saúde e educação. Porém, a expansão para além destes domínios, também demonstram a presença do viés da massa corporal na mídia e nas estreitas relações interpessoais com familiares e parceiros românticos (PUHL e HEUER, 2009). Os estudos têm indicado que o preconceito e o estigma geram uma ameaça para a saúde emocional e física dos obesos.

A ameaça a saúde emocional fica visível no trabalho realizado no Brasil, conduzido por uma assistente social e indivíduos obesos, através de grupos focais. O objetivo do estudo consistiu em entender a representação social do comer para aquele grupo específico. A pesquisa demonstrou que dentre alguns significados gerados pelas unidades de sentido que caracterizam a prática do controle da massa corporal, o comer estava relacionado com fraqueza, o preconceito e o descontrole emocional, incorporando assim, uma categoria forte, classificada pela pesquisadora como sofrimento. Como subcategorias dentro da dimensão de sofrimento, encontram-se o descontrole, questões emocionais, culpa, tortura, fatalismo, privação, fracasso e responsabilidade. Em uma segunda dimensão, onde se encontravam as manifestações que demandam influência social e cultural foi descrito como unidade de sentido a discriminação percebida ou sentida pelos participantes (FELIPPE, 2003).

Os obesos têm uma taxa de acesso ao ensino superior mais baixa do que os não obesos. Eles estão menos inseridos no mercado de trabalho, com mais dificuldade de encontrar um emprego e quando empregados, sofrem mais discriminação. Seu nível de rendimentos é significativamente mais baixo. Sua promoção profissional é reduzida. Enfim, a obesidade nas sociedades ocidentais, pode ser considerada como um verdadeiro obstáculo social. A pesquisa realizada por Puhl e Heuer (2009) sugere que os estereótipos mais comuns explicitados atualmente acerca de trabalhadores obesos incluem: que eles são menos conscientes, menos agradáveis, menos estáveis emocionalmente e menos extrovertidos que seus contrapartes com massa corporal considerada normal.

Dois estudos utilizaram os dados da Pesquisa Nacional de Desenvolvimento da Meia Idade nos Estados Unidos (*National Survey of Midlife Development in the United States*) O primeiro estudo (n=2.290) constatou que entre os indivíduos que

relataram sofrer discriminação de peso no mercado de trabalho, cerca de 60% haviam experimentado este mau trato, em média, quatro vezes durante sua vida. Os tipos específicos de discriminação no emprego relatados foram: não ser contratado para um emprego, não receber uma promoção e demissão injusta (PUHL, ANDREYEVA et al., 2008). O segundo estudo (n=3.437) constatou que 26% das pessoas obesas e 31% de pessoas muito obesas relataram discriminação no local de trabalho, os quais atribuem a sua massa corporal e aparência (CARR e FRIEDMAN, 2005).

Estudos analisando os dados da Pesquisa Longitudinal Nacional de Jovens (*National Longitudinal Survey of Youth – NLSY*) sugerem que a obesidade também afeta negativamente os salários. Em um estudo (n=12.686), foi demonstrado haver uma penalização salarial coerente para os empregados obesos, mesmo após o ajuste para variáveis socioeconômicas, familiares e de saúde. Para os homens obesos, a penalização salarial variou entre 0,7 a 3,4%. Para as mulheres obesas, a penalização salarial foi maior e variou de 2,3 a 6,1% (BAUM e FORD, 2004). Em publicação recente, Kim e Leigh (2010), utilizando dados referentes de salários de chefes de família, extraídos do Painel de Estudo da Dinâmica de Renda para 2003 a 2007 (*Panel Study of Income Dynamics for 2003 to 2007*), demonstraram haver associação consistente com a hipótese de que os baixos salários aumentam a prevalência de obesidade e de massa corporal, atuando como um círculo vicioso.

Outros estudos de corte transversal suportam essas descobertas. Em um estudo sobre adultos que vivem em nove países pertencentes à União Européia (n=17.767 mulheres e 34.679 homens), observou-se que um aumento de 10% em média no IMC reduziu os salários/hora dos homens em 1,9 % e das mulheres em 3,3%. Nos países do Sul da Europa, onde os cidadãos são supostamente mais preocupados com o ganho de massa corporal, o efeito foi maior (BRUNELLO e D'HOMBRES, 2007).

Outro trabalho de análise utilizando dados do Inquérito Nacional dos Advogados (n=722) verificou que os advogados, do sexo masculino, que apresentaram excesso de peso receberam menos que os advogados com peso considerado dentro da faixa de normalidade (SAPORTA e HALPERN, 2002).

As crianças desempenham um papel de primeiro plano no fenômeno da estigmatização. Elas são a primeira fonte da estigmatização declarada pelos adultos obesos (PUHL e LATNER, 2007). Gramer e Steinwert, citados por Poulain (2006), demonstraram que, desde os três anos de idade, fase conhecida como de identidade, as crianças manifestam claramente comportamentos de estigmatização (zombaria, esquiva, rejeição, *bullying*, dentre outros) em relação a indivíduos com obesidade, quer sejam adultos ou crianças (POULAIN, 2006: 124).

Mas essas atitudes negativas não são unicamente um fato da sociedade civil, elas parecem igualmente estar presentes no próprio centro do aparelho biomédico. Nos últimos anos, crescentes pesquisas internacionais demonstram que os prestadores de cuidados em saúde, em diversas áreas, endossam suposições estereotipadas sobre obesos e atribuem à obesidade causas censuráveis. Puhl e Brownell (2001) resumiram uma série de estudos demonstrando que médicos, enfermeiros, psicólogos e estudantes de medicina possuem atitudes negativas em relação aos pacientes obesos, incluindo créditos de que os pacientes obesos são preguiçosos, não condescendentes, indisciplinados e com pouca força de vontade. Esses estudos demonstram a permeabilidade dos atores do sistema de saúde aos valores predominantes quanto ao ideário atual de magreza e a influência determinante destes, sobre a maneira como eles concebem seus papéis profissionais (POULAIN, 2006). Goffman já havia demonstrado para as doenças comportamentais, que os membros do sistema médico asseguram uma função de grandes estigmatizadores (GOFFMAN, 1988). Puhl e Brownell (2001)

concluíram que a ideologia médica participa da justificação da rotulação como desviante e contribui para a depreciação das pessoas obesas.

Pesquisas sugerem que os nutricionistas não estão imunes ao preconceito pelos obesos. Berryman e colaboradores (2006) avaliaram atitudes negativas em relação à obesidade entre estudantes e não estudantes de nutrição na Universidade de Ohio. Ambos os grupos (n=76) apresentaram níveis moderados de fobia referentes à gordura corporal e 16%, de ambos os grupos, apresentaram alto nível de fobia à gordura corporal. A maioria dos alunos (entre 71-91%) concordou ou concordou fortemente com os estereótipos de que indivíduos obesos comem demais, são inativos, inseguros, lentos e não apresentam resistência física, com baixa auto-estima e baixo autocontrole. Mais da metade dos estudantes concordaram ou concordaram fortemente que indivíduos com excesso de peso não têm força de vontade, são pouco atraentes e preguiçosos. Os autores concluem que o currículo do curso de nutrição da Universidade de Ohio não é adequado, pois não dá conta de dissipar preconceitos com relação à obesidade.

Foi realizado um estudo com membros da Associação Dietética Britânica (n=187), visando avaliar opiniões sobre as causas, atitudes e percepções de responsabilidade e a relação entre os pontos de vistas com as práticas de gerência do peso corporal. O estudo demonstrou que a inatividade física foi identificada como um fator causal importante tanto para o excesso de peso como para a obesidade. O humor e as escolhas erradas de alimentos associadas a um elevado consumo, o uso freqüente de dietas e os fatores interpessoais também foram vistos como relativamente importantes para ambos os grupos. As atitudes negativas mais descritas foram a percepção reduzida de auto-estima, a capacidade de atração sexual e o fator saúde. Os nutricionistas, participantes desse estudo, avaliaram as pessoas obesas mais negativamente do que pessoas com excesso de peso e viram tanto pessoas com excesso de peso e obesas,

como sendo responsáveis por seu estado em relação ao peso (HARVEY, SUMMERBELL et al., 2002). Estudo realizado na Austrália com metodologia semelhante ao anterior demonstrou que os nutricionistas (n=400) relataram frustração com a falta de comprometimento e motivação, a falta de condescendência e as expectativas irrealistas dos seus pacientes obesos (CAMPBELL e CRAWFORD, 2000).

Puhl e colaboradores (2009) avaliam a polarização do peso corporal entre os estudantes de nutrição de escolas ao longo dos Estados Unidos, através de questionário de pesquisa *on-line*. Os estudantes foram aleatoriamente designados a lerem um de quatro prontuários médicos de pacientes, que variavam apenas por sexo e peso corporal. Comparados os alunos que leram os prontuários de pacientes não obesos, os estudantes que leram os prontuários dos pacientes obesos avaliaram os pacientes como menos prováveis de cumprir com as recomendações de tratamento e como tendo a pior qualidade da dieta e estado de saúde, apesar do fato de que os alimentos e as informações de estilo de vida fossem idênticos nas diferentes condições. Em contraste, os pacientes obesos e não obesos foram classificados pelos participantes do estudo como sendo similarmente motivados, receptivos e bem sucedidos no tratamento. Além disso, os participantes em todas as condições expressaram uma moderada fobia à gordura corporal, semelhante aos achados de Berryman e colaboradores (2006). A maioria dos estudantes de nutrição (variando de 54 a 81%) concordou que os indivíduos obesos possuem baixo autocontrole, são pouco resistentes e sofrem de baixa autoestima. Os estudantes também acreditam que os indivíduos obesos tendem a comer excessivamente, não são atraentes, são lentos, inseguros e inativos.

Os autores chamam a atenção para as implicações destes resultados na educação e na necessidade de intervenção na formação nutricional e permanecem chamando a atenção para a pouca sensibilização ao preconceito à obesidade e a gordura

corporal nos currículos dos cursos de nutrição (PUHL, WHARTON et al., 2009). Como visto anteriormente, podemos supor no caso brasileiro, que primeiramente predomina na formação dos nutricionistas a vertente biológica da nutrição, ocultando a dimensão social, sendo esta reduzida aos processos fisiológicos e individuais (BOSI, 1988) e posteriormente, o risco em desempenhar um papel de estigmatizadora, legitimado pelo modelo de medicalização e cientificidade.

