



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro

Danielle Monteiro Câmara

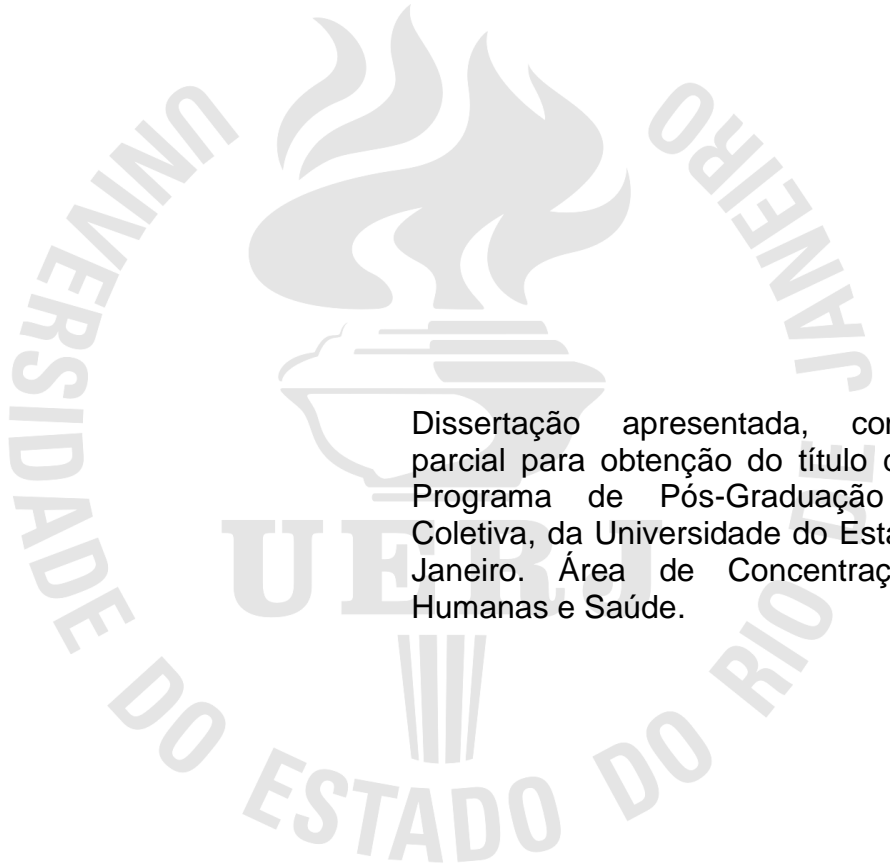
**Obesidade e sobrepeso: corpo gordo x corpo ideal
Contribuições da literatura socioantropológica acerca da
medicalização do corpo gordo**

Rio de Janeiro

2021

Danielle Monteiro Câmara

Obesidade e sobrepeso: corpo gordo x corpo ideal
Contribuições da literatura socioantropológica acerca da medicalização do
corpo gordo



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jane Araújo Russo
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Marina Fisher Nucci

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C173 Câmara, Danielle Monteiro

Obesidade e sobrepeso : corpo gordo x corpo ideal. Contribuições da literatura socioantropológica acerca da medicalização do corpo gordo / Danielle Monteiro Câmara – 2021.
187 f.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jane Araújo Russo
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Marina Fisher Nucci

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro.

1. Obesidade – Teses. 2. Medicalização – Teses. 3. Sobrepeso – Teses. 4. Antropologia médica – Teses. 5. Corpo humano – Aspectos sociais – Teses. I. Russo, Jane Araújo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro. IV. Título.

CDU 616-056.25

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Danielle Monteiro Câmara

Obesidade e sobrepeso: corpo gordo x corpo ideal
Contribuições da literatura socioantropológica acerca da medicalização do
corpo gordo

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 02 de março de 2021.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jane Araújo Russo

Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro - UERJ

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Marina Fisher Nucci

Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro – UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Rafaela Teixeira Zorzanelli

Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro – UERJ

Prof.^a Dr.^a Fernanda de Carvalho Vecchi Alzuguir

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Elaine Reis Brandão

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

À memória dos meus amados avós, Olinó Antônio e Durvalina, por todo suporte e afeto durante o tempo em que convivemos. À minha mãe querida, Maria Vicentina, que tanto me incentiva a investir nos meus projetos.

AGRADECIMENTOS

À professora Jane Russo, pelo privilégio de sua orientação, sempre tão atenta e cuidadosa com cada parte do trabalho, pelo valioso aprendizado, além da gentileza e paciência com que sempre conduziu nossas orientações.

À professora Marina Nucci, pela preciosa contribuição na coorientação deste trabalho.

À professora Rafaela Zorzanelli, à professora Fernanda Alzuguir e à professora Elaine Brandão, pelo aceite em compor a banca desta dissertação.

À professora Claudia Mora, pela importante contribuição em nossa banca de qualificação.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), cuja bolsa de mestrado possibilitou a realização deste trabalho.

Ao professor Benilton Bezerra, pela oportunidade de ter participado de uma disciplina em seu grupo de pesquisa, pelas brilhantes aulas de Fundamentos do conhecimento da vida e pelo incentivo no início do Mestrado.

À professora Rosely Sichieri, pela oportunidade de participar de um grupo de estudos acerca da obesidade infantojuvenil e pelo convite para contribuir com um artigo publicado na Página Grená do site do IMS. Muito interessante essa interlocução de diferentes áreas pesquisa.

A todos os professores do Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro, pela excelência da formação que nos proporcionam e por todo investimento e dedicação a pesquisas em Saúde Coletiva.

À bibliotecária Joice Cunha, chefe da biblioteca CB/C – UERJ no IMS, por toda disponibilidade, atenção e ajuda em nossas buscas bibliográficas.

À toda equipe do IMS, em especial à Silvia, Eliete e Aleksandra, por toda atenção e carinho conosco, alunas e alunos.

A todas e todos os colegas que pude conviver nesse período do Mestrado, em especial: Bárbara Costa, Bia Rique, Fabiana, Iolanda, Milene, Paula, Vitor, Viviane e tantos outros queridos e queridas que conheci nessa jornada.

Ao meu marido, Gelson, por todo apoio e companhia.

À minha mãe, Tina, por sua amizade e torcida de sempre.

RESUMO

CÂMARA, Danielle Monteiro. *Obesidade e sobrepeso: corpo gordo x corpo ideal*. Contribuições da literatura socioantropológica acerca da medicalização do corpo gordo. 2021. 187 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Obesidade e sobrepeso são conceitos médicos para a classificação do excesso de gordura corporal, que se dá a partir de determinados parâmetros numéricos de referência como, principalmente, o Índice de Massa Corporal (IMC). Para a medicina, os indivíduos devem manter seu peso dentro da margem estipulada, tendo em vista que o corpo gordo é considerado doença crônica e fator de risco para o desenvolvimento de comorbidades. Nesse sentido, o corpo magro é valorizado como um corpo saudável e o corpo gordo desvalorizado como doente. Ao mesmo tempo, estar gordo ou gorda é uma condição considerada evitável, o que faz com que estes indivíduos sejam responsabilizados pessoalmente por seu estado físico. Com isso, são desvalorizados também moralmente e estigmatizados, não só pela medicina, mas em todos os âmbitos sociais, sobretudo nas sociedades ocidentais contemporâneas. O corpo magro, por outro lado, do ponto de vista social, é sinal de beleza e signo de distinção, tanto de classe quanto moral. Dessa forma, a magreza fica idealizada num polo e o excesso de gordura corporal repudiado no outro, ou seja, com isso, temos corpo gordo x corpo ideal. Esta dicotomia impacta as relações sociais e políticas, assim como é também uma construção social e resultado de ações políticas. Então, a partir da visão socioantropológica, buscamos pesquisar sobre os atravessamentos sociais acerca do que a medicina chama de sobrepeso e obesidade, problematizando a questão da medicalização do corpo gordo. O nosso campo de investigação foi uma pesquisa bibliográfica de publicações recentes relacionadas à esta temática. O presente trabalho está organizado em três capítulos: o primeiro, dedicado aos pressupostos conceituais; o segundo, ao percurso metodológico e o terceiro, finalmente, trata da análise e discussão dos artigos resultantes da pesquisa. Os principais temas e conceitos abordados nestes artigos são: obesidade e sobrepeso como questões de gênero, especificamente feminino; sociedades ocidentais como *lipofóbicas* e *obesogênicas*; consumo e *hiperconsumo*; publicidade; indústrias ligadas à alimentação, saúde e moda; corpo magro como ideal; *estigma*; cultura; racionalidade nutricional como forma de medicalização da comida; corpo gordo como fator de risco em saúde e estilo de vida saudável como meio de prevenção e responsabilização individual. A nossa análise destas abordagens mostrou que a medicalização do corpo gordo tem função para além da promoção da saúde e gestão de riscos, pois envolve a possibilidade de maior aceitação e mobilidade social. Dessa forma, sustenta-se uma intensa pressão social para adequação estética. Consideramos que pode ser positivo promover a diversidade de corpos e politizar a medicalização do corpo gordo, discutindo os diversos interesses em jogo, como os lucros da indústria do emagrecimento.

Palavras chave: Obesidade. Sobrepeso. Corpo gordo. Medicalização. Risco. Construção social. Antropologia da saúde.

ABSTRACT

CÂMARA, Danielle Monteiro. *Obesity and overweight: fat body x ideal body*. Contributions from the socio-anthropological literature on the medicalization of the fat body. 2021.187 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Obesity and overweight are medical concepts for the classification of excess body fat, which is based on certain numerical reference parameters such as, mainly, the Body Mass Index (BMI). For medicine, individuals must maintain their weight within the stipulated range, considering that the fat body is considered a chronic disease and a risk factor for the development of comorbidities. In this sense, the thin body is valued as a healthy body and the fat body is devalued as sick. At the same time, being fat or fat is a condition considered to be preventable, which makes these individuals personally responsible for their physical condition. As a result, they are also morally devalued and stigmatized, not only by medicine, but in all social spheres, especially in contemporary Western societies. The thin body, on the other hand, from a social point of view, is a sign of beauty and a sign of distinction, both class and moral. In this way, thinness is idealized in one pole and excess body fat is repudiated in the other, that is, with that, we have a fat body x ideal body. This dichotomy impacts social and political relations, as well as being a social construction and a result of political actions. So, from the socio-anthropological point of view, we seek to research about the social crossings about what medicine calls overweight and obesity, questioning the issue of medicalization of the fat body. Our field of investigation was bibliographic research of recent publications related to this theme. The present work is organized into three chapters: the first, dedicated to conceptual assumptions; the second, to the methodological course and the third, finally, deals with the analysis and discussion of the articles resulting from the research. The main themes and concepts addressed in these articles are: obesity and overweight as gender issues, specifically female; western societies as lipophobic and obesogenic; consumption and hyperconsumption; publicity; industries linked to food, health and fashion; slim body as ideal; stigma; culture; nutritional rationality as a form of medicalization of food, a fat body as a risk factor in health and a healthy lifestyle as a means of prevention and individual accountability. Our analysis of these approaches showed that the medicalization of the fat body has a function beyond health promotion and risk management, as it involves the possibility of greater acceptance and social mobility. In this way, an intense social pressure for aesthetic adequacy is sustained. We believe that it can be positive to promote the diversity of bodies and politicize the medicalization of the fat body, discussing the various interests at stake, such as the profits of the slimming industry.