Além de atitudes negativas que os profissionais de saúde têm em relação aos pacientes obesos, também é importante sinalizar se as práticas de tratamento prescritas podem comprometer a assistência aos pacientes obesos. Entre uma amostra de 400 nutricionistas, menos da metade se sentiu preparado para tratar pacientes obesos e apenas um terço acredita que os nutricionistas são eficazes no tratamento da obesidade (CAMPBELL e CRAWFORD, 2000).

Pesquisa realizada com médicos responsáveis por cuidados primários (n=5.000), demonstrou que esses profissionais se consideram mal guarnecidos para tratar a obesidade e acreditam que o tratamento é pouco efetivo. Apenas 14% acreditam serem bem sucedidos em ajudar os obesos com a perda de massa corporal. Menos da metade se considera competente para prescrever programas de perda de massa corporal e apenas 14% acreditavam ser bem sucedido em ajudar os pacientes obesos a perder peso. Mais de 50% dos médicos vêem os pacientes obesos como estranhos, desinteressantes, feios e não aderentes ao tratamento (FOSTER, WASSEN et al., 2003).

Outro estudo realizado com 510 médicos generalistas em Israel demonstrou que 72% acreditavam que tinham eficácia limitada para conduzir o tratamento da obesidade e se consideravam mal preparados na sua formação de médico para conduzir o tratamento de pacientes com excesso de peso. Sessenta por cento referiram conhecimento insuficiente sobre as questões nutricionais. Quanto à farmacoterapia no

tratamento da obesidade, apenas 66% conheciam as indicações das drogas para prescrição (FOGERLMAN, VINKER et al., 2002).

Embora um estudo tenha relatado que os educadores físicos em geral consideram o aconselhamento para promoção de perda de massa corporal em pacientes obesos profissionalmente gratificante (HARE, PRICE et al., 2000), muitos estudos demonstram que os profissionais da saúde acreditam que o tratamento da obesidade é profissionalmente não recompensador (CAMPBELL e CRAWFORD, 2000; PUHL e BROWNELL, 2001). Segundo Puhl e Heuer (2009), se os profissionais de saúde estão profissionalmente insatisfeitos com o tratamento da obesidade, eles podem diminuir os esforços para tratar os seus pacientes obesos.

Bertakis e Azari (2005), em estudo de desenho prospectivo, investigaram o impacto da obesidade na atenção primária através da análise de fitas de vídeo dos atendimentos domiciliares a 509 pacientes por 105 médicos. Os procedimentos foram analisados pelo método do Código de Observação Davis. A obesidade não foi significativamente associada com a duração da visita, mas influenciou na condução durante a visita. Os médicos passaram menos tempo promovendo educação em saúde para pacientes obesos, enquanto que gastaram mais tempo proporcionando educação em saúde para pacientes que apresentavam uma melhor saúde física e maior *status* econômico. Além disso, o tratamento da obesidade dos pacientes não esteve relacionado com orientações sobre nutrição. Em conjunto, estes resultados sugerem que os profissionais de saúde podem estar gastando tempo inadequado com pacientes obesos, apesar da importância de lhes fornecer informações e recursos para participar de estilos de vida mais saudáveis.

As atitudes negativas dos profissionais de saúde e as práticas não tão efetivas utilizadas para tratar a obesidade não passam despercebidas pelos pacientes obesos.

Puhl e Brownell (2006) examinaram experiências de estigmatização entre mulheres obesas (n=2.449) através de pesquisa com questionário *online*. Cinquenta e três por cento relataram ter recebido comentários inadequados dos membros da profissão médica sobre seu peso. Sessenta e nove por cento relataram ter sofrido alguma experiência de estigma por médicos ao menos uma vez e 52% em diversas ocasiões. Os participantes também relataram ter tido experiência de estigma de outros profissionais de saúde, incluindo enfermeiros (46%), nutricionistas (37%) e terapeutas comportamentais (21%).

Foi avaliada por questionário a relação médico-paciente sob a ótica de 105 pacientes candidatos à cirurgia bariátrica e 214 candidatos à prescrição medicamentosa para promoção da perda de massa corporal. Treze por cento dos candidatos à cirurgia e 21,6 % dos pacientes sem cirurgia relataram que tinham sido tratados com desrespeito por profissionais médicos devido ao peso corporal. Além disso, 43,4% dos candidatos à cirurgia e 22,5 % dos candidatos sem cirurgia relataram estar muito entristecidos e chateados com os comentários que os médicos haviam externado com relação ao seu peso. Mais de 70 % dos pacientes, em ambos os grupos, relataram sentir que a maioria dos médicos não compreende como é difícil ser obeso (ANDERSON e WADDEN, 2004). Pesquisadores sugerem que mais estudos necessitam ser conduzidos na área para esclarecer as percepções de cuidado pelos obesos (PUHL e HEUER, 2009). Pouco se tem feito para escutar o principal agente – o indivíduo com obesidade.

Dentro da arena pública da obesidade os obesos pouco se manifestam. Muitos deles não exprimem opiniões a respeito da sua própria condição ou doença. O poder de produzir uma opinião explícita é muito desigualmente repartida, segundo sugere Bourdieu (BOURDIEU, 1998). Conforme explicitado por Platão: opinar é discursar, é falar (PLATÃO, 2010: 52), no entanto, nada é mais desigualmente repartido do que essa capacidade. Considerar todas as pessoas como iguais (dogma) diante da questão da

opinião é um erro político, segundo Bourdieu, pois nem todos têm os instrumentos de produção da opinião pessoal. Ter opinião pessoal é considerado um luxo. “Há pessoas, no mundo social que *são faladas*, por quem se fala, porque elas não falam, para as quais se produzem problemas porque elas não os produzem” (BOURDIEU, 2004: 83). No caso dos obesos, muitos deles não falam, pois também são fortes vítimas do estigma.

O modelo hegemônico da medicalização da obesidade tem participado da legitimação do fenômeno da estigmatização. Por esse motivo é importante que os profissionais de saúde tomem ciência do seu papel de estigmatizadores e do grave risco em desempenhá-lo.

CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pudemos observar através da análise construtivista social que a proposição geral a partir da visão que o que parece ser natural e dado – ou seja, em nossos contextos as realidades médicas e científicas – podem ser vistas como produtos sociais, como habilidades sociais, com histórias e biografias direcionadas, alegando-se descobertas e realizações que são validadas universalmente. Ou seja, a abordagem nos permitiu tornar reivindicações morais, médicas, políticas como objetos sócio-culturais.

Desde o início, este trabalho vem delineando o que nós consideramos como sendo uma abordagem construtivista histórico-social para a obesidade enquanto um problema social. Ao invés de focalizar em aspectos individuais e as causas da sua evolução, privilegiou a descrição sobre os modelos que fundamentam a etiologia das definições da obesidade enquanto um problema social na arena pública. As definições para a obesidade são tratadas como produtos de um processo político e, portanto, como construções sociais introduzidas e legitimadas por interesses poderosos e influentes e aplicados a grupos relativamente impotentes e subordinados.

Consideramos o problema de mapear a natureza social dos modelos da arena pública da obesidade e analisar suas implicações, levando em conta os chamados modelos morais, biomédicos e políticos de não-medicalização. Um subproduto dos modelos hegemônicos tratados é a estigmatização, um elemento limitador da ascensão social e que se apresenta como um aspecto propulsor básico para que a obesidade se transforme em uma questão social, e assim passe a compor o quadro das políticas públicas governamentais.

Assim consideramos primeiro um panorama da obesidade, abordando a internacionalização do agravo. Sem descuidar das peculiaridades nacionais, pudemos contextualizar a obesidade no Brasil, a partir de uma perspectiva internacional, com conceitos e definições gerais próprias do mundo contemporâneo, onde certos padrões de consumos de alimento são condicionados, por exemplo, pelo grande capital da indústria da alimentação ou pela indústria farmacêutica, pela indústria da moda, dentre outras. Neste cenário, verificamos que a discussão atual sobre a obesidade no Brasil está condicionada fundamentalmente pelo debate da fome. Ou seja, as questões relacionadas à alimentação e nutrição, em particular a obesidade, estão presentes em uma agenda política única que é estruturada pela histórica questão da fome. No entanto, o problema da obesidade possui elementos teóricos próprios e globais que, por sua vez, posicionam esse agravo em uma condição específica de ação dentro de uma possível agenda política. Por exemplo, os elementos de estigmatização e discriminação, identificados no Capítulo 5, estão além do aspecto da correlação: fome versus obesidade, e possuem natureza global, a despeito da especificidade de cada país. Este aspecto conduz a outro resultado: a demanda por uma análise da obesidade mais ampla, contemplando a cultura da alimentação e o gerenciamento da interface humana com o ambiente físico, econômico e sociocultural. Ou seja, apesar da unanimidade dos modelos hegemônicos, em particular o de medicalização, é necessário caracterizar a obesidade, em um contexto sócio-histórico-cultural e político. Esta perspectiva, que vem sendo tratada na literatura, coloca-se para além das perspectivas de reformulações ou extensão do modelo biomédico, que inclui a noção de sociedades obesogênicas. Nesse sentido, a obesidade, enquanto um problema de natureza social aponta que o diagnóstico do modelo biomédico, embora importante, é insuficiente para contemplar a ampla dimensão do

problema da obesidade. Este entendimento é importante e deve ser contemplado quando se considera a implementação de políticas públicas.

Como a obesidade possui estreita relação com a comida, o entendimento da origem da definição e a compreensão dos significados simbólicos estabelecidos remetem a uma imersão na trajetória histórica da alimentação. Assim, para analisar os modelos presentes na arena pública da obesidade com suas idéias e disputas, procuramos primeiro empreender uma análise histórica e cultural de como a noção de obesidade foi construída socialmente ao longo dos séculos. Esta análise histórica foi construída tendo como conduto as interpretações e descobertas científicas sobre a obesidade ao longo da história associadas à discriminação. Na composição, torna-se aparente que os relatos históricos isolados dos avanços médicos ficam destituídos de compreensão sem a devida contextualidade. Isto é, sem uma apropriada imersão das várias dimensões através das quais o alimento está inserido. Nesta análise, os aspectos da ciência biomédica são mais contextualizados, por serem estes resultados os que levaram ao modelo hegemônico atual para tratar a obesidade. Isto se dá porque a separação entre o que é razoável e o não razoável com respeito ao peso e ao tamanho corporal vem sendo determinado no contexto da saúde médica. Vários relatos foram explicitados para ressaltar o fio condutor das conseqüências sociais da obesidade: a natureza do estigma e da discriminação associada à obesidade no decorrer da história.