Keywords: Obesity. Overweight. Fat body. Medicalization. Risk. Social construction. Anthropology of health.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	10
	PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS.....	19
1	MEDICALIZAÇÃO DO CORPO GORDO E SEUS ATRAVSSAMENTOS.....	19
1.1	Medicalização.....	19
1.2	Medicalização do corpo gordo.....	38
1.2.1	<u>Risco, prevenção e estilo de vida saudável.....</u>	45
1.2.2	<u>Moralidades, hábitos saudáveis e cultura das commodities.....</u>	49
1.2.3	<u>Qual o lugar da dimensão biológica na obesidade e no sobrepeso?.....</u>	56
1.2.4	<u>Comensalidade, alimentação saudável e ambiente obesogênico.....</u>	60
1.2.5	<u>Obesidade e sobrepeso como questões de gênero.....</u>	63
2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	70
2.1	Tabelas.....	74
3	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ARTIGOS RESULTANTES DA REVISÃO DE LITERATURA	79
3.1	Obesidade e sobrepeso como questões de gênero nos artigos.....	79
3.2	Obesidade, sobrepeso e estigma: corpo gordo x corpo ideal.....	86
3.3	Medicalização do corpo gordo e da comida: o que está em jogo?.....	94
3.4	Autocuidado e gestão de risco em saúde.....	102
3.5	A comida, o comer e a gordura corporal: entre a racionalidade nutricional, a comensalidade e a tradição.....	111
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
	REFERÊNCIAS	125
	ANEXO A.....	128
	ANEXO B.....	181

INTRODUÇÃO

Obesidade e sobrepeso são temas e assuntos recorrentes em muitas rodas de conversas, nos mais diferentes âmbitos e situações sociais. Ser (ou estar) gorda ou gordo, se considerar gorda ou gordo, ter engordado ou ter emagrecido, qual o peso, qual o índice de gordura corporal ou de massa magra, como engordou, o que faz engordar e o que emagrece são questões que despertam interesse e muitas discussões para muitas pessoas. Tal interesse pode variar, dependendo principalmente do gênero, da faixa etária e da classe social – como abordaremos ao longo desta dissertação. Especialmente nos momentos de refeição, é muito comum que essa temática e alguns destes questionamentos sejam levantados e geralmente associados a algum possível julgamento moral acerca do que se está comendo ou bebendo, se engordam ou não são saudáveis. As pessoas costumam se justificar pelo quê vão comer ou pelo quê comeram, dizendo coisas como: “só hoje estou saindo da minha dieta”, “só vou comer um pedacinho”, “exagerei, mas logo voltarei ao meu programa alimentar”; entre várias outras justificativas. É também comum ouvirmos relatos de sentimento de culpa pelo que se comeu ou por quanto se comeu, como se engordar dependesse unicamente do comportamento alimentar do indivíduo e como se engordar fosse uma das piores coisas que poderia acontecer. Moralidades em torno da alimentação e da gordura corporal são pontos importantes relacionados à medicalização do corpo gordo e à promoção da saúde, que também analisaremos em nossa pesquisa bibliográfica e discutiremos neste trabalho.

No Brasil, o corpo gordo foi adquirindo progressivamente uma conotação negativa. A partir do ponto de vista da saúde, o excesso de gordura corporal passou a ser condenado por oferecer risco de desenvolvimento de determinadas doenças graves. Já do ponto de vista social, o corpo gordo passou a ser visto como sinal de descuido pessoal e falta de autocontrole em relação à alimentação. Para a medicina, essa falta de autocuidado e de controle do comer podem ser causadas por conflitos psicológicos do indivíduo, por alguma disfunção fisiológica ou mesmo por falha moral. A responsabilização por engordar é atribuída à pessoa que engorda. Nesse sentido, um corpo magro foi sendo instituído como “ideal” e como parâmetro de saúde. Socialmente, o corpo magro foi eleito padrão de beleza, sinônimo de elegância e signo de distinção de classe social. Assim, ser magra e ser magro tornou-se uma meta que as pessoas devem se esforçar para alcançar e para a qual devem ter “força de vontade.” Especialmente para as mulheres, é importante destacar, há uma cobrança expressiva da sociedade para que se mantenham magras, que permeia tanto o discurso da saúde quanto os discursos de outros seguimentos como, principalmente, o da moda, além de diferentes círculos

sociais. Ser magra se tornou um verdadeiro imperativo, sobretudo nas sociedades ocidentais, bem como a evitação de engordar. Tal idealização é sustentada e estimulada, em grande parte, através da mídia. Há uma quantidade infindável de matérias, propagandas, programas, perfis de redes sociais, entre outros veículos de informação, direcionadas para o emagrecimento feminino. São veiculadas diversas dietas, receitas, produtos e serviços, entre tudo mais que possa ajudar na redução de gordura. Muitas autoras têm defendido que a obesidade e o sobrepeso são questões de gênero, ponto que abordaremos já no primeiro capítulo.

Obesidade e sobrepeso são categorias biomédicas que se referem ao corpo gordo, tendo em vista que passou a ser considerado “condição médica” pela OMS. Ambas constituídas a partir de parâmetros do saber médico, classificam o excesso de gordura corporal como doença crônica não transmissível e como fator de risco para doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer. Para além da classificação biomédica, todos os significados e atravessamentos sociais do corpo gordo, inclusive a estigmatização, reforçam o incentivo ao emagrecimento, gerando pressão médica e social para que se emagreça. Nesse sentido, obesidade e sobrepeso podem ser compreendidos como expressões da medicalização do corpo gordo.

Medicalização é um fenômeno médico e social complexo, cujo conceito se refere a intervenções médicas na sociedade, como apontou Foucault (1976) e à atribuição de certas condições físicas e comportamentos, a priori “não médicas” ao aparato da medicina, como apontou o sociólogo Peter Conrad (2007). Segundo este autor, a ““medicalização” descreve um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos” (2007, p.4) – como ocorre nos casos do sobrepeso e da obesidade, focos do nosso estudo, também abordados pelo autor. Desse modo, várias novas categorias de condição física, mental, comportamental e algumas experiências naturais da vida humana, como a menopausa e o envelhecimento, passaram a ser tratadas pela medicina, tornando-se, então, medicalizadas. Alguns exemplos destas categorias são: excesso de gordura corporal; baixa estatura em adolescentes; calvície; dificuldade de atenção, concentração e hiperatividade (classificados como TDAH)¹; ansiedade; tristeza; luto; excesso de bebida alcoólica (classificado como alcoolismo); alimentação desregrada (classificada como transtorno alimentar); mal-estar no

¹ **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade:** “O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento.” (DSM V, p.32).

período pré-menstrual (denominado TPM)²; entre outros e incluindo, até mesmo, a experiência do morrer. Muitos destes exemplos são desviantes, em algum grau, da norma médica e outros são para aprimoramento (*enhancement*). O conceito da medicalização é bastante abrangente e difuso, como o próprio Conrad (2007) aponta ao denominá-lo como um processo irregular. Dessa forma, a medicalização pode ter diferentes sentidos e usos, dependendo do objeto alvo, do contexto histórico e social; além de poder oferecer tanto ganhos, quanto prejuízos. Segundo Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr. (2013), o grupo social ao qual pertence o alvo da medicalização tem significativa relevância na compreensão deste processo, tendo em vista que há certos comportamentos e grupos considerados mais medicalizáveis em potencial do que outros.

A ênfase na irregularidade da medicalização indica que tal processo é, por excelência, variável, anômalo, desigual, dependente de seu alvo, do grupo social a que esse alvo pertence, dos vetores que concorrem para sua configuração. De forma prática, essa irregularidade significaria, por exemplo, que alguns comportamentos são, potencialmente, mais medicalizáveis do que outros, colaborando para isso certos fatores, como o maior ou menor apoio da profissão médica, a disponibilidade de intervenções e tratamentos, a existência de definições daquele comportamento ou transtorno competitivas entre si; significaria dizer que alguns grupos são ou eram mais medicalizáveis do que outros, como, a princípio, as mulheres e as crianças; que as diferenças sociais e de gênero contribuiriam para acirrar processos de medicalização; que haveria agentes fora da profissão médica que contribuiriam ativamente para a medicalização, tais como a indústria farmacêutica, as associações de cuidadores e pacientes, a mídia impressa e virtual e a divulgação científica, periódicos médicos e as propagandas de medicamentos. (p.1863).

Conrad (2007) destaca o fato da medicalização poder ser exercida também por outros agentes, para além do campo da medicina, como é o caso da indústria farmacêutica, sobretudo, mas também de movimentos sociais, como os Alcoólicos Anônimos. Além disso, uma característica central nesta irregularidade é a consideração de que os indivíduos têm uma postura mais ativa frente aos processos de medicalização, isto é, não são como alvos passivos, sem críticas ou questionamentos ao que lhes é proposto pelos dispositivos médicos e ao que é prescrito pelos próprios profissionais de saúde. Estas são as principais características que expressam a irregularidade dos processos de medicalização, os quais abordaremos mais detalhadamente no próximo capítulo.

Crawford (1980), falou da medicalização como ideologia, podendo ser compreendida a partir de dois significados mais amplos. “O primeiro liga uma gama crescente de fenômenos sociais à instituição da medicina”(p.369). Nesse caso, a medicalização atua especialmente em comportamentos desviantes, “substituindo agentes religiosos e legais e seus modos de controle social.”(p.369). “O segundo significado da medicalização refere-se à extensão da

² Tensão pré-menstrual.

gama de fenômenos sociais mediados pelos conceitos de saúde e doença, muitas vezes com o foco na importância desse processo para a compreensão do controle social do desvio.”³ (págs.369-370, tradução nossa). Entre os exemplos de desvios controlados socialmente, a partir do discurso da promoção da saúde, Crawford (1980) cita o alcoolismo e a obesidade, entre outros, que “tornaram-se questões para o diagnóstico médico, e o rótulo de doença lhes foi atribuído”(p.370). Nesse sentido, o controle social do desvio se dá a partir da patologização de condições físicas e comportamentais consideradas fator de risco pela epidemiologia.

A obesidade e o sobrepeso, há algumas décadas, já são considerados epidemia em diversas partes do mundo (OMS, 2000). Com isso, a gordura corporal vem sendo, cada vez mais, medicalizada e tomada como objeto de pesquisa em saúde. A medicalização se dá com o intuito de prevenção, controle e manutenção da saúde, através da manutenção do peso considerado ideal. (MS, 2013).

No contexto clínico da medicalização do corpo gordo, o cálculo mais usado para a avaliação da adiposidade do corpo e risco de doenças é o Índice de Massa Corporal (IMC), que passou a ser o parâmetro predominante nas avaliações clínicas. Porém segundo as “Diretrizes Brasileiras de Obesidade” (2016, p.15), este “é um bom marcador, mas não totalmente correlacionado com a gordura corporal.” Ainda continua: “Pode haver diferenças na composição corporal em função do sexo, idade, etnia, no cálculo de indivíduos sedentários quando comparados a atletas, na presença de perda de estatura em idosos devido à cifose, em edemaciados, etc.” E destaca: “O IMC não reflete a distribuição da gordura corporal” (p.15). O IMC, então, não é o parâmetro mais adequado, embora seja o mais usado para classificar sobrepeso e obesidade. Essa classificação se dá por referenciais numéricos, por medidas antropométricas, ou seja, o IMC se traduz em números referentes à divisão do peso em kg pela altura em metros, elevada ao quadrado, Kg/m². Dependendo dessa proporção, o indivíduo é classificado como “magro” (IMC < 18,5), “normal” (IMC 18,5 – 24,9), com “sobrepeso” (IMC 25 – 29,9), “obeso” (30 – 39,9) e “obeso mórbido” (>40), concomitante com a progressiva condição de risco em saúde. Segundo Mancini⁴ (2004), “a obesidade representa uma distribuição anormal de gordura corporal” e “para uma avaliação quantitativa da

³ No original: “The second meaning of medicalization refers to the extension of the range of social phenomena mediated by the concepts of health and illness, often focusing on the importance of that process for understanding the social control of deviance.”

⁴ Márcio C. Mancini é médico do Grupo de Obesidade e Doenças Metabólicas do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC – FMUSP) e autor e coordenador do Tratado de Obesidade (2015).

obesidade o índice de massa corporal (IMC) é usado” (p.84). Para o autor, o diagnóstico da obesidade é arbitrário, partindo de critério populacional, mas pode ter enfoque quantitativo e qualitativo.

O limite entre peso normal (peso da população associado à menor mortalidade para altura) é arbitrário, podendo haver diferenças entre as populações estudadas. Pode-se estabelecer basicamente dois tipos de diagnósticos diante de um paciente obeso: um diagnóstico quantitativo, que se refere à massa corpórea ou à massa de tecido adiposo, e um diagnóstico qualitativo, que se refere à distribuição de gordura corporal ou à presença de adiposidade visceral (Mancini, 2004, p.84).

A avaliação qualitativa para o diagnóstico da obesidade é feita a partir da distribuição da gordura corpórea, que pode estar mais concentrada na região abdominal ou na região dos quadris. Dependendo do local de maior concentração, pode estar associada a determinados tipos de comorbidades.

O excesso de gordura pode estar mais concentrado na região abdominal ou no tronco, o que define obesidade tipo androide, superior (de upper), central, abdominal, ou em maçã (apple), mais frequente, mas não exclusiva, no sexo masculino; ou pode estar mais concentrado na região dos quadris, o que define obesidade tipo ginóide, inferior, periférica ou subcutânea, gluteofemoral, ou em pêra, mais frequente, mas não exclusiva, do sexo feminino. A obesidade androide apresenta maior correlação com complicações cardiovasculares e metabólicas que a obesidade ginóide, que apresenta como doenças mais associadas complicações vasculares periféricas e problemas ortopédicos e estéticos. (Mancini, 2004, p. 85).

Interessante notar que entre os vários possíveis problemas de saúde que podem estar associados ao acúmulo de gordura corporal, o autor coloca a estética. Ao incluir a estética como problema de saúde, nesse caso, a estética de um corpo gordo, o autor acaba fazendo um juízo de valor, que pode ter um viés moralizante – sobretudo porque ele fala em nome do saber médico. Essa questão nos remete à medicalização e a moralidades ligadas aos corpos, como abordaram Deborah Lupton (1995) e os autores de “The Obesity Epidemic: Science, morality and ideology” (2005), Michael Gard e Jan Wright⁵. Conforme mencionamos no início, tais questões mostram-se relevantes para nosso trabalho. Desse modo, as abordaremos no capítulo sobre pressupostos teóricos e análise da revisão de literatura.

Jeremy A. Greene (2007) aborda a transição da abordagem terapêutica médica que, até primeira década após a II Guerra, se dava a partir dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, para uma abordagem pautada em fatores de risco, sobretudo no que diz respeito a doenças crônicas. Tais fatores são mensurados por exames laboratoriais e seus padrões de

⁵ Michael Gard é professor titular de Educação Física na Charles Sturt University – Austrália e Jan Wright é professor de Educação e pesquisador associado na Faculty of Education of University of Wollongong – Austrália.

referência previamente estipulados por pesquisas epidemiológicas e farmacêuticas. Assim, doenças inicialmente assintomáticas, como doenças cardíacas e diversos tipos de câncer, passaram a ser detectadas e tratadas farmacologicamente, a fim de diminuir o risco de morbidade e maximizar a longevidade. A doença coronariana, sobretudo, apareceu como a principal causa de mortalidade para os americanos naquele momento. A partir dessa lógica de redução de riscos, o foco passou a estar nas variantes fisiológicas conectadas a doenças cardíacas: hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia. Nesse sentido, esforços de pesquisadores epidemiologistas e da indústria farmacêutica uniram-se em prol da prevenção das doenças cardíacas, atuando em seus estados precursores. Tal prevenção passou a ocorrer com mudanças em hábitos modificáveis e, especialmente, com tratamento farmacológico, pelos medicamentos: Diuril, Orinase e Mevacor. Há outras questões em jogo, como interesses políticos e econômicos. Esse livro aborda toda essa trama de relações e jogos de força que estão envolvidos na confluência desses dois pontos de vista: o saber médico e a indústria farmacêutica.

A obesidade e o sobrepeso são considerados fatores de risco para hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia. Junto a estes sintomas, a obesidade abdominal compõe a Síndrome Metabólica (SM). Todos estes, incluindo pré-diabetes, são fatores de risco para doenças cardíacas e determinados tipos de câncer. Com isso, como já introduzimos, foram elevados ao estatuto de doenças crônicas, sendo definidos, na prática, por resultados numéricos a partir de valores de referência dos testes diagnósticos.

O que estava em jogo, nos debates dos anos 1950 e 1960 sobre hipertensão leve a moderada foi o surgimento de um novo paradigma de prevenção farmacêutica para doenças crônicas, a identificação de estados precursores assintomáticos que, então, passaram a ser vistos como doenças em seu próprio direito.⁶ (Greene, 2007, p. 53, tradução nossa).

As doenças crônicas, por sua vez, com a possibilidade de tratamento farmacológico dos fatores de risco, passaram a ser vistas como condições evitáveis. Nesse sentido, as pesquisas epidemiológicas e de fármacos evoluíram para embasar a gestão dos riscos em saúde. Os riscos se referem à possibilidade de evolução de determinadas condições físicas para doenças graves, como, por exemplo, hipertensão evoluir para AVC (Acidente Vascular Cerebral). Segundo Greene (2007), o uso de produtos farmacêuticos para tratar as novas categorias de doenças crônicas que foram surgindo, foi crucial no processo de substituir

⁶ No original: “At stake in the debates of the late 1950s and 1960s over mild-to-moderate hypertension was the emergence of a new paradigm of pharmaceutical prevention for chronic disease, the identification of symptomless precursor states that then became viewed as diseases in their own right.”

conceitos degenerativos e fatalistas de determinadas doenças por visões mais ativas. Visões estas que se referem a poder detectar, manejar e evitar a possível evolução. Assim, a prevenção e a promoção da saúde ganharam destaque.

Gard e Wright (2005) escreveram o livro intitulado “A Epidemia da Obesidade: Ciência, Moralidade e Ideologia”, no qual fazem uma forte crítica à epidemia de obesidade. Neste trabalho, apontam lacunas nos estudos científicos que embasam tal concepção, afirmando que há mais incertezas do que conclusões; apontam um forte viés naturalista e mecanicista em tais estudos, que partem de pesquisas epidemiológicas; questionam o fato da obesidade e do sobrepeso serem uma epidemia, a sua prevalência, argumentando que o IMC é uma medida insuficiente para a classificação diagnóstica e, finalmente, concluem que a “epidemia da obesidade pode ser vista como um complexo *pot-pourri* de ciência, moralidade e pressupostos ideológicos sobre as pessoas e suas vidas que têm efeitos eticamente questionáveis”⁷ (p. 3, tradução nossa).

Nesta dissertação, pretendemos discutir a medicalização do corpo gordo, sua definição como fator de risco para doenças e como doença em si, além de todos os desdobramentos envolvidos, a partir da literatura socioantropológica e dos artigos resultantes da pesquisa bibliográfica, os quais abordam este tema nas ciências sociais. Com isso, analisaremos as possíveis contribuições que essa literatura pode trazer para os profissionais de saúde que trabalham com obesidade e sobrepeso. Para tanto, discutiremos o excesso de gordura corporal e sua medicalização como fenômenos sociais, analisaremos a classificação da obesidade e do sobrepeso como patologias crônicas não transmissíveis (CID – OMS) à luz da literatura levantada e buscaremos identificar tendências, lacunas e onde essas questões têm sido discutidas

O interesse por essa temática emergiu da atuação como psicóloga no atendimento a indivíduos obesos e com sobrepeso no contexto clínico - ambulatorial e hospitalar. Nessa experiência, ao longo de mais de dez anos de trabalho, observamos muitas questões envolvidas no processo de cuidado, desde o diagnóstico médico, passando pelos encaminhamentos aos diferentes profissionais de uma equipe multidisciplinar, até a grande dificuldade de abordagem e de adesão dos pacientes. Uma questão que se destacou e nos motivou a pesquisar é que todo atendimento foca no emagrecimento a partir da mudança de seus fatores determinantes diretos, isto é, a partir da mudança na dieta alimentar e na

⁷ No original: “the ‘obesity epidemic’ can be seen as a complex pot-pourri of science, morality and ideological assumptions about people and their lives which has ethically questionable effects.”

regularidade de atividade física. Para tanto, muitas vezes, são prescritos como principais recursos medicamentos e até cirurgia bariátrica, desconsiderando os processos sociais e econômicos envolvidos, bem como a cultura na qual aquela pessoa está inserida. Além disso, para a medicina é imperativo o emagrecimento de quem não tem o peso dentro do IMC considerado adequado. Ou seja, a diversidade de corpos não é levada em consideração, mesmo para quem o excesso de gordura corporal não é um problema e não ocasiona doenças associadas. Ao longo da dissertação aprofundaremos esta discussão.

Os pacientes que atendemos no HUPE (UERJ), por ocasião da residência em psicologia clínico institucional, geralmente vinham encaminhados pelo médico clínico, muitas vezes da atenção primária – clínicas da família. Já os pacientes da clínica particular, com que trabalhamos anteriormente, a maioria vinha demandando pessoalmente tratamento para excesso de peso, grande parte por motivação estética. Outros por encaminhamento do clínico, do cardiologista ou médico do trabalho de sua empresa.

A partir da escuta como psicóloga, pude verificar nas narrativas dos sujeitos obesos e com sobrepeso suas motivações, conflitos, angústias e diferentes emoções, sempre atravessadas pelas relações sociais. Muitos relatos de vivência de rejeição por preconceito e, conseqüentemente, discriminação nos mais diferentes ambientes sociais, desde círculos de amizade, familiares, relações amorosas e até no âmbito profissional. Tal vivência pode trazer diversas conseqüências para a vida desse grupo, como isolamento social e desemprego. Muitos traziam para o atendimento o fato de estar acima do peso “ideal” como questão, sobretudo as mulheres mais jovens. Nesse sentido, questionávamos quais seriam os motivos pelos quais desejavam estar dentro do peso e o que significava emagrecer. A maioria dizia querer emagrecer para se sentir bonita, desejada, valorizada, entre outras motivações envolvendo laços sociais. Porém não necessariamente gostariam ficar dentro do IMC estipulado. Alguns desejavam ficar com peso acima do recomendado e muitos, principalmente as mulheres mais jovens (entre 15 e 50 anos), com peso abaixo, para deixar uma “margem”, caso engordassem alguns quilos. As motivações eram variadas e subjetivas, mas giravam em torno de bem estar físico – como aumentar a disposição e diminuir o cansaço – e, especialmente, “melhorar” a aparência estética. Poucos falavam sobre emagrecer por prevenção. Quando falavam em prevenir, geralmente se referiam à recomendação do médico que encaminhava. Em relação ao significado, muitos diziam que significava poder fazer muitas coisas que não conseguiam ou não se permitiam, como praticar determinados esportes, usar certos tipos de roupa ou, até mesmo, ir à praia. Uma frase bastante comum era “estar bem comigo mesmo (a)”, que significava, para eles (as), bem estar psíquico, com mais aceitação

da imagem corporal e menos culpa. Além disso e sobretudo, significava ser mais bem visto e aceito socialmente. Nesse sentido, consideramos que fazer uma análise qualitativa da obesidade e do sobrepeso pode ser positivo para os indivíduos gordos, na medida em que pode lançar luz a um manejo clínico mais adequado e a uma perspectiva social mais solidária e menos estigmatizante em relação a estas pessoas. Ao mesmo tempo, pode ser positivo para os profissionais de saúde que são demandados para o tratamento da obesidade e para a própria promoção da saúde, no sentido de superar o desafio da adesão (por parte de quem deseja e precisa emagrecer) e, assim, melhorar a eficácia de um emagrecimento equilibrado.

Organizamos esta dissertação em três capítulos e ao final apresentamos nossas conclusões. O primeiro capítulo compreende os pressupostos conceituais que se articulam à temática deste trabalho. Para tanto, está subdividido em seis subtemas que têm implicação na medicalização do corpo gordo. O segundo capítulo é dedicado à apresentação do percurso metodológico, bem como do material que resultou das pesquisas e uma tabela, em que compilamos dados importantes das publicações, como as categorias analíticas presentes. O terceiro capítulo, se refere à análise e discussão destes artigos resultantes das pesquisas, sendo subdividido em cinco blocos de articulações, cujos títulos que elaboramos são resultado do que foi recorrente em tais trabalhos. Em seguida, teremos o último capítulo, em que faremos nossas considerações finais. Em um primeiro anexo está uma apresentação dos artigos por nós selecionados e no segundo anexo, por fim, todos os achados da nossa pesquisa bibliográfica que não foram selecionados, com as respectivas justificativas.

PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS

1 MEDICAIZAÇÃO DO CORPO GORDO E SEUS ATRAVESSAMENTOS

1.1 Medicalização

Medicalização foi uma temática significativamente discutida por autores das ciências humanas e sociais da década de 1970, entre os quais, estão principalmente Michel Foucault, Ivan Illich, Irving Zola, Peter Conrad e, posteriormente, nas décadas de 1990 e 2000, por Adele E. Clarke et al. e Deborah Lupton – cujos estudos articulamos com nosso tema da dissertação.⁸ Conforme apontam Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr. (2013), Foucault, entretanto, aborda os processos de medicalização num contexto histórico anterior ao que estes outros autores abordam, que foi no período entre o final do século XVII e o final do século XIX, em alguns países da Europa. Já Illich, Zola, Conrad, Clarke et al. e Lupton produziram trabalhos sobre os processos de medicalização no contexto do século XX. (Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr. 2013, p.1861).

Foucault (1976) caracteriza a medicalização como processos de intervenção médica na sociedade, através de tecnologias de poder, incidindo tanto diretamente nos indivíduos (com anatomopolítica, biopoder) quanto na população e indiretamente a partir da construção, urbanização e sanitização das cidades (com biopolítica, regulamentação e governamentalidade), como mostraremos, sucintamente, nos próximos parágrafos. Grosso modo, toda essa intervenção médica tinha por objetivo a erradicação de doenças, o combate a epidemias e a disciplinarização dos corpos, como formas de aumentar a longevidade dos indivíduos e de prevenção a qualquer adoecimento que pudesse diminuir a força e o tempo de trabalho. É importante observarmos que nesse período, especialmente durante o século XVIII e no século XIX, a Europa vivia o contexto da Revolução Industrial. Dessa forma, havia efervescência de avanços tecnológicos, como as máquinas a vapor, inicialmente, mais tarde o desenvolvimento da eletricidade, do motor de combustão, indústria química, metalurgia e de telecomunicações (com as invenções do telégrafo e do telefone). Tudo isso possibilitou a proliferação de fábricas e, por conseguinte, o estabelecimento do sistema capitalista. Nesse sentido, para se obter eficiência na produção tornou-se premente o investimento na saúde da

⁸ Nossas reflexões sobre medicalização, bem como os autores escolhidos para tratarmos deste tema, foram norteados pelos trabalhos de Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr. (2013), Zorzanelli e Cruz (2017) e pelas aulas da disciplina: “Fundamentos do Conhecimento da Vida”, ministradas no primeiro período do Mestrado do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ, pelos professores: André Rios, Benilton Bezerra, Rafaella Zorzanelli e Rogério Azize.

população, em que os indivíduos pudessem dispor de todo o seu potencial de trabalho a serviço da produção de riquezas.