Esta análise nos conduziu aos dois modelos básicos atuais: (a) o biomédico, estabelecido formalmente em meados do século XX, e concebido pelos avanços em áreas da ciência como bioquímica, química, física, dentre outros; e (b) o da não-medicalização, proposto inicialmente pelo movimento feminista americano, e baseado na noção de direito ao próprio corpo enquanto indivíduo. Para estudar a dinâmica de como estes modelos se estabeleceram, exploramos o conceito de campo das relações

simbólicas de Bourdieu. Assim, introduzimos o conceito de campo dos bens simbólicos da obesidade, com destaque ao campo científico da obesidade. Desta análise resulta a descrição de mecanismos de poder que asseguram a hegemonia do modelo de medicalização, num campo de interesses onde se articulam forças associadas, desde a indústria de alimentação à produção do conhecimento científico. Este último aspecto, em particular, é de importância quando se considera a possibilidade de se transmutar, por exemplo, no Brasil, o atual *problema social da obesidade* para uma *questão social da obesidade*, onde o estigma e a discriminação são elementos centrais. É oportuno aqui lembrar o exemplo do Capítulo 5, sobre o problema da não contratação de professores obesos pelo Estado de São Paulo, e o embate encaminhado pela Associação dos Professores, a APEOESP, contra a posição do Governo do estado. Independente do resultado futuro, o elemento discriminatório por parte do agente, no caso o estado, aparece quando o indivíduo (o Professor) é punido por sua obesidade. A reação se estabelece a partir da sociedade civil organizada, no caso a Associação. Entretanto, esta reação se estrutura de modo frágil, uma vez que transfere o problema para o único canal disponível, a esfera jurídica. Esta, por certo, procura suporte na sociedade acadêmico-científica. Neste momento os resultados dos embates do campo científico da obesidade se mostram fundamentais: a capitalização a partir dos bens simbólicos do campo da obesidade define o modelo hegemônico, e seu raio de influência e poder se estende, como neste exemplo, há outros campos. O mesmo mecanismo deste exemplo se faz presente em tantas outras ações da sociedade civil organizada junto à políticos, por exemplo, para elaboração de leis de regulação da indústria alimentícia – uma tarefa hercúlea em qualquer parte do planeta devido ao poder daquela indústria na defesa de seus interesses. Por outro lado, mesmo que com ações fragilizadas, estes movimentos da sociedade organizada geram reflexos não lineares e retroalimentam, numa perspectiva

dialética, agentes de outros campos sensíveis ideologicamente às demandas sociais. Esse mecanismo força então a abertura de novas fronteiras de discussão, em particular, dentro da esfera científica.

O embate dentro do campo científico da obesidade persiste de diferentes formas. Um exemplo importante, tratado no Capítulo 4, é que em 2006, estabeleceu-se um debate amplo sobre a natureza da obesidade. Em particular discutiu-se fortemente se esta é ou não uma epidemia. E os resultados foram então publicados na prestigiosa revista *Jornal Internacional de Epidemiologia (Internacional Journal of Epidemiology)*. O aspecto relevante aqui é que, embora exista uma inclinação a se pensar na obesidade como uma epidemia, com reconhecimento até pela OMS, o consenso longe está de ser alcançado. Esta disputa é uma imagem lívida da luta por interesses múltiplos dentro do campo da obesidade, onde a matiz fundamental se reveste de capital econômico.

A análise do campo da produção de bens simbólicos da obesidade nos conduziu a estudar a forma particular da lógica assumida no caso dos significados de obesidade descritos nos tratados de nutrição. Para título de análise, consideramos muitos dos tratados amplamente difundidos nas escolas de nutrição ocidentais. Deste estudo fica evidente a dinâmica do processo de perpetuação da obesidade enquanto uma doença descrita pelo modelo biomédico. O estigma, que emerge na atuação do profissional, revela-se enquanto incapacidade de solução do problema. Citamos exemplos em que os cânones de reprodução do modelo biomédico conduzem o profissional de nutrição a atribuir a responsabilidade ao obeso por sua incapacidade em diminuir sua massa corpórea.

A análise que desenvolvemos através do conceito de campo da obesidade não nos induziu à armadilhas extremas, como a que fez Germov e Williams (1999) concluírem que a melhor prevenção contra a obesidade seria toda a sociedade ficar

surda aos conselhos dos nutricionistas contemporâneos. Ou seja, se como concluímos, não devemos abrir mão das conquistas advindas do modelo biomédico, devemos pelo menos aprofundá-lo, ao mesclá-lo com elementos do modelo de não-medicalização. O que é categórico a partir deste trabalho, que longe está de ser exaustivo, é que o entendimento da obesidade só pode ocorrer a partir de uma perspectiva sócio-cultural e política. Neste sentido, como uma perspectiva iminente de continuação deste trabalho podemos considerar a análise da situação nacional das dinâmicas entre construtos culturais sobre a obesidade tais como: o ideário de saúde, o corporal e de beleza, o de mercado e a justiça. Para esta análise as técnicas por *framing* revelam-se apropriadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRANDH. Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos. Brasília, 2010. Disponível em: < <http://www.abrandh.org.br/> >.
- ACS, Zoltan J.; LYLES, Alan. **Obesity, business and public policy**. Cheltenham, UK: Edward Elgar 2007.
- ALLISON, David B. et al. Obesity as a disease: a white paper on evidence and arguments commissioned by the council of the Obesity Society. **Obesity**, v. 16, n. 6, p. 1161-1177, 2008.
- ALLON, N. The stigma of overweight in everyday life. In: BRAY, George A (Ed.). **Obesity in perspective Fogarty International Series in preventive medicine**. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, v.2, part 2, 1973. p.83-102.
- _____. Latent social services in group dieting. **Social Problems**, v. 23, n. 1, p. 59-69, 1975.
- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Handbook of clinical dietetics. 2. ed. London: Yale University Press, 1992. 588 p. ISBN 0-300-05218-9.
- ANDERSON, D A; WADDEN, T A. Bariatric surgery patients' views of their physicians; weightrelated attitudes and practices. **Obesity Research**, v. 12, n. 10, p. 1587-1595, 2004.
- ANDREYEVA, T; PUHL, Rebecca M; BROWNELL, Kelly D. Changes in perceived weight discrimination among Americans: 1995-1996 through 2004-2006. **Obesity (Silver Spring)**, v. 16, n. 5, p. 1129-1134, 2008.
- ANJOS, Luiz Antonio. Obesidade e saúde pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 100 p.
- APEOESP. Professores prejudicados devem procurar jurídico da APEOESP. São Paulo, 2011. Disponível em: < <http://www.apeoespsub.org.br/> >. Acesso em: 2011 Fev 3.
- ARISTOTLE. On length and shortness of life. In: BARNES, Jonathan (Ed.). **The complete works of Aristotle : the revised Oxford translation**. Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1984. p.2487. ISBN 0691099502.
- ARNAIZ, Mabel Gracia. La medicalización del comportamiento alimentario. **Salud Pública del México**, v. 49, n. 3, p. 236-242, 2007.
- _____. La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 1, p. 5-18, 2009.

_____. Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity. **Appetite**, v. 55, n. 2, p. 219-225, 2010.

AUGUSTINE, Saint, Bishop of Hippo. Confessions. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1961. 346 p. ISBN 014044114X.

BAKER, J O. Rehabilitation act of 1973: protection for victims of weight discrimination. **UCLA Law Review**, v. 29, p. 947-971, 1982.

BARRETO, Mauricio Lima; CARMO, Eduardo Hage. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, Carlos Augusto (Ed.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. 2.ed. rev. e aumentada. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000. p.17-30. (Saúde em Debate; 91). ISBN 85-271-0311-7.

BATISTA FILHO, Malaquias; BATISTA, Luciano Vidal. A geografia da fome 50 anos depois: o que mudou? In: ANDRADE, Manuel Correia; SILVA, José Graziano, et al (Ed.). **Josué de Castro e o Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003. p.39-48. (Coleção Pensamento Radical). ISBN 85-86469-84-X.

BAUM, C L; FORD, W F. The wage effects of obesity: a longitudinal study. **Health Economics**, v. 13, n. 9, p. 885-899, 2004.

BENFORD, Robert D.; SNOW, David A. Framing processes and social movements: an overview and assessment. **Annual Review of Sociology** v. 26, p. 611-39, 2000.

BERGSTROM, A. et al. Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. **International Journal of Cancer**, v. 91, p. 421-430, 2001.

BERRYMAN, Darlene et al. Dietetic students possess negative attitudes toward obesity similar to nondietetic students. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 106, n. 10, p. 1678-1682, 2006.

BERTAKIS, K D; AZARI, R. The impact of obesity on primary care visits. **Obesity Research**, v. 13, n. 9, p. 1615-1622, 2005.

BEST, Joel. Images of issues: typifying contemporary social problems. 2. ed. New York: A. De Gruyter, 1995. 362 p. ISBN 0202305384.

BLACKBURN, Bonnie; HOLFORD-STREVEENS, Leofranc. The Oxford companion to the Year: An exploration of calendar customs and time reckoning. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2003. 782 p. ISBN 0-19-214231-3.

BLUNDELL, John E.; KING, Neil A. Overconsumption as a cause of weight gain: behavioural-physiological interactions in the control of food intake (appetite). **Ciba Foundation Symposium**, v. 201, p. 138-154, 1996.

BOERO, Natalie. All the news that's fat to print: the american 'obesity epidemic' and the media. **Qualitative Sociology**, v. 30, p. 41-60, 2007.

BORDO, Susan. Unbearable weight: feminism, western culture, and the body. Berkeley, CA: University of California Press, 1993.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. A face oculta da nutrição: ciência e ideologia. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1988. 220 p. ISBN 022.022.01.

BOUCHARD, Claude. Genetics of obesity in humans: current issues. In: CHARDWICK, D.J. e CARDEW, C.G. (Ed.). **The Origins and Consequences of Obesity**. Chichester: Wiley, 1996. p.108-117.