Segundo Foucault (1976, p. 285), um dos fenômenos fundamentais do século XIX foi o que se poderia denominar “a assunção da vida pelo poder.”- como destacam Zorzanelli e Cruz (2017, p.725) em seu artigo acerca da medicalização em Foucault. Conforme Foucault (1976), ocorre “[...] uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico ou, pelo menos, uma certa inclinação que conduz ao que se poderia chamar de estatização do biológico.”(pp.285-286). Nesse sentido, aponta que todos os processos de medicalização iriam culminar numa medicalização da vida, ou seja, na incidência do poder médico politizado e do Estado sobre o ser humano enquanto espécie. Foucault (1976), então, se refere à teoria clássica da *soberania*, cuja principal característica era o poder de vida e de morte, bem como sua modificação a partir de tecnologias de poder, como ponto de partida para a compreensão de tais processos.

O direito de vida e de morte por parte do soberano em relação aos súditos significava que ele poderia “fazer morrer e deixar viver” (p.286), situando a vida e a morte como fenômenos que não ocorrem fora do campo do poder político, estando para além de fenômenos naturais. O autor destaca que o exercício do poder soberano sobre a vida só se exercia na medida em que o soberano podia matar. Contudo, houve uma transformação desse direito de soberania, a qual Foucault (1976) aponta como “uma das mais maciças transformações do direito político do século XIX” (p.287), em que se inverteu a ordem de valores para: “fazer viver e deixar morrer” (p.287). O foco passou a ser a vida. Nesse sentido de promover a vida, implicaram tecnologias de poder que surgiram nos séculos XVII e XVIII. Em primeiro lugar, produziu-se técnicas centradas no corpo, individual, que visavam aumentar a força útil do indivíduo através de exercícios e treinamentos físicos. Eram as técnicas disciplinares, exercidas mediante todo um sistema de vigilância (controle), hierarquias, inspeções e relatórios, sendo também chamadas por Foucault (1976) de “tecnologia disciplinar do trabalho” (p.288).

A partir da segunda metade do século XVIII surgiu, segundo Foucault (1976), uma nova tecnologia de poder, diferente da técnica disciplinar, mas não excludente, ao contrário, seria complementar.

Uma tecnologia de poder que não exclui a primeira, que não exclui a técnica disciplinar, mas que a embute, que a integra, que a modifica parcialmente e que, sobretudo, vai utiliza-la implantando-se de certo modo nela, e incrustando-se efetivamente graças à essa tecnica disciplinar previa. (1976, pp.288-289).

Esta nova técnica visava intervir na coletividade, isto é, no ser humano enquanto espécie, na multiplicidade dos homens, na medida em que forma uma massa global e é afetada por processos de conjunto próprios da vida, como o nascimento, a morte, a reprodução, a doença, entre outros. Assim, surgiu a Biopolítica. Enquanto a tecnologia disciplinar objetivava otimizar a saúde do corpo humano, como uma anatomo-política, o objetivo da Biopolítica era incidir sobre a espécie humana. Os primeiros alvos de controle da Biopolítica foram principalmente os processos de natalidade, mortalidade e longevidade. Posteriormente, as endemias também se tornaram alvos, são elas: “a forma, a natureza, a extensão, a duração e a intensidade das doenças reinantes numa população” (p.290). Nesse caso, aponta Foucault (1976), trata-se da “doença como fenômeno de população” (p.291), isto é, as doenças comuns numa população, que cotidianamente vão subtraindo a força de trabalho dos indivíduos – diferente das epidemias, que aumentam bruscamente as taxas de mortalidade. A partir daí, a medicina passou a adquirir também a função de higiene pública. Assim, a Biopolítica passou a introduzir não somente instituições de assistência, mas também mecanismos mais sutis e favoráveis economicamente, como: seguros, poupanças, seguridades sociais, entre outros. Por fim, outro domínio muito importante foi a relação dos seres humanos com seu meio ambiente, seja o meio geográfico, climático ou hidrográfico. Foucault (1976) cita como exemplo a existência das epidemias ligadas aos pântanos, durante toda a primeira metade do século XIX. Em suma, o autor observa que o campo de intervenção do poder da Biopolítica não é o corpo individual e nem o corpo social, do qual tratam os juristas, é o “corpo múltiplo” (p.292), “com inúmeras cabeças” (p.292). Isto é, o alvo não é a sociedade, mas sim a população. Esta é a noção de *população* para Foucault (1976).

O autor ressalta a importância dos mecanismos de intervenção implementados pela Biopolítica, que envolvem previsões, estimativas estatísticas, medições globais e objetivam modificar, baixar a morbidade, prolongar a vida e estimular a natalidade. Segundo Foucault (1976), trata-se, sobretudo, de estabelecer mecanismos reguladores: “[...] em suma, de instalar mecanismos de previdência em torno desse aleatório que é inerente a uma população de seres vivos, de otimizar, se preferirem, um estado de vida [...]” (pp. 293-294). Assim, os processos de *regulamentação* estão voltados para a promoção da vida, para ‘fazer viver’ levando em conta os processos biológicos do homem – espécie e, dessa forma, opondo-se ao poder de *soberania*, que dizia respeito à ‘fazer morrer.’

A dicotomia corpo/organismo e população, então, são alvos de dois níveis de *biopoder*: a *disciplina* sobre os corpos e a *regulamentação* sobre a população (através de uma Biopolítica). Na prática, a disciplina é exercida principalmente através de instituições, como

escolas, hospitais e quartéis; já a regulamentação é exercida através do Estado. Todavia, Foucault (1976) observa que a disciplina ultrapassa o âmbito das instituições, a exemplo da polícia, que é ao mesmo tempo aparelho de disciplina e do Estado. Além disso, o autor destaca que ambos os poderes, disciplinar e regulamentar, embora situados em níveis diferentes, se articulam. Nesse sentido, cita outro exemplo de questão pertinente a estes dois níveis de biopoder: a sexualidade. Da mesma forma que é alvo da disciplina, como no caso do controle da masturbação de crianças, entre os séculos XVIII e XX, é também alvo da regulamentação, sobretudo no que diz respeito ao controle da natalidade. Segundo Foucault (1976), “a sexualidade está exatamente na encruzilhada do corpo e da população. Portanto, ela depende da disciplina, mas depende também da regulamentação.” (p.300).

Há um elemento que também circula entre o disciplinar e o regulamentador, mas que vai servir de parâmetro e instrumentalizar o exercício destes poderes, se aplicando ao corpo e à população. Este elemento é a *Norma*. Nesse sentido, Foucault (1976) se refere à sociedade como uma “sociedade de normalização”, em que a norma da disciplina e a norma da regulamentação se cruzam “conforme uma articulação ortogonal” (p. 302). Desse modo, Foucault (1976) argumenta que ao afirmarmos que o poder, no século XIX, se incumbiu da vida, estamos afirmando que ele abrange todos os aspectos, “do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra.” (p.302).

Podemos afirmar que a norma médica norteia todas as intervenções da medicina, desde condutas clínicas voltadas para a cura, condutas medicamentosas, cirúrgicas, passando pela prevenção e controle de riscos – os quais veremos mais à frente – e até mesmo aprimoramento. Em suma, podemos dizer que a norma permeia toda medicalização, mesmo quando exercida por outros profissionais de saúde. A norma se traduz como o referencial do que é “normal”, desejável para que os indivíduos se mantenham saudáveis e produtivos. Em medicina, os referenciais de normalidade podem se expressar em sinais clínicos, imagens ideais das condições anatomofisiológicas para exames de imagens, ou valores numéricos para exames laboratoriais e alguns exames físicos – como no caso do IMC. Assim, se algum sinal físico, ou exame de imagem, ou resultado de exames de laboratórios não estiverem dentro de uma faixa de normalidade estipulada pelo saber médico, é considerado uma condição a ser normalizada, e, portanto, classificada como de doença. Para normalizar indivíduos e populações é preciso que haja disciplina e regulamentação.

A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores. (Foucault, 1976, p.302).

De uma forma mais geral ainda, pode-se dizer que o elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e à população, que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, esse elemento que circula entre um e outro é a “norma.” (p.302).

A medicalização de pessoas gordas é um bom exemplo de normalização. Tanto no cuidado individual, em que a disciplina das dietas e atividades físicas é a principal prescrição; quanto no controle epidemiológico para a população, mediante inúmeras campanhas de prevenção, projetos de lei e portarias, como a Lei 13666/2018, que inclui educação alimentar e nutricional nos currículos das escolas e a Portaria Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS), nº 2446, de 11 de Novembro de 2014, que visa produzir saúde através da formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Além destas, há vários outros projetos legislativos e políticas públicas, entre os quais, também destacamos a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), regulamentado pela Lei nº11947 de 16 de Junho de 2009. O PNAE atende à educação básica na rede pública de ensino, regulando as cantinas das escolas para que ofereçam alimentação saudável e balanceada; cujos os objetivos são promover saúde e combater o sobrepeso e a obesidade. Por fim, é importante ressaltar que há também projetos de enfrentamento à obesidade dentro da Atenção Primária em Saúde, com atendimentos de equipes multidisciplinares. Nesse caso, podemos observar tanto a disciplina da anatomo-política, nos atendimentos individuais (e em grupos também), quanto a regulamentação de uma Biopolítica, na medida em que há um projeto regulamentado visando controlar a epidemia de obesidade. Todas estas são estratégias de Biopoder para a normalização dos corpos gordos. Abordaremos especificamente a medicalização do corpo gordo no próximo tópico, 1.2.

Posteriormente, no curso de 1978, “Segurança, Território, População”, Foucault abordou o controle das epidemias e endemias como parte de um dispositivo de segurança. Os dispositivos de segurança contam com tecnologias de poder, atravessadas pela disciplina, – não só biopolítica, mas também recursos nos campos jurídico-legal e penal – para exercer controle e regulação social. Podemos ter como exemplos as leis e todo o sistema regulamentar que, segundo Foucault (1978), foi ficando cada vez maior. Foucault (1978) ressalta quatro características gerais dos dispositivos de segurança: “espaços de segurança” (p.15) (território); “tratamento do aleatório” (p.15) (acontecimentos como a escassez de alimentos – p.40); “a

forma de normalização que é específica da segurança” (p.15) e a “correlação entre a técnica de segurança e a população” (p.15), que por sua vez, é ao mesmo tempo sujeito e objeto destes mecanismos. Destas características, destacamos as duas últimas para o nosso trabalho. Em relação à normalização, Foucault (1978) observa que na segurança funciona de modo diferente do que na disciplina. O autor destaca a relação fundamental entre a norma e a lei, visto que “todo sistema legal se relaciona a um sistema de normas” (p.74). Conclui que a normalização disciplinar consiste em adequar pessoas, gestos e atos em um “modelo ótimo” (p.75), em que é normal quem é capaz de se conformar a essa norma e anormal quem não é. Com isso, sublinha que o mais importante nessa operação é a norma, ou seja, a norma é mais significativa do que o normal e do que o anormal. Sendo assim, considera que se trata muito mais de uma “normação” (p.75). do que de uma normalização.

Já no caso da normalização na segurança, Foucault (1978) utiliza o exemplo da inoculação e vacinação da Varíola, enquanto doença endêmico-epidêmica no século XVIII. A partir disso, foi possível quantificar o coeficiente de morbidade provável daquela população e chegar a uma taxa de mortalidade normal por Varíola. Por conseguinte, partindo de uma análise mais fina, foi possível, de certo modo, desmembrar as diferentes normalidades umas das outras, chegando à distribuição “normal” (p.82) dos casos de afecção ou morte por varíola, por idade, cidade, bairros e conforme as diferentes profissões. A operação de normalização vai consistir em aproximar as distribuições de normalidade mais desfavoráveis (mais desviantes em relação à curva normal) das que são mais favoráveis. São estas distribuições, que partem da curva normal, que vão servir de norma. Foucault (1978) considera esta operação estritamente de normalização.

Nestas aulas de 1978, Foucault avança na conceitualização de população e aborda outras dimensões, para além das biológicas abordadas em 1976. Se no curso “Em Defesa da Sociedade” (1976), como vimos, ele se refere à população em seu aspecto de multiplicidade biológica, nas aulas de 1978, Foucault vai discutir outras qualidades que caracterizam a população, como sua naturalidade e como sendo algo do público. Para Foucault (1978), a partir da influência de fisiocratas e economistas do século XVIII, população deixa de ser vista como “uma coleção de súditos de direito, como uma coleção de vontades submetidas que devem obedecer à vontade do soberano por intermédio de regulamentos, leis, decretos, etc.” (1978, p.92) e passa a ser considerada um conjunto de processos, os quais é preciso administrar no que têm de natural e a partir disso. Essa mudança de paradigma no conceito de população vai se expressar de três maneiras, segundo o autor: primeiro, a população será vista, na prática governamental do século XVIII, como sendo dinâmica, isto é, suscetível à

condições de vida, sendo impactada pelas condições econômicas, sociais, pela cultura e políticas do momento e não sendo vista como algo estático.

A população varia com o clima. Varia, com o entorno material. Varia com a intensidade do comércio e da atividade de circulação das riquezas. Varia, é claro, de acordo com as leis a que é submetida: por exemplo, os impostos, as leis sobre o casamento. Varia também com os hábitos das pessoas. [...] Varia com os valores morais ou religiosos que são reconhecidos a este ou aquele tipo de conduta: por exemplo, valorização ético-religiosa do celibato dos padres e dos monges. Ela varia também e principalmente com, é claro, o estado dos meios de subsistência, e é aí que encontramos o célebre aforismo de Mirabeau, que diz que a população nunca irá variar além, e não pode, em caso algum, ir além dos limites que lhe são estabelecidos pela quantidade dos meios de subsistência. (1978, p.93).

Foucault (1978) observa que, segundo a análise dos fisiocratas e economistas da época, essa naturalidade da população é perpetuamente acessível a agentes e técnicas de transformação, na medida em que estes sejam ao mesmo tempo “esclarecidos, refletidos, analíticos, calculados e calculadores.” (p.94). A segunda maneira de expressão se refere ao fato da população, além de não ser estática, não ser passiva. Isto é, a população é composta por indivíduos, diferentes entre si e dotados de ‘desejo’, o qual Foucault (1978, p.95) se refere como uma “invariante que faz com que a população tomada em seu conjunto tenha um motor de ação.” O autor aponta que esse desejo, ao mesmo tempo que visa buscar o interesse individual, pode mover também o interesse geral da população, a partir de relações e conexões sociais entre os indivíduos. O “jogo do desejo” (p.95), a um só tempo regado e espontâneo, “permitirá de fato a produção de um interesse, de algo que seja interessante para a própria população” (p.95). Já a terceira forma de expressão da naturalidade da população diz respeito à regularidade de alguns fenômenos, como as proporções de nascimentos e de mortalidade.

Foucault (1978) fez uma análise sobre a *arte de governar*. O autor descreve o ato de governar como uma prática que pode ser exercida por diversas pessoas e em diferentes âmbitos sociais. Assim, avalia que “há, portanto, pluralidade de formas de governo e imanência das práticas de governo em relação ao Estado [...]” (p.124). Nesse sentido, cita o autor François La Mothe Le Vayer, que no século seguinte produziu uma série de textos procurando fazer a tipologia das diferentes formas de governo: “o governo de si, que pertence à moral; a arte de governar uma família como convém, que pertence à economia; e, enfim, a “ciência de bem governar” o Estado, que pertence à política.” (p. 125).

Nestas aulas de Foucault (1978), destacamos como relevante e significativo para nossa dissertação a *governamentalidade* como dispositivo de normalização da população, na medida em que o controle da “epidemia de obesidade” passa a fazer parte desse objetivo de

normalizar e normatizar a população. Contudo, como vimos, a população também pode desejar relativizar esta norma e este “normal”, a partir da mobilização dos indivíduos em busca de atender a esse interesse comum. Isto é, colocando em questão a própria existência de uma epidemia de obesidade e as classificações de níveis de corpo gordo (sobrepeso, obesidades grau I, II e III) baseadas no IMC como forma de delimitar o que é “normal.”

Destacamos também o que Foucault (1978) diz sobre o governo de si, que significa principalmente um “controle de si” (p.235), um controle dos outros e do seu corpo. Vemos aqui a pregnância da disciplina, que é um poder individualizante, cada vez mais utilizado pelo poder médico, até os dias de hoje. Conforme discutiremos no ponto da prevenção e como veremos nas discussões dos autores da nossa pesquisa, o controle de si é o principal dispositivo do biopoder para normalizar os corpos gordos.

Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr. (2013) apontam que há dois sentidos para o termo medicalização na obra de Foucault:

[...] o primeiro, ligado ao processo de medidas coletivas do Estado na contenção, controle e registro de doenças, bem como na formação de práticas de salubridade; o segundo, diretamente desdobrado do primeiro, mas situado já no contexto pós-Segunda Guerra, diz respeito à ausência de exterioridade da medicina. Ou seja, à impossibilidade de descrever experiências com o corpo humano que não passem, em algum sentido, pelo saber médico. (p.1861).

Segundo os autores, embora haja uma diferença cronológica entre estes dois aspectos, ambos “se confundem e é possível afirmar que o primeiro é condição para o segundo.” (p.1861). O segundo, diz respeito à ampliação da jurisdição médica para além da cura de um sofrimento, processo denominado por Foucault como “medicalização indefinida”, conforme destacam Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr. (2013). Os autores afirmam que tal processo se iniciou no século XVIII, com a *somatocracia*, em que uma das finalidades de intervenção do Estado era o cuidado com os corpos dos indivíduos. Durante o século XIX, a medicina continuou ampliando seu campo de atuação, contudo, os autores apontam que ainda havia áreas de cuidados e práticas corporais “não médicas”. Já durante o século XX, sobretudo no pós guerra, a expansão médica se intensificou de tal modo que praticamente não há áreas que envolvam experiência corporal que não sejam atravessadas pelo saber médico. Segundo Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr. (2013), este fenômeno “aponta para a formação de “estados médicos abertos”, nos quais a dimensão da medicalização já não encontra limite e incorpora não somente a salubridade, mas também a saúde e o bem estar, encarregando-se de uma função normatizante [...]” (p.1861).

Neste ponto, vamos passar aos autores que tratam da medicalização no século XX. Segundo Conrad (2007), os primeiros estudos sobre medicalização consideravam que havia

uma predominância da medicina em abordar e classificar as experiências e alterações corporais, que dessa forma exercia um controle social e, como na expressão utilizada pelo sociólogo Ivan Illich (1975), um *imperialismo médico*. Isto é, acreditavam que cabia prioritariamente aos médicos e ao aparato da medicina o conhecimento, os cuidados com o corpo e o controle das doenças, domínio que se estendeu ao controle dos riscos em saúde. Nesse sentido, condições físicas ou comportamentais que pudessem contribuir para o surgimento de doenças ou que fossem desviantes da norma médica passaram a ser medicalizadas. A principal consequência, de acordo com Illich (1975), é a perda de autonomia dos indivíduos em relação ao auto cuidado, assumindo uma posição de dependência do que a medicina e os médicos teriam a dizer sobre seus corpos, sua saúde e sobre doenças. A posição médica, por sua vez, implicava um exercício de poder impositivo, do lugar de detentora do saber e da verdade sobre os corpos dos indivíduos. Tal posição é criticada pelos autores destes primeiros estudos, que foram publicados na década e 1970, como algo a ser repensado e resistido. Dois dos principais autores que escreveram sobre esta posição da medicina e que também trouxeram valiosas contribuições para o estudo da medicalização foram os sociólogos Irving Zola e Ivan Illich.

Zola publicou, em 1972, o artigo *Medicine as an Institution of Social Control*, argumentando que a medicina estava se tornando uma importante instituição de controle social, tomando para si um papel antes exercido pela religião e pela lei. Nas palavras do autor, a medicina tornou-se “o novo repositório da verdade, o lugar aonde absoluta e frequentemente são feitos julgamentos finais, por especialistas supostamente moralmente neutros e objetivos ” (p.487, tradução nossa)⁹. Contudo, aponta que houve um ganho social com esse crescente domínio da medicina, que foi a desestigmatização de “problemas sociais e humanos” (p.489). Questões antes tratadas como sendo dos âmbitos da lei e da religião, ou seja, portanto consideradas falhas morais – como o alcoolismo, por exemplo – passaram a ser consideradas questões médicas. Dessa forma, ao patologizar determinados comportamentos, se desresponsabiliza o indivíduo, que se livra da acusação moral religiosa e da punição pela lei. Porém, por outro lado, tais comportamentos se tornam alvo da medicalização. Zola (1972) observa que essa substituição não significa necessariamente que será benéfica para o indivíduo. A punição através das prisões e castigos físicos trazia grande sofrimento e estigma, mas sua substituta, a medicalização, no caso dos comportamentos e aspectos patologizados,

⁹ No original: “[...] the new repository of truth, the place where absolute and often final judgments are made by supposedly morally neutral and objective experts.”

também pode trazer algum sofrimento e estigmatização. Alguns tratamentos que impõe restrições, muitas vezes rigorosas, também podem produzir a sensação de confinamento, guardadas as devidas proporções, de limitação e até mesmo serem estigmatizantes. O autor cita como exemplo a proibição de relações sexuais a um indivíduo por causa de sua doença e seu tratamento. Neste caso, o paciente pode experimentar o sofrimento imposto por tal restrição momentaneamente, até o reestabelecimento de sua saúde – o que torna positiva esta conduta médica. Todavia, esta experiência pode ser permanente, se a doença que justificou tal recomendação for crônica. Aqui o objetivo médico é prolongar a quantidade de vida do paciente, não necessariamente a qualidade da vida em seus múltiplos aspectos.

Podemos pensar também no caso das pessoas a quem são prescritas dietas alimentares, foco do nosso trabalho. Mutas vezes estas dietas são bastante restritas, não só por conta de alguma doença grave, mas também, em grande parte, por conta de um excesso de gordura corporal, que é considerado fator de risco – e, em menos casos, por extrema magreza e desnutrição. Nestas situações, as quais aprofundaremos a discussão mais à frente, para além do desprazer das dietas, essas pessoas também sofrem uma condenação moral por sua condição física. Sendo assim, nos tratamentos para emagrecer, sobretudo, não nos parece que haja a substituição de uma punição pela falha moral pela medicalização, da qual trata Zola (1972), mas sim uma transformação de tal punição, visto que a medicalização do corpo gordo é permeada por julgamento moral. Quando uma pessoa gorda, pelos parâmetros médicos e sociais, falha em seguir a dieta ou desiste e não emagrece, vem um forte julgamento moral de todos, tanto da equipe médica quanto da sociedade. Mesmo antes de iniciar um tratamento e, inclusive, quando chega para a primeira consulta, seja com o clínico, endocrinologista ou nutricionista, o indivíduo já é recebido com discurso e argumentos sobre sua gordura impregnados de julgamentos morais e culpabilizações individuais. Em diferentes ambientes e círculos sociais constantemente surgem as críticas, que são preconceituosas, mas aparecem travestidas de preocupação com a saúde. A punição também muda a roupagem e reaparece através da discriminação social.

Segundo Zola (1972), foram feitas muitas análises com relação à questão da responsabilidade pessoal, na tentativa de distinguir entre doença e crime. A princípio, o criminoso é responsável pelos seus atos, enquanto o doente não. Contudo, observa o autor, embora esta distinção exista e embora os indivíduos não sejam condenados diretamente por estarem doentes, muito dessa condenação foi deslocado. Principalmente quando as pessoas interrompem tratamentos, deixam de seguir, ou então demoram para procurar ajuda médica a

despeito de seus sintomas, são acusadas de falha pessoal e vistas como inconsequentes pelo descuido com a saúde. Nesse sentido, ressalta:

Ao mesmo tempo como o rótulo ‘doença’ está sendo usado para atribuir ‘responsabilidade diminuída’ para uma série de fenômenos, a questão da ‘responsabilidade pessoal’ parece estar ressurgindo dentro da própria medicina. (Zola, 1972, p.491, tradução nossa).¹⁰

Este ponto da responsabilização pessoal nos cuidados com a saúde foi abordado posteriormente por outros autores, especialmente por Robert Crawford, na década de 1980. Seu trabalho é de extrema relevância para o nosso tema e, portanto, será integrado em nossas articulações acerca da promoção da saúde, do sobrepeso e da obesidade.