_____. How much progress have we made over the last few decades? **International Journal of Obesity**, v. 32, p. S2-S7, 2008.

BOURDIEU, Pierre. Razões práticas: sobre a teoria da ação. São Paulo: Papirus, 1996. 224 p. ISBN 85-308-0393-0.

_____. Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. 151 p. ISBN 85-7110-476-X.

_____. O usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Editora UNESP, 2004. 86 p. ISBN 85-7139-530-6.

_____. A distinção: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2007. 560 p. ISBN 978-85-88840-68-3.

_____. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009. 311 p. ISBN 978-286-9963-0.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Diagnóstico nacional dos cursos de nutrição: distribuição da carga horária dos currículos de graduação em nutrição. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA (Ed.). **Os cursos de nutrição no Brasil: evolução, corpo docente, currículo**. Brasília: Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria do Ensino Superior, 1982. p.195-280. (MEC. Cadernos de Ciências da Saúde, 6).

_____. Obesidade. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. ISBN 85-334-1066-2.

BRAY, George A. Recent advances in obesity research II : Proceedings of the 2nd International Congress on Obesity, 23-26 October 1977, Washington, D.C. London: Newman, 1978. 510 p. ISBN 9780707966021.

_____. Jejunoileal bypass, jaw wiring and vagotomy for massive obesity. In: STUNKARD, Albert J (Ed.). **Obesity**. Philadelphia: Saunders, 1980. p.369-387. ISBN 9780721686356.

_____. Obesity: historical development of scientific and cultural ideas. **International Journal of Obesity**, v. 14, p. 909-926, 1990.

_____. Historical framework for the development of ideas about obesity. In: BRAY, George A;BOUCHARD, Claude, et al (Ed.). **Handbook of obesity**. New York: Marcel Deller, INC, 1998. cap. 1, p.1-30. ISBN 0-8247-9899-6.

BRAY, George A; BOUCHARD, Claude. Handbook of obesity: etiology and pathophysiology. 2. ed. New York: Marcel Deller, INC, 2004. 1.046 p. ISBN 0-8247-0969-1.

BRAZIEL, Jana Evans; LE BESCO, Kathleen. Bodies out of bounds: fatness and transgression. Berkeley, CA: University of California Press, 2001.

BROWNELL, Kelly D et al. Weight bias: nature, consequences, and remedies. New York: The Guilford Press, 2005. 320 p. ISBN 9781593851996.

BRUCH, Hilde. Eating disorders; obesity, anorexia nervosa, and the person within. New York: Basic Books, 1973. 396 p. ISBN 9780465017843.

BRUNELLO, G; D'HOMBRES, B. Does body weight affect wages? Evidence from Europe. **Economics and Human Biology**, v. 5, n. 1, p. 1-19, 2007.

BUCKWALTER, J A. Morbid obesity: good and poor results of jejunoileal and gastric bypass. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 33, n. 2 Suppl, p. 476-480, 1980.

BURTON, B T; FOSTER, W R. Health implications of obesity: an NIH Consensus Development Conference. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 855, n. 9, p. 1117-1121, 1985.

BYNUM, William F.; PORTER, Roy. Companion encyclopedia of the history of medicine. London ; New York: Routledge, 1993. ISBN 9780415047715.

CAHNMAN, W J. The stigma of obesity. **Sociological Quarterly**, v. 9, n. 3, p. 283-299, 1968.

CALADO, Carmem Lúcia de Araújo. A expansão dos cursos de nutrição no Brasil e a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação. Brasília, 2003. Disponível em: < <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/expansao.pdf> >. Acesso em: 2010 Nov 17.

CAMPANHA PETA. Peta lança campanha nos EUA ofensiva às pessoas obesas. Abril.com. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: < <http://www.abril.com.br/noticias/ciencia-saude/peta-lanca-campanha-eua-ofensiva-pessoas-obesas-494393.shtml> >.

CAMPBELL, K; CRAWFORD, D. Management of obesity: attitudes and practices of Australian dietitians. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**, v. 24, n. 6, p. 701-710, 2000.

CAMPOS, Paul et al. The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? **International Journal of Epidemiology** v. 35, p. 55-60, 2006.

CAMPOS, Paulo. The obesity myth. New York: Gotham Books, 2004. 290 p. ISBN 1-592-40066-3.

CANESQUI, Ana; GARCIA, Rosa Wanda Diez. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 306 p.

CAPELLA, Ana Cláudia N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta, et al (Ed.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.398. ISBN 978-85-7541-124-7.

CARR, D; FRIEDMAN, M A. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 46, n. 3, p. 244-259, 2005.

CASH, Thomas F.; DEAGLE, Edwin A. The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. **International Journal of Eating Disorders**, v. 22, p. 107-125, 1997.

CASH, Thomas F.; GRANT, Jill R. The cognitive-behavioral treatment of body- image disturbances. In: VAN HASSELT, Vincent e HERSEN, Michael (Ed.). **Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders**. New York: Plenum, 1996. p.167-614.

CASH, Thomas; PRUZINSKY, Thomas. Body images: development, deviance and change. New York Guilford, 1990.

CASTRO, Josué de. A descoberta da fome. In: ANDRADE, Manuel Correia; SILVA, José Graziano, et al (Ed.). **Josué de Castro e o Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003. p.112-113. (Coleção Pensamento Radical). ISBN 85-86469-84-X.

CHARLES, Nickie; KERR, Marion. Women, food, and families. Manchester, UK; New York: Manchester University Press, 1988. 244 p. ISBN 9780719018749.

CHARTIER, Roger. Pierre Bourdieu e a história. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: < http://www.revistatopoi.org/numeros_anteriores/Topoi04/04_debate01.pdf >. Acesso em: 2009 Dez 22.

CHRYSOCHOU, Polymeros et al. Social discourses of healthy eating. A market segmentation approach. **Appetite**, v. 55, n. 22, p. 288-297, 2010.

COLDITZ, Graham A. et al. Weight as a risk factor for clinical diabetes in women. **American Journal of Epidemiology**, v. 132, p. 501-513, 1990.

COLDITZ, Graham A.; STEIN, Cynthia. Costs of obesity. In: KUMANYIKA, Shiriki e BROWNSON, Ross C. (Ed.). **Handbook of obesity prevention: a resource for health professionals**. New York: Springer Science, 2007. p.73-83. ISBN 978-0-387-47859-3.

COMUZZIE, Anthony. The emerging pattern of the genetic contribution to human obesity. **Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 16, n. 4, p. 611-621, 2002. ISSN 1521-690X. Disponível em: <

<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6WBD-47C4446-3/2/e7d294f43c4b7d872420a8b896045ee3> >.

CONAR. Conselho de Autorregulação Publicitária. São Paulo, 2010. Disponível em: < <http://www.conar.org.br/> >.

CONRAD, Peter. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, v. 18, p. 209-232, 1992.

CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph W. Deviance and medicalization: from badness to sickness. Philadelphia: Temple University Press, 1992. 327 p. ISBN 0-87722-999-2.

CONSEA. Agora é lei: alimentação é um direito; Consea celebra com parceiros Brasília, 2010. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/Consea/exec/index.cfm> >. Acesso em: 2010 Maio 5.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Pesquisa de Inserção Profissional dos Nutricionistas no Brasil, 2005. Brasília, 2010. Disponível em: < <http://www.cfn.org.br/> >.

CORDELL, Gina; RONAI, Carol Rambo. Identity management among overweight women: narrative resistance to stigma. In: SOBAL, Jeffery e MAURER, Donna (Ed.). **Interpreting weight: the social management of fatness and thinness**. New York: Aldine de Gruyter, 1999. p.29-47.

CORÍNTIOS. 8. In: (Ed.). **BÍBLIA Sagrada: Antigo e novo testamento(a)**. 2. ed. São Paulo: Sociedade Bíblica Brasil, 1993. p.309.

COUTINHO, Janine Giuberti; GENTIL, Patrícia Chaves; TORAL, Natacha. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, p. s332-s340, 2008.

CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Bookman, 2007.

CROTTY, Michael. The foundations of social research: meaning and perspective in the research process. London ; Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, 1998. 248 p. ISBN 9781864486049.

CUPPARI, Lilian. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. 2. ed. rev. e ampl. Barueri, São Paulo: Manole, 2005. 474 p. ISBN 85-204-2340-X.

DAVIS, Ronald M.; WAGNER, Edward H.; GROVES, Trish. Managing chronic disease. **British Medical Journal**, v. 318, p. 1090-1091, 1999. Disponível em: < <http://www.bmj.com/cgi/reprint/318/7191/1090?ijkey=072c356cc53c5435c4c9e869ca1e8a9e830c0f9b> >. Acesso em: 07/10/2009.

DEUTSCH, Francine M.; ZALENSKI, Carla M.; CLARK, Mary E. Is there a double standard of aging? **Journal of Applied Social Psychology**, v. 16, p. 771-785, 1986.

- DEVAULT, Marjorie L. Feeding the family: the social organization of caring as gendered work. Chicago: University of Chicago Press, 1991. 270 p. ISBN 9780226143606.
- DIETZ, William H. Genetic syndromes. In: BJORNTORP, P. e BRODOFF, B.N. (Ed.). **Obesity**. New York: Lippincott Company, 2002. cap. 5, p.589-593.
- DOWNEY, Morgan. Obesity as a disease entity. **American Heart Journal**, v. 142, n. 6, p. 1091-1094, 2001.
- DUARTE, Antonio Cláudio et al. Síndrome metabólica - semiologia, bioquímica e prescrição nutricional. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2005. 255 p. ISBN 85-7323-239-0.
- ERNSBERGER, Paul; HASKEW, Paul. News about obesity. **The New England Journal of Medicine**, v. 315, n. 2, p. 130-131, 1986.
- _____. Rethinking obesity: an alternative view of its health implications. New York: Human Sciences Press, 1988.
- FELIPPE, Flávia. Obesidade zero: a cultura do comer na sociedade de consumo. Porto Alegre: Sulina, 2003. 151 p. ISBN 85-205-0329-2.
- FISCHLER, Claude. La symbolique du gros. **Communications**, v. 46, n. 46, p. 255-278, 1987.
- _____. Food, self and identity. In: INGLIS, David;GIMLIN, Debra, et al (Ed.). **Food: critical concepts in the social sciences**. New York: Routledge, v.4, 2008. cap. 52, p.3-17. ISBN 0-415-39207-1.
- FLANDRIN, Jean-Louis; MONTANARI, Massimo. História da alimentação. São Paulo: Estação Liberdade, 1998. 885 p. ISBN 85-7448-002-9.
- FLEURY, Sônia. Políticas sociais e poder local. **Revista de Administração Municipal**, v. 49, p. 39-48, 2004. Disponível em: < www.scribd.com/doc/22930568 >. Acesso em: 23/06/2010.
- FOGERLMAN, Y et al. Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**, v. 26, n. 10, p. 1393-1397, 2002.
- FONTAINE, K.R. et al. Years of life lost due to obesity. **JAMA**, v. 289, p. 187-193, 2003.
- FOSTER, G D et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. **Obesity Research**, v. 11, n. 10, p. 1168-1177, 2003.
- FRASER, Laura. Losing it: America's obsession with weight and the industry that feeds on it. New York: Dutton, 1994.