Zola (1972) destacou que, em consequência do controle médico, a lista de atividades diárias com as quais a saúde e o risco da doença podem estar relacionados está sempre aumentando. Para o autor, isso não acontece porque a medicina estendeu sua jurisdição para cobrir novos problemas, ou porque os médicos estão comprometidos em encontrar novas doenças. Os estímulos mais poderosos para o aumento da medicalização, então, são: ter ou acreditar ter algo de errado organicamente e fazer com que uma pessoa se sinta, pareça ou funcione melhor. Nesse sentido, Zola (1972) aponta a existência de uma crença da “onipresença da desordem” (transtorno) (p.498), a qual é ainda mais reforçada por uma leitura da literatura científica, farmacológica e médica, aonde se encontra um número crescente de atividades de vida não saudável.

A conclusão deste trabalho de Zola (1972) reafirma sua crítica à forte influência do poder médico sobre os indivíduos e suas vidas, como um controle social sobre o que devem ou não fazer como boas práticas em saúde, considerada pela sociedade um valor supremo. Dessa forma, este controle social é descrito pelo autor como um exercício de poder dos homens sobre a saúde e a doença, que na realidade seriam rótulos, “notáveis ‘despolitizantes’ de um problema” (p.500) que encobrem o que se está querendo controlar. Partindo do pensamento de C. S. Lewis, de que “o poder do homem sobre a natureza é realmente o poder de alguns homens sobre outros homens, com a natureza como seu instrumento” (p.500, tradução nossa)¹¹, Zola (1972) afirma que o mesmo poderia ser dito acerca do poder dos homens sobre a saúde e a doença. Desse modo, então, o controle na realidade é sobre outros

¹⁰ No original: “At the same time as the label ‘illness’ is being used to attribute ‘diminished responsibility’ to a whole host of phenomena, the issue of ‘personal responsibility’ seems to be re-emerging within medicine itself.”

¹¹ No original: “[...] ‘man’s power over Nature is really the power of some men over other men, with Nature as their instrument.’”

indivíduos, trata-se de controle social. Ao mesmo tempo, reafirma que a medicalização da sociedade também resulta do desejo dos indivíduos de que a medicina exerça seu poder.

Por fim, utiliza as metáforas de uma “arena” e de um “campo de batalha” para se referir ao conflito em torno do exercício do poder médico, avaliando que as ameaças são quase invisíveis. Isto é, a iatrogênese médica não ocorreria porque os médicos e demais profissionais de saúde são maus, mas porque o processo da medicalização, que, como sabemos, envolve fatores políticos e econômicos, é exposto como técnico, científico, objetivo e feito para o nosso próprio bem. Conclui que o mais importante não é o que a medicalização pode nos oferecer em termos de ganhos em saúde, desempenho e mais tempo de vida, mas nossa perspectiva crítica em torno da medicalização:

[...] nem realmente importa se [...] tivéssemos a garantia de seis polegadas de altura, mais trinta anos de vida, ou drogas para expandir nossas potencialidades e potências; nós ainda devemos ser capazes de perguntar: o que importa mais seis polegadas, em que tipo de ambiente serão gastos os trinta anos adicionais, ou quem decidirá quais potencialidades e potências serão expandidas e quais restringidas. (pgs.502-503, tradução nossa).¹²

Illich, por sua vez, publicou, também na década de 1970, em 1976, o livro *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, no qual assinala uma perda de autonomia por parte dos indivíduos em relação ao autocuidado. A figura do médico e o campo da medicina assumem uma posição de detentores do conhecimento científico acerca de todos os fenômenos corporais, sendo reconhecidos e considerados pelos indivíduos como tais. Os indivíduos, por sua vez, acabam se colocando como objetos dos cuidados médicos e demandando estes cuidados. Por outro lado, a evolução técnico científica da medicina proporcionou a realização de desejos acerca de um autocontrole do corpo, para além da cura de doenças, como no uso de anticoncepcionais, por exemplo:

Até recentemente, a medicina tentava melhorar o que ocorre na natureza. Fomentou a tendência de cicatrização de feridas, de coagulação do sangue e de superação de bactérias por uma imunidade natural. Agora a medicina tenta arquitetar os sonhos da razão. Contraceptivos orais, por exemplo, são prescritos "para prevenir uma ocorrência normal em pessoas saudáveis." (Illich, 1976, p.13, tradução nossa).¹³

¹² No original: “[...] nor does it really matter that if, [...], we were guaranteed six more inches in height, thirty more years of life, or drugs to expand our potentialities and potencies; we should still be able to ask: what do six more inches matter, in what kind of environment will the thirty additional years be spent, or who will decide what potentialities and potencies will be expanded and what curbed.”

¹³ No original: “Until recently medicine attempted to enhance what occurs in nature. It fostered the tendency of wounds to heal, of blood to clot, and of bacteria to be overcome by natural immunity. Now medicine tries to engineer the dreams of reason. Oral contraceptives, for instance, are prescribed "to prevent a normal occurrence in healthy persons.”

Neste seu trabalho, Illich aborda especialmente a questão da iatrogênese médica, com foco nas iatrogêneses clínicas, sociais e culturais, concluindo com um capítulo sobre políticas de saúde. O autor inicia afirmando que a medicina institucionalizada chegou a converter-se em uma grave ameaça para a saúde. A dependência ocasionada por esse tipo de relação que foi instituída entre médicos e indivíduos (que, cada vez mais, tornam-se pacientes, dado a ampliação de classificações de novas doenças e da ação da medicina) influi em todas as relações sociais. O autor se refere à expansão da medicina institucionalizada como uma ‘*colonização médica*’, que alcançou grandes proporções, tanto em países ricos quanto pobres. Nesse sentido, aponta a importância de se reconhecer o caráter político deste processo, ao qual denominou ‘*medicalização da vida*’. No capítulo sobre iatrogênese social, Illich (1976) destaca que a iatrogênese social pode evoluir de uma característica eventual para uma característica inerente ao sistema médico, a partir de um monopólio radical da medicina.

Quando a intensidade de uma intervenção biomédica cruza um limiar crítico iatrogênese clínica se transforma de erro, acidente ou falha em uma perversão incurável da prática médica. Da mesma forma, quando a autonomia profissional degenera em um monopólio radical e as pessoas se tornam impotentes para lidar com seu meio, a iatrogênese social torna-se o principal produto da organização médica. (Illich, 1976, p.14, tradução nossa)¹⁴

Segundo o autor, “um monopólio radical se autoalimenta.”(p.14). Nesse sentido, afirma que a medicina iatrogênica reforça uma “sociedade mórbida, em que o controle social da população pelo sistema médico se transforma na principal atividade econômica.”(p.14, tradução nossa).¹⁵ Na visão de Illich (1976), tal controle tem impacto nas relações sociais, legitimando posições na sociedade nas quais muitos indivíduos não se encaixam, como os deficientes que são rotulados como inaptos e as novas categorias de pacientes que foram criadas. Dessa forma, ressalta que a “medicina sempre cria a doença como um estado social” (p.15). A medicina é também, para o autor, um empreendimento moral que, assim como a lei e a religião, define o que é normal, adequado e desejável em todas as sociedades. O médico, por sua vez, é considerado um empreendedor moral, visto que decide o que é um sintoma e quem está doente, com “poderes inquisidores para descobrir certos erros a serem corrigidos.” (p.15) Mais adiante, ao abordar o “imperialismo diagnóstico”(p.25), Illich (1976) aborda a

¹⁴ No original: “When the intensity of biomedical intervention crosses a critical threshold, clinical iatrogenesis turns from error, accident, or fault into an incurable perversion of medical practice. In the same way, when professional autonomy degenerates into a radical monopoly and people are rendered impotent to cope with their milieu, social iatrogenesis becomes the main product of the medical organization.”

¹⁵ No original: “[...] Iatrogenic medicine reinforces a morbid society in which social control of the population by the medical system turns into a principal economic activity.”

questão da abrangência e do poder do diagnóstico médico em uma sociedade medicalizada. O diagnóstico é uma ferramenta para categorizar as pessoas, por exemplo, em grupos dos que podem trabalhar, dos que podem dirigir um carro – e todos os outros meios de transporte – dos que podem exercer determinados cargos, dos que não podem por alguma deficiência, grupos das diferentes faixas etárias e até os grupos de criminosos ou que podem potencialmente oferecer algum risco à sociedade – todos estes entre todos mais que regem a vida comunitária.

Nessa lógica da medicalização da vida, o autor aponta que “numa sociedade em que a maioria das pessoas é certificada como desviante, o meio (ambiente) para estas maiorias desviantes se assemelhará a um hospital.” (p.26, tradução nossa)¹⁶ Illich (1976), então, se refere ao imperialismo diagnóstico como parte do imperialismo médico, que permeia toda a vida social e em que todos os indivíduos são passíveis e passivos em relação à medicalização. Este imperialismo diagnóstico passa, inclusive, pela medicalização das fases do corpo durante a vida, como possíveis condições de risco, reforçando a perda de autonomia no auto cuidado.

Uma vez que a sociedade está organizada de tal forma que a medicina pode transformar as pessoas em pacientes porque são nascituros, recém-nascidos, menopáusicos ou em alguma outra “idade de risco”, a população inevitavelmente perde parte de sua autonomia para seus curadores. A ritualização dos estágios da vida não é nada novo; o que é novo é sua intensa medicalização. (p.26, tradução nossa).¹⁷

É como se as identidades individuais e sociais fossem determinadas pelo saber médico, isto é, a medicina não só diz sobre a saúde e as doenças das pessoas, mas também sobre quem elas são e quais os seus papéis sociais. O foco nas iatrogêneses médicas reforça toda essa perspectiva crítica em relação à ação médica. Illich (1976) ainda aponta que se pode argumentar que a classificação médica por grupos etários, de acordo com a necessidade diagnosticada de *commodities* (produtos e serviços médicos), não gera problemas de saúde, apenas reflete o colapso da família como um casulo e da rede de relações comunitárias (com a vizinhança), a qual poderia ser abrigo e oferecer suporte à própria subsistência. Em seguida enfatiza:

¹⁶ No original: “In a society in which most people are certified as deviants, the milieu for such deviant majorities will come to resemble a hospital.”

¹⁷ No original: “Once a society is so organized that medicine can transform people into patients because they are unborn, newborn, menopausal, or at some other "age of risk," the population inevitably loses some of its autonomy to its healers. The ritualization of stages in life is nothing new; what is new is their intense medicalization.”

Mas a medicina não reflete simplesmente a realidade; reforça e reproduz o processo que destrói os casulos sociais dentro dos quais o homem tem evoluído. A classificação médica justifica o imperialismo de produtos básicos como comida de bebê sobre o leite materno e de lares para idosos sobre um canto para eles em casa. Por transformar o recém-nascido em um paciente hospitalizado até que ele ou ela seja certificado como saudável e definindo a queixa da avó como uma necessidade de tratamento em vez de respeito pelo paciente [...] (p.30, tradução nossa).¹⁸

Illich (1976) evidencia sua visão acerca de uma passividade das pessoas frente à influência ativa da medicalização nas suas vidas principalmente quando aborda a iatrogênese cultural. Nesta, o autor expõe que “a empresa médica mina a vontade das pessoas em sofrer sua realidade” (p.44, tradução nossa).¹⁹ Nesse sentido, Illich (1976) entende que os processos de medicalização moldam, de certa forma, as experiências de sofrimento e perspectiva sobre o sofrer. Assim, não deve haver dor, doenças, a vida deve ser prolongada e a morte evitada a todo custo. Os indivíduos, por sua vez, passariam a adotar a perspectiva medicalizante diante de vivências naturais e sem nenhuma crítica ou resistência.

A medicina profissionalmente organizada chegou a funcionar como uma empresa moral dominadora que anuncia a expansão industrial como uma guerra contra todo o sofrimento. Assim, prejudicou a capacidade dos indivíduos de enfrentar sua realidade, expressar seus próprios valores, aceitar o inevitável e, muitas vezes, dor irremediável e deficiência, declínio e morte (p.44, tradução nossa).²⁰

Mais adiante, Illich (1976) destaca que:

A maior parte da cura é uma forma tradicional de consolar, cuidar e confortar as pessoas enquanto elas se curam, e a maioria dos cuidados com os doentes é uma forma de tolerância estendida aos aflitos. Só sobrevivem as culturas que fornecem um código viável que é adaptado à composição genética de um grupo, à sua história, ao seu ambiente e aos desafios peculiares representados por grupos concorrentes de vizinhos.²¹ (p.45, tradução nossa)

Em seguida pondera que “a ideologia promovida pela empresa médica cosmopolita contemporânea vai no sentido contrário a estas funções” (p.45). Nesse sentido, Illich (1976)

¹⁸ No original: “But medicine does not simply mirror reality; it reinforces and reproduces the process that undermines the social cocoons within which man has evolved. Medical classification justifies the imperialism of standard staples like baby food over mother's milk and of old-age homes over a corner at home. By turning the newborn into a hospitalized patient until he or she is certified as healthy, and by defining grandmother's complaint as a need for treatment rather than for patient respect, [...]”