FREEDMAN, Rita. *Beauty bound*. Lexington, MA: Lexington, 1986.

FRIEDMAN, Abraham I. *Fat can be beautiful: stop dieting, start living*. New York: Berkley, 1974. 222 p. ISBN 9780399113109.

GAESSER, Glenn A. *Big fat lies: the truth about your weight and your health*. Rev. ed. Carlsbad, CA: Gürze Books, 2002.

GARINE, Igor de; POLLOCK, Nancy J. *Social aspects of obesity*. Australia: Gordon and Breach Publishers, 1995. ISBN 2-88449-185-6.

GARRISON, Terry Nicholetti Garrison; LEVITSKY, David A. *Fed up!: a woman's guide to freedom from the diet/weight prison*. New York: Carroll & Graf, 1993. 330 p. ISBN 9780881849646.

GERMOV, John; WILLIAMS, Lauren. The epidemic of dieting women: the need for a sociological approach to food and nutrition. **Appetite**, v. 27, n. 2, p. 97-108, 1996.

_____. *A sociology of food and nutrition: the social appetite*. South Melbourne; Oxford: Oxford University Press, 1999. 332 p. ISBN 9780195506099.

GIGANTE, Denise P. et al. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 236-246, 1997. ISSN 0034-8910.

GILL, Christopher; WHITMARSH, Tim; WILKINS, John. *Galen and the world of knowledge*. Cambridge, UK ; New York: Cambridge University Press, 2009. 327 p. ISBN 0521767512.

GILMAN, Sander L. *Fat boys: a slim book*. Lincoln: University of Nebraska Press, 2004a. 310 p. ISBN 0-8032-2183-5.

_____. *Obesidade como deficiência: o caso dos judeus*. **Cadernos Pagu**, v. 23, p. 329-353, 2004b.

_____. *Fat: a cultural history of obesity*. Cambridge, UK ; Malden, MA, USA: Polity, 2008. 237 p. ISBN 9780745644417.

_____. *Obesity: the biography*. Oxford: Oxford University Press, 2010. 214 p. ISBN 978-0-19-955797-4.

GIMLIN, Debra L. *Cosmetic surgery: beauty as commodity*. **Qualitative Sociology**, v. 23, n. 1, p. 77-98, 2000.

_____. *Body work: beauty and self-image in American culture*. Berkeley, CA: University of California Press, 2002.

GLADWIN, Catherine Peggy. *Public policy processes and getting physical activity into Alberta's urban schools*. 2007. 187 p. Master of Science, University of Alberta/Canada, Edmonton.

GLOBO NOTÍCIAS. Lipoaspiração completa 30 anos como uma das cirurgias mais procuradas. São Paulo, 2008. Disponível em: <
<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL583278-5598,00-LIPOASPIRACAO+COMPLETA+ANOS+COMO+UMA+DAS+CIRURGIAS+MAIS+PROCURADAS.html>>. Acesso em: 2010 Set 12.

GOFFMAN, Erving. Frame analysis: an essay on the organization of experience. Boston, Northeastern: Harvard University Press, 1986a.

_____. Frame analysis: an essay on the organization of experience. 2. ed. Boston: Northeastern University Press, 1986b. 586 p. ISBN 09305091X.

_____. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro Livros Técnicos e Científicos Editora, 1988. 158 p. ISBN 87-03607-0.

GOIS, Antonio. **Temporão diz que dados sobre obesidade acendem alerta vermelho.** Jornal Folha de São Paulo. São Paulo, 27 de agosto de 2010.

GONZÁLEZ-ZAPATA, Laura I et al. Policy options for obesity in Europe: a comparison of public health specialists with other stakeholders. **Public Health Nutrition**, v. 12, n. 7, p. 896-908, 2008.

GUIMARÃES, Norma Gonzaga et al. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 3, p. 323-333, 2010. ISSN 1415-5273. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000300001&nrm=iso>. Acesso em: 2010 Dez 13.

GUTHRIE, Helen Andrews. Introductory nutrition. 2. ed. St. Louis: Mosby, 1971, 1989. 511 p. ISBN 9780801619991.

HAINER, V.; KUNESOVA, M.; PARIZKOVA, J. Prevalence and causality of obesity in Central and Eastern Europe. In: AILHAUD, G. e GUY-GRAND, B. (Ed.). **Progress in Obesity Research**. London: Libbey, 1999. p.653-663.

HARE, S W et al. Attitudes and perceptions of fitness professionals regarding obesity. **Journal of Community Health**, v. 25, n. 1, p. 5-21, 2000.

HARVEY, E L et al. Dietitians' views of overweight and obese people and reported management practices. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 15, n. 5, p. 331-347, 2002.

HASTINGS, G. et al. Does food promotion influence children? A systematic review of the evidence. London, UK: Food Standards Agency, 2003.

HESHKA, S; ALLISON, David B. Is obesity a disease? **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**, v. 25, n. 10, p. 1401-1404, 2001.

- HESSE-BIBER, Sharlene. Am I thin enough yet?: the cult of thinness and the commercialization of identity. New York: Oxford University Press, 1996.
- HILGARTNER, Stephen; BOSK, Charles L. The rise and fall of social problems: a public arenas model. **American Journal of Sociology**, v. 94, n. 1, p. 53-78, 1988.
- HILL, James O.; PETERS, John C. Environmental contributions to the obesity epidemic. **Science**, v. 280, n. 5368, p. 1371-1374, 1998. ISSN 00368075. Disponível em: < <http://www.jstor.org/stable/2895895> >.
- HILL, James O. et al. Obesity and the environment: where do we go from here? **Science**, v. 299, n. 5608, p. 853-855, 2003. ISSN 00368075. Disponível em: < <http://www.jstor.org/stable/3833601> >.
- HOLMES, M D; ZYSOW, B; DELBANCO, T L. An analytic review of current therapies for obesity. **Journal of Family Practice**, v. 28, n. 5, p. 610-16, 1989.
- HOTOUM, Ida Jodette; BELLE, Deborah Mags and abs: media consumption and bodily concerns in men. **Sex Roles**, v. 51, n. 7/8, p. 397-407, 2004.
- HOWARD, A N. The history of the association for the study of obesity. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**, v. 16, n. 2, p. S1-S8, 1992.
- HU, Frank B. Obesity epidemiology. New York; Oxford: Oxford University Press, 2008. 498 p. ISBN 9780195312911.001.0001.
- HUANG, Terry; GLASS, Thomas A. Transforming research strategies for understanding and preventing obesity. **JAMA**, v. 300, n. 15, p. 1811-1813, 2008.
- HUMPEL, Nancy; OWEN, Neville; LESLIE, Eva. Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: A review. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 22, n. 3, p. 188-199, 2002. ISSN 0749-3797. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6VHT-459W2H8-9/2/7d716568718884fcb98f6ca83e8ff7d1> >.
- HUTCHISON, Robert. Food and the principles of dietetics. 4. ed. New York: William Wood, 1903, 2007. 613 p. ISBN 9780548164273.
- HYDE, Rob. Europe battles with obesity. **The Lancet**, v. 371, n. 9631, p. 2160-2161, 2008. ISSN 0140-6736. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T1B-4SVF3XY-D/2/b4539616244477c4137b4a9cdef20915> >. Acesso em: 05/05/2010.
- IARC WORKING GROUP. IARC Working Group on the evaluation of cancer-preventive strategies. In: VANIO, H. e BIANCHINI, F. (Ed.). **IARC Handbooks of Cancer Prevention, vol. 6. Weight Control and Physical Activity**. Lyon, France: IARC Press, 2002.
- IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002/2003. Rio de Janeiro, 2002-2003. Disponível em: <

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002analise/default.shtm> >. Acesso em: 2009 Nov 23.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilio - Segurança Alimentar - 2004. Rio de Janeiro, p. 140, 2006. ISSN 85-240-3869-1. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/supl_alimentar2004/supl_alimentar2004.pdf >. Acesso em: 2009 Nov 18.

_____. Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2008/2009. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2008-2009. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_enc_aa/default.shtm >.

ICD-9-CM. International classification of diseases-clinical modifications. Washington, DC, 2010. Disponível em: < <http://www.icd9data.com/2010/Volume1/V01-V89/V10-V19/V10/V10.90.htm> >. Acesso em: 2010 Nov 22.

INGLIS, David; GIMLIN, Debra; THORPE, Chris. Food: critical concepts in the social sciences. New York: Routledge, 2008. 389 p. ISBN 978-0415-39203-7.

INSTITUTO DE CIDADANIA. Projeto Fome Zero: uma proposta de Política de Segurança Alimentar para o Brasil. **Versão 3,**, 2001. Disponível em: < <http://www.institutocidadania.org.br/> >. Acesso em: 2009 Nov 10.

INTERNATIONAL OBESITY TASKFORCE. The global epidemic. United Kingdom: International Association for the Study of Obesity, 2009. Disponível em: < <http://www.iaotf.org/> >. Acesso em: 2009 Out 12.

JAMES, W P T. WHO recognition of the global obesity epidemic. **International Journal of Obesity**, v. 32, p. S120-S126, 2008.

JEWSON, N D. The disappearance of the sick man from medical cosmology, 1770-1870. **International Journal of Epidemiology**, v. 38, n. 3, p. 622-633, 2009.

JOANISSE, Leanne; SYNNOTT, Anthony. Fighting back: reactions and resistance to the stigma of obesity. In: SOBAL, Jeffery e MAURER, Donna (Ed.). **Interpreting weight: the social management of fatness and thinness**. New York: Aldine de Gruyter, 1999. p.49-70.

JOFFE, S N. Surgical management of morbid obesity. **Gut**, v. 22, n. 3, p. 242-254, 1981.

_____. A review: surgery for morbid obesity. **The Journal of Surgical Research**, v. 33, n. 1, p. 74-88, 1982.

JORDÃO, Cláudia. **Marilyn Wann: "Fazer regime é humilhante e ineficiente"**. Isto É Entrevista. N. da Edição: 2101, 2010.

JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO. Professoras dizem que foram reprovadas em concurso por obesidade. São Paulo, 2011. Disponível em: <

http://www.vermelho.org.br/sp/noticia.php?id_noticia=146656&id_secao=39 >. Acesso em: 2011 Fev 2.

KANT, Ashima; GRAUBARD, Barry L. Eating out in America, 1987-2000: trends and nutritional correlates. **Preventive Medicine**, v. 38, n. 2, p. 243-249, 2004. Disponível em: < http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WPG-4B3NM86-5&_user=10&_coverDate=02%2F29%2F2004&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_use rid=10&md5=e74159c1ddf26ea84f9a0218e98fd8d0 >. Acesso em: 28/05/2010.

KATRINA, Karin; KING, Nancy L.; HAYES, Dayle. Moving away from diets: healing eating problems and exercise resistance. 2.ed. Lake Dallas, TX: Helm Publishing, 2003.

KEARNEY, J. M; HULSHOF, K. F. M; GIBNEY, M. J. Eating patternstemporal distribution, converging and diverging foods, meals eaten inside and outside of the home - implications for developing FBDG. **Public Health Nutrition**, v. 4, p. 693-698, 2001. Disponível em: < <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=563472> >. Acesso em: 28/05/2010.

KELLY, Kate. Early civilizations: prehistoric times to 500 C.E. New York: Facts on File, 2009. 174 p. ISBN 0816072051.

KELLY, T. et al. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. **International Journal of Obesity**, v. 32, p. 1431-1437, 2008.

KEYS, Ancel et al. Indices of relative weight and obesity. **Journal of Chronic Diseases**, v. 25, n. 6, p. 329-343, 1972. ISSN 0021-9681.

KIM, D; LEIGH, J P. Estimating the effects of wages on obesity. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 52, n. 5, p. 495-500, 2010.

KIM, Soowon; POPKIN, Barry M. Commentary: understanding the epidemiology of overweight and obesity. **International Journal of Epidemiology**, v. 35, p. 60-67, 2006.

KINGDON, John W. Agendas, alternatives, and public policies. Boston: Little, Brown and Company, 1984. 240 p. ISBN 0-316-49391-0.

KIPLE, Kenneth F; ORNELAS, Kriemhild Coneè. The Cambridge world history of food. Cambridge, UK ; New York: Cambridge University Press, 2000. 2153 p. ISBN 0521402166.

KIRSCHT, John P; TWADDLE, Andrew C. Review of sickness behavior and the sick role. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 249-250, 1981.

KIVEL, Paul. The 'act like a man' box. In: HUSSEY, Mark (Ed.). **Masculinities: interdisciplinary readings**. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2003. p.69-72.

KJOERNES, Unni. Political struggle over scientific definitions: nutrition as a social problem in interwar Norwegian nutrition policy. In: MAURER, Donna e SOBAL, Jeffery (Ed.). **Eating agendas: food and nutrition as social problems**. New York: Aldine de Gruyter, 1995. p.261-278. ISBN 0-202-30507-4.

KOPELMAN, P G et al. ASO consensus statement on obesity. UK Association for the Study of Obesity. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**, v. 18, n. 4, p. 189-191, 1994.

KORN, Jane Byeff. Fat. **Boston University Law Review**, v. 77, n. 1, p. 25-68, 1997.

KUMANYIKA, Shiriki K. **Minisymposium on obesity: overview and some strategic considerations**. Annual Review of Public Health: Annual Reviews Inc. 22: 293 p. 2001.

KUPPERS, Petra. Fatties on stage: feminist performances. In: BRAZIEL, Jana Evans e LEBESCO, Kathleen (Ed.). **Bodies out of bounds: fatness and transgression**. Berkeley, CA: University of California Press, 2001. p.277-291.

KWAN, Samantha. Framing the fat body: contested meanings between government, activists, and industry. **Sociological Inquiry**, v. 79, n. 1, p. 25-50, 2009a.

_____. Individual versus corporate responsibility: market choice, the food industry, and the pervasiveness of moral models of fatness. **Food, culture and society**, v. 12, n. 4, p. 477-495, 2009b.

LABRE, Magdala Peixoto. Adolescent Boys and the Muscular Male Body Ideal. **Journal of Adolescent Health**, v. 30, n. 4, p. 233-242, 2002.

LANG, Tim; RAYNER, Geof. Obesity: a growing issue for European policy? **Journal of European Social Policy**, v. 15, n. 4, p. 301-327, 2005a.

_____. Obesity: a growing issue for European policy? **Journal of European Social Policy**, v. 15, n. 4, p. 301-327, 2005b.

_____. Overcoming policy cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymakers. **Obesity Reviews**, v. 8, n. 1, p. 165-181, 2007.

LANG, Tim; RAYNER, Geof; KAELIN, E. The food industry, diet, physical activity and health. A review of reported commitments and practice of 25 of the world's largest food companies, measured against the goals of the World Health Organisation global strategy on diet, physical activity and health. London, UK: Centre for Food Policy. City University, 2006.

LARKIN, J C; PINES, H A. No fat persons need apply: experimental studies of the overweight stereotype and hiring preference. **Sociology of work and occupations**, v. 6, n. 3, p. 312-327, 1979.

LE BIHAN, Geneviève; DELPEUCH, Francis; MAIRE, Bernard. Alimentação, nutrição e políticas públicas. São Paulo: Instituto Pólis, 2003. 132 p.

LE BRETON, David. A sociologia do corpo. 4.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010. 102 p.

LESSA, Inês. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec, 1998. 284 p.

LEVENSTEIN, Harvey A. Revolution at the table: the transformation of the American diet. New York: Oxford University Press, 1988. 275 p. ISBN 0195043650.

_____. Paradox of plenty: a social history of eating in modern America. New York: Oxford University Press, 1993. 337 p. ISBN 0195055438.

_____. Revolution at the table: the transformation of the American diet. Berkeley: University of California Press, 2003. ISBN 0-520-23439.

LIMA, M S S. Formação do nutricionista no Brasil: análise crítica e perspectivas. **Alimentação e Nutrição**, p. 55-56, 1984.

LISSNER, Lauren; HEITMANN, Berit L. Dietary fat and obesity: evidence from epidemiology. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 49, n. 2, p. 79-90, 1995. ISSN 0954-3007.

MACKENBACK, J P. Politics is nothing but medicine at a larger scale: reflections on public health's biggest idea. **Journal of Epidemiology Community Health**, v. 63, p. 181-184, 2009.

MADDOX, G L; BACK, K W; LIEDERMAN, V R. Overweight as social deviance and disability. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 9, n. 4, p. 287-298, 1968.

MAGNER, Lois N. A history of medicine. New York: Informa healthcare, 2007. 611 p. ISBN 9780824740740.

MAGNUSSON, Roger S. Obesity: should there be a law against it? Introduction to a symposium. **Australia and New Zealand Health Policy**, v. 5, n. 9, p. 1-3, 2008.

MAHAN, L Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. 9. ed. São Paulo: Roca, 1998. 1179 p. ISBN 85-7241-240-9.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia, Serviços e Saúde** v. 15, p. 47-65, 2006.

MANSON, Joan E. et al. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. **New England Journal of Medicine**, v. 322, p. 882-889, 1990.

MAURER, Donna; SOBAL, Jeffery. Eating agendas: food and nutrition as social problems. New York: Aldine de Gruyter, 1995. 345 p. ISBN 0-202-30507-4.

_____. Interpreting weight: the social management of fatness and thinness

New York: Adline de Gruyter, 1999a. 264 p. ISBN 0-202-30577-5.

_____. *Weighty issues: fatness and thinness as social problems*. New York: Adline de Gruyter, 1999b. 260 p. ISBN 0-202-30579-1.

MAYER, Jean. *Overweight: causes, costs, and control*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1968. 213 p. ISBN 9780136471073.

MAZER, Sharon. She's so fat: facing the fat lady at Coney Island's sideshows by the seashore. In: BRAZIEL, Jana Evans e LEBESCO, Kathleen (Ed.). **Bodies out of bounds: fatness and transgression**. Berkeley, CA: University of California Press, 2001. p.257-276.

MCEVOY, S A. Fat chance: employment discrimination against the overweight. **Labor Law Journal**, v. 43, p. 3-14, 1992.

MCKEITH, Gillian. *Você é o que você come: o poder da alimentação natural*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 224 p. ISBN 85-352-1648-0.

MCKINLEY, Nita Mary Ideal weight/ideal women: society constructs the female. In: Maurer, Jeffery Sobal and Donna (Ed.). **Weighty issues: fatness and thinness as social problems**. New York: Aldine de Gruyter, 1999. p.97-115.

MOKDAD, A et al. Actual causes of death in the United States, 2000. **JAMA**, v. 291, p. 1238-1245, 2004.

MOKDAD, A. et al. Correction: actual causes of death in the United States, 2000. **JAMA**, v. 293, p. 293-294, 2005.

MONTANARI, Massimo. *A fome e a abundância: história da alimentação na Europa*. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2003. 270 p. ISBN 85-7460-198-5.

_____. *Comida como cultura*. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2008. 207 p. ISBN 978-85-7359-768-4.

MONTEIRO; CONDE; POPKIN. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 10, p. 1808-1812, 2007.

MONTEIRO et al. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 12, p. 940-946, 2004.

MONTEIRO, Carlos Augusto. A queda da desnutrição infantil no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 950, 2009. ISSN 0102-311X. Disponível em: < www.scielo.br >. Acesso em: 2009 Nov 12.