¹⁹ No original: “[...] the medical enterprise saps the will of people to suffer their reality.”

²⁰ No original: “Professionally organized medicine has come to function as a domineering moral enterprise that advertises industrial expansion as a war against all suffering. It has thereby undermined the ability of individuals to face their reality, to express their own values, and to accept inevitable and often irremediable pain and impairment, decline and death.”

²¹ No original: “Most healing is a traditional way of consoling, caring, and comforting people while they heal, and most sick-care a form of tolerance extended to the afflicted. Only those cultures survive that provide a viable code that is adapted to a group's genetic make-up, to its history, to its environment, and to the peculiar challenges represented by competing groups of neighbors.”

demonstra acreditar que não há possibilidade de sobrevivência simultânea a ambos os saberes medicinais – tanto os tradicionais quanto os que são permeados pela evolução de tecnologias médicas e pesquisas científicas – e tão pouco que as pessoas possam ter autonomia para escolher qual cuidado é mais apropriado para suas demandas corporais.

Onde quer que uma cultura seja medicalizada no mundo, a estrutura tradicional para hábitos que podem se tornar conscientes na prática pessoal da virtude da higiene é progressivamente atrapalhada por um sistema mecânico, um código médico pelo qual os indivíduos se submetem a instruções emanadas de custódios higiênicos. A medicalização constitui um programa burocrático prolífico baseado na negação da necessidade de cada homem de lidar com a dor, a doença e a morte. [...] Os objetivos da civilização médica metropolitana estão, portanto, em oposição a cada programa de saúde cultural que encontram no processo de colonização progressiva. (Illich, 1976, p.45, tradução nossa).²²

Contudo, sabemos o progresso científico da medicina é atravessado pelos saberes tradicionais e pela cultura, o que torna difícil esta dicotomia tão polarizada a que Illich (1976) se refere – de um lado a medicina tradicional, acessível a todos e de outro a medicina tecnológica onipotente.

Conrad (2007), em *The Medicalization of Society*, ressalta que a “chave para a medicalização é a definição.”(p.5). Pois, nas palavras do autor, um problema é definido em termos médicos, descrito em linguagem médica e compreendido como uma estrutura médica, além de tratado com intervenção médica. Nesse sentido, enfatiza que a medicalização é um processo e que seu ponto principal é que uma entidade considerada doença ou enfermidade não é de fato um problema médico. Cita como exemplos, o alcoolismo, o TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), a menopausa e disfunção erétil. O alcoolismo é um comportamento, que foi definido como doença associado a um transtorno de ordem psíquica, isto é, nesse caso, uma compulsão. O chamado TDAH, por sua vez, expressa diferentes ritmos e formas dos processos cognitivos da atenção e da concentração. Estes podem ser um traço do sujeito ou um estado passageiro, em função de alguma situação problemática que possa estar vivendo. Porém tais traços ou estados também podem trazer desconforto e prejuízo à vida desses indivíduos. Então, sobretudo com a produção de medicamentos que podem trazer alguma melhora a esses processos cognitivos, como a Ritalina para o TDAH, estes passaram a ser medicalizados e, assim, classificados como transtorno. Já a menopausa, um processo

²² No original: “[...] Wherever in the world a culture is medicalized, the traditional framework for habits that can become conscious in the personal practice of the virtue of hygiene is progressively trammled by a mechanical system, a medical code by which individuals submit to the instructions emanating from hygienic custodians. Medicalization constitutes a prolific bureaucratic program based on the denial of each man's need to deal with pain, sickness, and death. [...] The goals of metropolitan medical civilization are thus in opposition to every single cultural health program they encounter in the process of progressive colonization.”

natural no corpo das mulheres, passou a ser vista como sinônimo de envelhecimento, o qual precisa ser evitado. De forma semelhante, a disfunção erétil para os homens também é vista como sinal de envelhecimento, mas sobretudo de impotência – o que acaba reforçando a demanda por medicalização, tendo em vista que a sociedade é extremamente machista.

Em todos estes casos mencionados acima, existe a implicação de um agente de medicalização para além da medicina, que é a indústria farmacêutica. Ao produzir medicamentos que possam oferecer mudanças favoráveis para os indivíduos, propicia que todos estes fenômenos – e tantos outros – sejam considerados questões médicas. Esta é uma das características da irregularidade da medicalização defendida por Conrad, isto é, a ação de outros atores, que não os médicos, envolvidos na medicalização. Daí a crítica do autor ao controle social e ao imperialismo médico abordados por Zola (1972) e Illich (1976).

Muitos dos primeiros estudos assumiram que os médicos eram a chave para a compreensão da medicalização. Illich (1976) usou a frase cativante, mas enganosa, "imperialismo médico." Logo ficou claro, no entanto, que a medicalização era mais complicada do que a anexação de novos problemas pelos médicos e pela profissão médica. (Conrad, 2007, p.6, tradução nossa).²³

Além da indústria farmacêutica, Conrad (2007) aponta outros agentes de medicalização, como os Alcoólicos Anônimos, que é um movimento social e principal recurso de tratamento para o alcoolismo. Segundo o autor, os médicos foram, na verdade, adotantes tardios da visão do alcoolismo como uma doença.

A medicalização ocorre principalmente com o desvio e com eventos da vida normal, afirma Conrad (2007), abrangendo uma gama enorme de situações e fenômenos desviantes da norma médica instituída. Entre outras categorias, a medicalização do desvio também inclui: “transtornos mentais, vícios em opiáceos, transtornos alimentares, diferença sexual e de gênero, disfunção sexual, dificuldades de aprendizagem e abuso sexual e infantil. Isso também gerou inúmeras novas categorias: o TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), como já mencionamos; a TPM (tensão pré-menstrual) e o TEPT (transtorno de estresse pós-traumático).” (p.6). Conrad (2007) destaca, assim como Zola (1972) e Illich (1976), que comportamentos antes “definidos como imorais, pecaminosos ou criminosos” (p.6) passaram a receber tratamento médico, mudando seu status de maldade para doença. Além disso, volta a falar que “processos comuns da vida também passaram a ser

²³ No original: “Many of the earliest studies assumed that physicians were the key to understanding medicalization. Illich (1976) used the catchy but misleading phrase “medical imperialism.” It soon became clear, however, that medicalization was more complicated than the annexation of new problems by doctors and the medical profession.”

medicalizados, incluindo ansiedade, menstruação, controle da natalidade, infertilidade, parto, menopausa, envelhecimento e morte.”²⁴ (p.6, tradução nossa).

Conrad (2007) pontua que o crescimento de categorias medicalizadas sugere um aumento da medicalização, observando que não seria simplesmente resultado da colonização médica ou do empreendedorismo moral. A demanda da sociedade por medicalização passou a ter um papel importante, visto que movimentos sociais, determinados grupos e indivíduos autônomos tornaram-se defensores da medicalização. O autor ainda destaca o significativo papel da indústria farmacêutica e dos pacientes vistos como consumidores em potencial, pois a produção de medicamentos visa atender à cura, à prevenção e ao aprimoramento (*enhancement*). Conrad (2007) dedica boa parte deste trabalho na abordagem de aprimoramento (*enhancement*), discutindo os recursos médicos e farmacológicos utilizados nesse tipo de medicalização, tais como: os psicotrópicos; os tratamentos hormonais, especialmente com o hormônio do crescimento (GH), embora sintético; entre outros medicamentos, como o Viagra para disfunção sexual masculina.

Esta temática do aprimoramento também foi discutida por Adele E. Clarke et al. (2010), em seu trabalho *Biomedicalization*. Segundo as autoras, “desde cerca de 1985, mudanças dramáticas e especialmente tecnocientíficas na constituição, organização e práticas da biomedicina contemporânea se fundiram em biomedicalização, a segunda grande transformação da medicina americana” (Clarke et al. 2000, 2003 apud 2010, p.1, tradução nossa).²⁵ Desde então, a biomedicalização está organizada em torno de cinco processos interativos principais:

1. Uma nova economia biopolítica da medicina, saúde, doença, viver e morrer, o que forma uma crescente arena densa e elaborada na qual os conhecimentos biomédicos, tecnologias, serviços e capital são cada vez mais co-constituídos;
2. um novo e intensificado foco na saúde (somado à enfermidade [*illness*]²⁶, à doença [*disease*]²⁷ e lesão), na otimização e aprimoramento por meios tecnocientíficos, e na elaboração do risco e vigilância em nível individual, de grupo e de população;
3. a tecnocientização das práticas biomédicas, onde as intervenções para o tratamento e o melhoramento são progressivamente mais dependentes das ciências e tecnologias, são concebidas nesses mesmos termos e são aplicadas cada vez mais prontamente;
4. transformações da

²⁴ No original: “Certain common life processes have been medicalized as well, including anxiety and mood, menstruation, birth control, infertility, childbirth, menopause, aging, and death.”

²⁵ No original: “[...] since around 1985, dramatic and especially technoscientific changes in the constitution, organization, and practices of contemporary biomedicine have coalesced into *biomedicalization*, the second major transformation of American medicine.” (Clarke et al. 2000, 2003).

²⁶ Usaremos a palavra ‘enfermidade’ como tradução para ‘illness’.

²⁷ Usaremos a palavra ‘doença’ como tradução para ‘disease’.

produção de conhecimento biomédico, gestão de informação, distribuição e consumo; e 5. transformações de corpos e a produção de novos indivíduos, coletivos, e identidades tecnocientíficas no nível da população (ou grupo). (Clarke et al., 2010, pgs.1-2, tradução nossa).²⁸

Para além dos processos de biomedicalização e medicalização, consideramos relevante destacar a possibilidade de desmedicalização. Segundo Conrad (2007), a “medicalização é bidirecional, no sentido de que pode haver tanto medicalização quanto desmedicalização.” (p.7). Para que aconteça uma desmedicalização, o fenômeno ou comportamento não pode mais ser definido em termos médicos, assim como os tratamentos médicos empregados não podem mais ser considerados intervenções adequadas. O autor menciona como exemplos: a masturbação, considerada doença no século XIX e desmedicalizada em meados do século XX; a deficiência, que, embora com sucesso parcial, conta com um importante movimento em sua defesa e em defesa de um reenquadramento em termos de acesso e direitos civis; a homossexualidade, que foi oficialmente desmedicalizada na década de 1970, sendo, inclusive, retirada definitivamente da classificação diagnóstica de desvio sexual no DSM IV – vale ressaltar, após um longo processo de lutas e pressão social, em que após ser retirada do DSM II, voltou a ser classificada no DSM III, sendo finalmente excluída no DSM IV. Por último, cita o parto, que não foi de fato desmedicalizado, mas que foi radicalmente transformado pelo movimento do parto natural.

A medicalização também enfoca a origem do fenômeno – ao qual Conrad (2007) sempre se refere como ‘problema’ – no indivíduo, e não no ambiente social; o que exige intervenções médicas individuais, em vez de soluções mais coletivas ou sociais. Além disso, ao expandir a jurisdição médica, a medicalização aumenta a quantidade de controle social médico sobre o comportamento humano. Nesse sentido, menciona a advertência de Zola (1972), de que o controle social médico provavelmente substituiria outras formas de controle social. Contudo, observa que isso não ocorreu, embora se possa argumentar que o controle

²⁸ No original: “Biomedicalization continues today and is organized around five key interactive processes:

1 a new biopolitical economy of medicine, health, illness, living, and dying which forms an increasingly dense and elaborate arena in which biomedical knowledges, technologies, services, and capital are ever more co-constituted;

2 a new and intensifying focus on health (in addition to illness, disease, injury), on optimization and enhancement by technoscientific means, and on the elaboration of risk and surveillance at individual, niche group,³ and population levels;

3 the technoscientization of biomedical practices where interventions for treatment and enhancement are progressively more reliant on sciences and technologies, are conceived in those very terms, and are ever more promptly applied;

4 transformations of biomedical knowledge production, information management, distribution, and consumption; and

5 transformations of bodies and the production of new individual, collective, and population (or niche group) level technoscientific identities.”

social continuou a se expandir. Conrad ressalta que a definição de controle social médico a qual sustenta afirma que “o maior poder de controle social vem da autoridade para definir certos comportamentos, pessoas e coisas.”(Conrad e Schneider, 1992, p.8 apud Conrad, 2007, p.8) Dessa forma, reitera que a questão-chave na medicalização permanece sendo a definição – “o poder de ter um determinado conjunto de definições (médicas) realizadas tanto no espírito quanto na prática.”²⁹ (p.8, tradução nossa).