_____. **O aumento da obesidade**. *Jornal O Globo*. Rio de Janeiro, 28 de agosto de 2010.

MONTEIRO, Carlos Augusto; BENÍCIO, Maria Helena D'Aquino; FREITAS, Isabel Cristina Martins de. Evolução da mortalidade infantil e do retardo de crescimento nos anos 90: causas e impacto sobre desigualdades regionais. In: MONTEIRO, Carlos Augusto (Ed.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. 2.ed. rev e aumentada. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000. p.393-420. (Saúde em Debate; 91). ISBN 85-271-0311-7.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. As causas para o declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009. Disponível em: < <http://ovidsp.tx.ovid.com/login.ezproxy.library.ualberta.ca/sp-2.3/ovidweb.cgi> >. Acesso em: 25/01/2010.

MONTEIRO, Carlos Augusto; CONDE, Wolney Lisboa. Evolução da obesidade nos anos 90: a trajetória da enfermidade segundo estratos sociais no Nordeste e Sudeste do Brasil. In: MONTEIRO, Carlos Augusto (Ed.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. 2.ed rev. e aumentada. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000. p.420-431. ISBN 85-271-0311-7.

MONTEIRO, Carlos Augusto; CONDE, Wolney Lisboa; CASTRO, Inês Rugani Ribeiro. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). **Caderno de Saúde Pública**, v. 19 (Sup. 1), p. S67-S75, 2003.

MORRISON, Gail; HARK, Lisa. Medical nutrition and disease. Cambridge, Massachussetts: Blackwell Science, 1996. 368 p. ISBN 0-86542-491-8.

MOTA, D G; OLIVEIRA, M R M; BOOG, M C F A. A formação universitária em nutrição. **Pro-posições**, v. 14, n. 1, p. 69-86, 2003. ISSN 0103-7307.

MUST, A.; SPADANO, J.; COACKY, E. H. The disease burden associated with overweight and obesity. **JAMA**, v. 282, p. 1523-1529, 1999.

NAAFA. NAAFA: the National Association to Advance Fat Acceptance 2011. Disponível em: < <http://www.naafaonline.com/dev2/> >. Acesso em: 2011 Jan 3.

NAKAYA, Andrea. Obesity: opposing viewpoints. Detroit: Thompson Gale, 2006. 203 p. ISBN 0-7377-3233-4.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. Health implications of obesity. **NIH Consensus Statement**, v. 5, n. 9, p. 1-7, 1985. Disponível em: < <http://consensus.nih.gov/1985/1985Obesity049html.htm> >. Acesso em: 2010 Out 15.

NELSON, Jeniffer K. et al. Mayo clinic diet manual: a handbook of nutrition practices. 7. ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 1994. 883 p. ISBN 9780815163480.

NESTLE, Marion. Food politics: how the food industry influences nutrition and health. 2. ed. Berkeley: University of California Press, 2007. 486 p. ISBN 0-520-22465-5.

NEUFELDT, Victoria; GURALNIK, David Bernard. Webster's new world dictionary of american english. 3. ed. New York: Webster's New World : Distributed by Prentice Hall Trade, 1988. ISBN 0139471693.

NIELSEN, Samara Joy; POPKIN, Barry M. Patterns and Trends in Food Portion Sizes, 1977-1998. **JAMA**, v. 289, n. 4, p. 450-453, 2003. Disponível em: < <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/289/4/450> >. Acesso em: 28/05/2010.

OHLSON, Margareth A. Diet therapy in the U.S. in the past 200 years. **Journal of the American Diet Association**, v. 69, p. 490-496, 1976.

OLIVER, Eric J. Fat politics: the real story behind America's obesity epidemic. New York: Oxford University Press, 2006. 228 p. ISBN 978-0-19-516936-2.

ORFANOS, P et al. Eating out of home and its correlates in 10 European countries, the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. **Public Health Nutrition**, v. 10, n. 12, p. 1515-1525, 2007. ISSN 1368-9800.

PAPAS, Mia A. et al. The built environment and obesity. **Epidemiologic Reviews**, p. 1-15, 2007.

PARHAM, E S et al. Weight control: attitudes of dieters and change agents. **Journal of Home Economics**, v. 83, n. 1, p. 6-12, 1991. ISSN 0022-1570.

PARHAM, Ellen S. Meanings of weight among dietitians and nutritionists. In: MAURER, Donna e SOBAL, Jeffery (Ed.). **Weighty issues: constructinh fatness and thinness as social problems**. New York: Aldine de Gruyter, 1999a. cap. 10, p.183-208. ISBN 0-202-30579-1.

_____. Promoting body size acceptance in weight management counseling. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 99, n. 8, p. 920-925, 1999b.

PARIZKOVAL, Jana et al. An international perspective on obesity, health and physical activity: current trends and challenges in China and Asia. **Journal of Exercise, Science and Fitness**, v. 5, n. 1, p. 7-23, 2007. Disponível em: < <http://www.scsepf.org/doc/290607/02-JESF-Paper2.pdf> >. Acesso em: 12/12/2009.

PATTEE, Alida Frances. Practical dietetics with reference to diet in health and disease. 11. ed. rev. and enl. Mount Vernon, New York: A.F. Pattee, 1917, 1940. 550 p. ISBN 14797012.

PAYNE, J H; DEWIND, L T. Surgical treatment of obesity. **American Journal of Surgery**, v. 118, p. 141-147, 1969.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Perspectivas teóricas sobre a questão social no Serviço Social. **Temporalis**, v. 7, p. 112-122, 2004.

PI-SUNYER, F. Xavier. Comorbidities of overweight and obesity: current evidence and research issues. **Medicine Science of Sports and Exercises**, v. 31, n. 11, p. S601-608, 1999.

PINHEIRO, Anelise. Análise histórica do processo de formulação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2003 - 2006): atores, idéias, interesses e

instituições na construção de consenso político. 2009. 234 p. doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.

PINHEIRO, Anelise; CARVALHO, Maria Fátima Cruz Correia. Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica desigualdade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 121-130, 2010. ISSN 1413-8123.

PINHEIRO, Anelise; FREITAS, Sérgio F; CORSO, Arlete. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 4, p. 523-533, 2004. ISSN 1415-5273. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rn/v17n4/22900.pdf> >. Acesso em: 15/04/2010.

PLATÃO. **Versão eletrônica do diálogo platônico “Teeteto”**. Teeteto 2010.

POLLAN, Michael. The omnivore's dilemma: a natural history of four meals. New York: Penguin, 2007. 450 p. ISBN 978-01-43038-58-0.

POPE, Harrison G., Jr.; PHILLIPS, Katharine A.; OLIVARDIA, Roberto. The Adonis complex: the secret crisis of male body obsession. New York: The Free Press, 2000.

POPKIN, Barry M. The nutrition transition and its health implications in lower income countries. **Public Health Nutrition**, v. 1, p. 5-21, 1998.

_____. The nutrition transition in the developing world. **Develop Policy Review**, v. 21, p. 581-597, 2003.

_____. Global context of obesity. In: KUMANYIKA, Shiriki e BROWNSON, Ross C. (Ed.). **Handbook of obesity prevention: a resource for health professionals**. New York: Springer Science, 2007. p.227-238. ISBN 978-0-387-47859-3.

_____. The world is fat: the fads, trends, policies, and products that are fattening the human race. New York: Avery, 2009. 229 p. ISBN 9781583333136

POPKIN, Barry M.; DUFFEY, Kiyah; GORDON-LARSEN, Penny. Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance. **Physiology & Behavior**, v. 86, p. 603-613, 2005.

PORTER, Roy. The Cambridge history of medicine. Cambridge ; New York: Cambridge University Press, 2006. 408 p. ISBN 0521682894.

POULAIN, Jean-Pierre. Manjer aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques. Toulouse: Éditions Privat, 2002.

_____. Sociologia da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006. 311 p.

POWER, Michael L.; SCHULKIN, Jay. The evolution of obesity. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2009. 392 p. ISBN 0-8018-9262-7.

- PROUDFIT, Fairfax Throckmorton; ROBINSON, Corinne H. Nutrition and diet therapy. New York: Macmillan, 1957. 859 p. ISBN 427543622.
- PUHL, Rebecca M; ANDREYEVA, T; BROWNELL, Kelly D. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. **International Journal of Obesity**, v. 32, n. 6, p. 992-1000, 2008.
- PUHL, Rebecca M; BROWNELL, Kelly D. Bias, discrimination, and obesity. **Obesity Research**, v. 9, p. 788-905, 2001.
- _____. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. **Obesity (Silver Spring)**, v. 14, n. 10, p. 1802-1815, 2006.
- PUHL, Rebecca M; HEUER, Chelsea A. The stigma of obesity: a review and update. **Obesity**, v. 17, n. 5, p. 941-964, 2009.
- PUHL, Rebecca M; LATNER, Janet D. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. **Psychological Bulletin**, v. 133, n. 4, p. 557-580, 2007.
- PUHL, Rebecca M; WHARTON, C; HEUER, Chelsea A. Weight bias among dietetics students: implications for treatment practices. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 109, n. 3, p. 438-444, 2009.
- QUEIROZ, Renato da Silva. O corpo do brasileiro: estudos de estética e beleza. São Paulo: Editora Senac, 2000. 181 p. ISBN 87-7359-114-5.
- REISER, Stanley Joel. Human experimentation and the convergence of medical research and patient care. **The Annals of the American Academy of Political and Social Science**, v. 437, p. 8-18, 1978. ISSN 0002-7162.
- REISSMAN, C K. Women and medicalization: a new perspective. **Social Policy**, v. 14, p. 3-18, 1983.
- RICHARDSON, Colleen. The social implications of obesity. 1991. 97 p. Master of Science, University of Alberta/Canada, Edmonton.
- RITZE, George. Contemporary sociological theory. New York: Knopf, 1983. 349 p. ISBN 9780394328164.
- ROBINSON, Jon. Health at every size: toward a new paradigm of weight and health. **Medscape General Medicine**, v. 7, n. 3, p. 13, 2005.
- RODIN, Judith; SILBERSTEIN, Lisa R. ; STREIGEL-MOORE, Ruth H. Women and weight: a normative discontent. In: SONDRERGER, Theo B. (Ed.). **Nebraska symposium on motivation: psychology and gender**. Lincoln: University of Nebraska Press, 1985. p.267-307.
- ROTHBLUM, Ester D. The stigma of women's weight: social and economic realities. **Feminism and Psychology**, v. 2, n. 1, p. 61-73, 1992.

SACKS, G.; SWINBURN, B.; LAWRENCE, M. Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. **Obesity Reviews**, v. 10, n. 1, p. 76-86, 2009.

SAGUY, Abigail; RILEY, Kevin. Mortality, morality, science, and social inequality: framing contests and credibility struggles over obesity. **Journal of Health Politics, Policy, and Law**, v. 30, n. 5, p. 869-921, 2005.

SALTZBERG, Elayne A.; CHRISLER, Joan C. Beauty is the beast: psychological effects of the pursuit of the perfect female body. In: DISCH, Estelle (Ed.). **Reconstructing gender: a multicultural anthology**. 2.ed. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company, 2000. p.146-156.

SANSUM, W D; HARE, Robert Aminiell; BOWDEN, Ruth. The normal diet and healthful living. New York: Macmillan Co., 1936. 233 p. ISBN 1579178.

SAPORTA, I; HALPERN, J J. Being different can hurt: effects of deviation from physical norms on lawyers' salaries. **Industrial Relations**, v. 41, p. 442-466, 2002.

SCHNEIDER, Joseph W. Social problems theory: the constructionist view. **Annual Review of Sociology**, v. 11, p. 209-229, 1985.

SCHWARTZ, Hillel. Never satisfied: a cultural history of diets, fantasies, and fat. New York: Free Press; London: Collier Macmillan, 1986. 468 p. ISBN 0029292506

SEID, Roberta Pollack. Never too thin: why women are at war with their bodies. New York: Prentice Hall Press, 1989.

SEIDELL, J.C. The impact of obesity on health status-some implications for health care costs. **International Journal of Obesity**, v. 19, n. 6, p. S13-S16, 1995.

SHERMAN, Henry C; LANFORD, Caroline Sherman. Essentials of nutrition. 2.ed. New York: Macmillan, 1943, 1968. 442 p. ISBN 1883318.

SHILS, Maurice E et al. Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença. Barueri, São Paulo: Manole, 2003. 2106 p. ISBN 85-204-1120-7.

SICHERI, Rosely; NASCIMENTO, Sileia do; COUTINHO, Walmir. The burden of hospitalization due to overweight and obesity in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 721-727, 2007. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/25.pdf>>. Acesso em: 04/10/2010.

SIZER, Frances Sienkiewicz; WHITNEY, Eleanor Noss. Nutrição: conceitos e controvérsias. Barueri, São Paulo: Manole, 2003. 567 p. ISBN 85-204-1197-5.

SOBAL, J. Group dieting, the stigma of obesity, and overweight adolescents: the contributions of Natalie Allon to the sociology of obesity. **Marriage and Family Review**, v. 7, p. 9-20, 1984a.

_____. Marriage, obesity, and dieting. **Marriage and Family Review**, v. 7, p. 115-139, 1984b.

_____. Obesity and nutritional sociology: a model for coping with stigma of obesity. **Clinical Sociology Review**, v. 9, p. 21-32, 1991.

SOBAL, J; RAUSCEHNBACH, B S; FRONGILLO, E A. Marital status, fatness and obesity. **Social Science and Medicine**, v. 35, n. 7, p. 915-923, 1992.

SOBAL, J; STUNKARD, A. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. **Psychological Bulletin**, v. 105, n. 2, p. 260-75, 1989.

SOBAL, Jeffery. Food system globalization, eating transformations, and nutrition transitions. In: GREW, Raymond (Ed.). **Food in global history**. Boulder, CO: Westview Press, 1999a. cap. 9, p.171-193. (Global History). ISBN 0813336244.

_____. The size acceptance movement and the social construction of body weight. In: SOBAL, Jeffery e MAURER, Donna (Ed.). **Interpreting weight: the social management of fatness and thinness**. New York: Aldine de Gruyter, 1999b. p.231-249.

SOBAL, Jeffery; MAURER, Donna. Food, eating, and nutrition as social problems. In: MAURER, Donna e SOBAL, Jeffery (Ed.). **Eating agendas: food and nutrition as social problems**. New York: Aldine de Gruyter, 1995. p.3-7. ISBN 0-202-30507-4.

_____. Interpreting weight: the social management of fatness and thinness. New York: Aldine de Gruyter, 1999. 264 p. ISBN 0-202-30578-3.

SPECTOR, Malcolm; KITSUSE, John I. Social problems: A re-formulation. **Social Problems**, v. 20, p. 145-159, 1973.

_____. Constructing social problems. New York: Aldine de Gruyter, 1987. 184 p. ISBN 9780202303376.

SPITZACK, Carole. Curative voices: anti-diets and experts. In: INGLIS, David;GIMLIN, Debra, et al (Ed.). **Food: critical concepts in the social sciences**. New York: Routledge, v.4, 2008. cap. 59, p.163-186. ISBN 0-415-39207-1.

SPRAGUE-ZONES, Jane. Beauty myths and realities and their impact on women's health. In: RUZEK, Cheryl B.;OLESON, Virginia L., et al (Ed.). **Women's health: complexities and differences**. Columbus, OH: Ohio State University Press, 1997. p.249-275.

STEARNS, Peter N. Fat history: bodies and beauty in the modern West. New York: New York University Press, 1997. 294 p. ISBN 0814780709.

STOCK, M J. Editorial. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**, v. 16, p. 719-720, 1992.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p. ISBN 978-85-363-1043-5.

STUNKARD, Albert. Fatores na obesidade: visões atuais. In: PEÑA, Manuel e BACALLAO, Jorge (Ed.). **Obesidade e pobreza: um novo desafio de saúde pública**. São Paulo: Roca, 2006. cap. 3, p.27-33. ISBN 978-85-7241-610-8.

STUNKARD, Albert J. Obesity. Philadelphia: Saunders, 1980. 470 p. ISBN 9780721686356.

_____. Eating disorders: the last 25 years. **Appetite**, v. 29, n. 2, p. 181-190, 1997.

STUNKARD, Albert; MCLAREN-HUME, M. The results of treatment for obesity: a review of the literature and report of a series. **A.M.A. Archives of Internal Medicine**, v. 103, n. 1, p. 79-85, 1959.

SUSAN, L. Handy et al. How the built environment affects physical activity: Views from urban planning. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 23, n. 2, p. 64-73, 2002. ISSN 0749-3797. Disponível em: <
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379702004750>>.

TESSER, Charles Dalcanale Tesser; NETO, Paulo Poli Neto; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 15, n. 3, p. 3615-3624, 2010. ISSN 1413-8123. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf>>. Acesso em: 2011 Jan 4.

THOMPSON, J. Kevin. Body image, eating disorders, and obesity: an integrative guide for assessment and treatment. Washington, DC: American Psychological Association, 1996.

TOBIAS, A L; GORDON, J B. Social consequences of obesity. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 76, n. 4, p. 338-342, 1980.

TORA, The Oxford Research Agency. TORA research highlights the importance of food and drink 'taste-setters'. Oxford, Reino Unido, 2010. Disponível em: <
<http://www.tora.co.uk/tora-research-highlights-the-importance-of-food-and-drink-taste-setters-1483.html>>. Acesso em: 06/07/2010.

TROIANO, R. P. et al. The relationship between body weight and mortality: a quantitative analysis of combined information from existing studies. **International Journal of Obesity**, v. 20, p. 63-75, 1996.

ULIJASZEK, Stanley J. Social aspects of obesity: a critique. In: GARINE, Igor de e POLLOCK, Nancy J. (Ed.). **Social aspects of obesity**. Australia: Gordon and Breach Publishers, 1995. p.291-299. ISBN 2-88449-185-6.

UNITED STATES COURT OF APPEALS. Cook v. state of Rhode Island department of mental health retardation and hospitals. 10 F. 3d 17. State of Rhode Island, 1993.

Disponível em: < <http://openjurist.org/10/f3d/17/cook-v-state-of-rhode-island-department-of-mental-health-retardation-and-hospitals> >.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Nutrição**. [online], v. 15, n. 2, p. 127-138, 2002. ISSN 1415-5273. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rn/v15n2/11829.pdf> >. Acesso em: 2010 nov 13.

VÊNUS DE WILLWENDORF. Vénus de Willendorf. Viena, 2010. Disponível em: < <http://www.nhm-wien.ac.at/> >. Acesso em: 2010 Set 25.

VIGILANTES DO PESO. Quem somos. 2010. Disponível em: < http://www.vigilantesdopeso.com.br/quem_somos.aspx >. Acesso em: 2010 Out 7.

WAKEFIELD, J. Fighting obesity through the built environment. **Environment Health Perspective**, v. 112, p. A616-A618, 2004.

WALDMAN, Eliseu Alves; SILVA, Luiz Jacinto; MONTEIRO, Carlos Augusto. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. In: MONTEIRO, Carlos Augusto (Ed.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. 2.ed. rev e aumentada. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000. p.195-244. (Saúde em Debate; 91). ISBN 85-271-0311-7.

WANN, Marilyn. Fat! So? Because you don't have to apologize for your size. Berkeley, CA: Ten Speed Press, 1998.

WEIGHT WATCHERS INTERNATIONAL. Weight Watchers coach approach: how to motivate the "thin" you. New York: Wiley Pub, 1997. 275 p. ISBN 9780028622187.

WEINSIER, Roland L et al. Recommended therapeutic guidelines for professional weight control programs. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 40, n. 4, p. 865-872, 1984. Disponível em: < <http://www.ajcn.org/content/40/4/865.long> >. Acesso em: 2010 Nov 28.

WHITNEY, Eleanor Noss; HAMILTON, Eva May Nunnolley. Understanding nutrition. 2. ed. St. Paul: West Pub. Co., 1981, 1990. 629 p. ISBN 9780829904192.

WITZEL, Christine N; CHERNIN, Kim. Review of the obsession: reflections on the tyranny of slenderness. **Contemporary Sociology**, v. 11, n. 3, p. 342, 1982.

WOLF, A.; COLDITZ, Graham A. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. **Obesity Research**, v. 6, p. 97-106, 1998.

WOLF, Naomi. The beauty myth. New York: Harper Collins, 2002.

WOOLEY, S C; WOOLEY, O W. Should obesity be treated at all? **Research Publications - Association for Research in Nervous on Mental Disease**, v. 62, p. 185-192, 1984.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization, 1998.

_____. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization (WHO Technical Report Series, 894), 2000.

WYDEN, Peter. The overweight society. New York: Pocket Books, 1965. 295 p. ISBN 787266.