1.2 Medicalização do Corpo Cordo

Segundo Conrad e Schneider (1992), a obesidade faz parte de um amplo e diverso grupo de categorias de desvios sociais, que passaram a ser tratados dentro da jurisdição médica. Ponderam que a medicalização de determinadas categorias, em alguns aspectos, talvez tenha sido um progresso. Entre as quais, estão o vício em opiáceos, o alcoolismo, a obesidade, o TDAH e demais transtornos mentais. Contudo, os autores apontam que não é um progresso para todos, isto é, nem todas as categorias se beneficiam igualmente dessa mudança. (pp. 33-34). Pois quando se escolhe o tratamento médico como sanção para o desvio, ao invés da punição, uma quantidade crescente de comportamentos passa a ser classificada como doença. Conrad e Schneider (1992) destacam que o tratamento médico passou a ser uma forma de controle social da medicina, que por sua vez, sempre foi agente deste controle, buscando ““normalizar” a enfermidade (*illness*) e devolver para as pessoas a sua capacidade de funcionamento na sociedade.” (p.34). Segundo os autores, “o sucesso e o prestígio da biomedicina moderna, o crescimento tecnológico do século XX e a diminuição da religião como um agente viável de controle” (p.34, tradução nossa)³⁰ justificam o aumento da abrangência de novas categorias de desvios medicalizados. Dessa forma, ressaltam que o desvio, ao passar de maldade (ou seja, de pecaminoso ou criminoso) para doença (*from badness to sickness*), passa a não ser mais responsabilidade do indivíduo. Para os autores, a resposta social ao desvio é tratá-lo de forma terapêutica em vez de punitiva. Conrad e Schneider (1992) falam sobre tecnologias médicas para tratar comportamentos desviantes, como medicamentos e cirurgia, no caso da obesidade. Relatam que, com o surgimento dos medicamentos fenotiazínicos no início dos anos 1950, para o tratamento e controle do

²⁹ No original: “[...] the power to have a particular set of (medical) definitions realized in both spirit and practice.”

³⁰ No original: “[...] the success and prestige of modern biomedicine, the technological growth of the 20th century, and the diminution of religion as a viable agent of control [...]”

transtorno mental, houve uma explosão do desenvolvimento e uso de medicamentos psicoativos para controlar o desvio comportamental: tranquilizantes, como clodiazepóxido (Líbrum) e diazepam (Valium), para ansiedade e mal-estar geral; estimulantes para crianças hiperativas; anfetaminas como moderadores de apetite para obesidade, entre outros. Em relação à obesidade, ainda menciona a técnica cirúrgica do “desvio intestinal” (p.243), como uma das intervenções cirúrgicas para comportamentos desviantes desenvolvidas nos últimos anos - na ocasião da publicação do trabalho de Conrad e Schneider (1992).

A medicalização do corpo gordo na clínica – médica e de nutrição, sobretudo – se dá, prioritariamente, a partir do tratamento do excesso de gordura corporal, modificando a dieta hipercalórica e a atividade física insuficiente para manter o IMC considerado saudável (SBEM, 2016). Muitas vezes, os profissionais de saúde lançam mão dos recursos tecnológicos de medicamentos e cirurgias – no contexto atual, não mais anfetaminas, mas outros tipos de fármacos com efeitos de reduzir o apetite, como: Orlistase, Liraglutida e Lorcaserina, além de outros medicamentos.³¹ As cirurgias por sua vez, passaram a ser de redução de estômago, com técnicas mais modernas.³²

Os fatores chamados “ambientais” pela medicina, são considerados as principais causas do acúmulo de gordura corporal, sendo apenas 5% relacionadas a doenças endocrinológicas (SBEM, 2016). Esses fatores “ambientais”, por sua vez, são hábitos que expressam uma atitude em relação à comida, ao prazer, ao próprio corpo e à saúde, que é atravessada por várias outras questões, como a subjetividade, as relações sociais, as condições econômicas e a cultura na qual se está inserido e que precisam ser levadas em consideração. Assim como a medicalização em si tem impacto nos hábitos e atravessa a relação com o corpo e com a saúde – como veremos a seguir.

A medicalização do corpo gordo, na prática médica, só leva em conta o fato deste estar fora do peso e das medidas de referência instituídas. A variedade e a diversidade de corpos não são consideradas nas abordagens da questão. Além disso, o foco está no corpo e na quantidade de gordura corporal, não estimulando os indivíduos, com suas dimensões subjetivas e sociais. O objetivo da medicina é manter o peso do corpo dentro do padrão de normalidade instituído.

Nesse sentido, os conceitos de normal e patológico de Canguilhem (2009[1966]) podem nos ajudar a problematizar o padrão médico de normalidade e a patologização do

³¹ Estas informações estão nas “Diretrizes Brasileiras de Obesidade” (2016, pp. 54-66).

³² Estas informações estão nas “Diretrizes Brasileiras de Obesidade” (2016, pp. 163-180).

corpo gordo. Canguilhem (2009 [1966]) fez uma distinção entre o que é normal e o que é patológico, dizendo que não necessariamente o que não está dentro da normalidade é patológico. O que é anormal pode ou não se tornar patológico, dependendo de como afeta a normatividade. O conceito de *Normatividade Vital*, para ele, significa imanência, fruição de vida, de modo a se modificar em relação ao ambiente e a modificar o ambiente para uma adaptação que seja favorável à manutenção da sua vida. A questão que se apresenta em relação à patologização do corpo gordo é que, embora não esteja dentro da normalidade médica, de acordo com parâmetros de avaliação diagnóstica, pode não haver patologia associada e pode não oferecer prejuízo à normatividade do indivíduo obeso. Então, questionamos, se o indivíduo gordo está normativo, seu excesso de gordura corporal pode ser encarado como patológico?

Mais adiante, Canguilhem fala sobre a relação do ser vivo e do meio em que vive, que “considerados separadamente, não são normais, porém é sua relação que os torna normais um para o outro” (p.56). E afirmou que “não existe fato que seja normal ou patológico em si” (p.56). Cita como exemplo os casos da anomalia e da mutação, que não são em si mesmas, patológicas, mas que exprimem outras formas de vida possíveis. Conclui que “sua normalidade advirá de sua normatividade” (p.56). Podemos pensar, então, que isso se aplicaria aos casos dos indivíduos gordos? Além disso, outra questão importante se refere à relação entre o gordo e o meio social. Qual o impacto para a normatividade desses indivíduos, o fato de estar fora da normalidade e distante dos ideais de saúde e beleza das sociedades ocidentais contemporâneas?

Conrad e Schneider (1992), ao abordar “A construção social da doença” (p.29), falam sobre a diferença entre enfermidade (*illness*) e doença (*disease*). Segundo os autores, a partir de um ponto de vista de senso comum, doença (*disease*) é vista como algo à parte do corpo, “que pode entrar e causar danos” – como vírus e bactérias, que causam infecções. Grosso modo, o processo infeccioso seria a doença em si, que não faz parte do corpo. Outras vezes, a doença (*disease*) é vista simplesmente como um desvio da saúde. Já enfermidade (*illness*), se diferenciada da doença (*disease*), é considerada a condição de estar doente ou, mais comumente, “o estado de estar doente” (*the state of being sick*) (p.29) – isto é, a vivência subjetiva de um mal-estar, de um desconforto, a experiência da doença que passa também pelas dimensões psicológica e social.

Abram Feinstein conceituou doença (*disease*) “em termos puramente morfológicos, fisiológicos e químicos. O que o médico observa diretamente no seu diálogo [exame] [...] que ele denomina enfermidade (*illness*) consiste em sensações subjetivas (sintomas) e certos achados (sinais). A enfermidade (*illness*) é descrita como o

resultado da interação da doença (*disease*) com o hospedeiro ou pessoa, sendo dada ênfase ao mecanismo pelo qual a doença (*disease*) se desenvolve e “produz” ou está associada à enfermidade (*illness*). (Feinstein, 1967, conforme resumido e citado em Fabrega & Manning, 1972, p. 95 apud Conrad e Schneider, 1992, p.30, tradução nossa).³³

De acordo com essa visão, a doença (*disease*) é um estado fisiológico e a enfermidade (*illness*) um estado social provavelmente causado pela doença (*disease*). (Conrad e Schneider, 1992, p.30, tradução nossa).³⁴

Entretanto, sublinham os autores, “enfermidade (*illness*) e doença (*disease*) são entidades altamente complexas, muito mais problemáticas do que indicam essas visões de senso comum.” (p.29). Conrad e Schneider (1992), então, abordam a concepção positivista em contraste com a concepção relativista cultural acerca da enfermidade (*illness*) e da doença (*disease*).

Uma concepção positivista da enfermidade (*illness*) é muito semelhante à visão do senso comum. A enfermidade (*illness*) é a presença de doença (*disease*) em um organismo que inibe o funcionamento, ou, nos termos de Leon Kass (1975), o “bom funcionamento” dos órgãos fisiológicos (no sentido mais abrangente) do organismo. Esta definição estrita e limitante inclui apenas órgãos com mau funcionamento como doenças (*disease*).” (p.29, tradução nossa).³⁵

Em nítido contraste com o ponto de vista positivista está a posição relativista cultural: uma entidade ou condição é uma enfermidade (*illness*) ou doença (*disease*) apenas se for reconhecida e definida como tal pela cultura. Por exemplo, em uma tribo de índios sul-americanos, a espiroquetose discrômica, uma doença caracterizada por manchas coloridas que aparecem na pele, era tão comum que aqueles que não a tinham eram considerados desviantes e excluídos do casamento (Mechanic, 1968, p.16). Entre os índios Papago do sudoeste americano, a obesidade tem prevalência de quase 100%. Os Papago não consideram esta condição anormal; na verdade, muitas vezes trazem bebês cujo desenvolvimento é normal pelos padrões ocidentais à clínica médica e perguntam ao médico por que seu bebê é tão magro e doente. Para o Papago, a obesidade não é uma doença (*disease*); pelos padrões ocidentais, quase todos os Papagos estão doentes. Qual definição é mais válida? Rene Dubos (1959), um conceituado microbiologista, argumentou que a noção de que existe uma condição universal que é a “saúde” é uma miragem e que a saúde e a doença são limitadas pelo conhecimento cultural e adaptações ao meio ambiente. (p.30, tradução nossa).³⁶

³³ No original: “Abram Feinstein has conceptualized disease in purely morphologic, physiologic, and chemical terms. What the physician directly observes in his dialogue [examination] ... that he terms the illness consists of subjective sensations (symptoms) and certain findings (signs). The illness is described as the result of the interaction of the disease with the host or person, emphasis being given to the mechanism by which the disease develops and “produces” or is associated with the illness.” (Feinstein, 1967, as summarized and cited in Fabrega & Manning, 1972, p. 95).

³⁴ No original: “According to this view, disease is a physiological state, and illness is a social state presumably caused by the disease.”

³⁵ No original: “A positivist conception of illness is most similar to the commonsense view. Illness is the presence of disease in an organism that inhibits the functioning, or, in Leon Kass's (1975) terms, “well-working” of the physiological organs (in a most inclusive sense) of the organism. This strict and limiting definition includes only malfunctioning organs as diseases.”

³⁶ No original: “In sharp contrast to the positivist viewpoint is the cultural relativist position: an entity or condition is a disease or illness only if it is recognized and defined as one by the culture. For example, in one

Dessa forma, em relação à obesidade e ao sobrepeso, a concepção relativista cultural é a que mais faz sentido. Dentro desta perspectiva, nas culturas ocidentais o corpo gordo é definido como uma doença (*disease*), que também implica enfermidade (*illness*), na medida em que ser considerado doente traz em si um estigma social. Assim, as pessoas gordas sentem-se mal e desconfortáveis, principalmente pelo significado social do excesso de peso. O desconforto e o sofrimento aparecem pela estigmatização. Nesse caso, o indivíduo, muitas vezes, além de ser discriminado e isolado socialmente – pelo menos, em certa medida – acaba também se isolando ou evitando certas atividades, como: ir à praia, ou a locais aonde a principal regra social seja expor o corpo. Muitas vezes, se vêm tomados por emoções como tristeza, medo e ansiedade excessiva frente à exclusão e, comumente, à hostilização por parte de outros indivíduos e grupos. Dessa forma, podemos dizer que muitos indivíduos gordos, sobretudo as mulheres – como veremos à frente – experimentam seu excesso de gordura corporal como enfermidade (*illness*).

Canguilhem (2009 [1966]), ao abordar as anomalias, afirma que são consequências da variação individual, que diversidade não é doença, que o *anormal* – digamos, desviante da norma médica – não é patológico e que patológico “implica *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada. Mas o patológico é realmente o anormal.” (p.53). No caso dos indivíduos gordos, eles representam uma variedade de corpo, mas que é classificada como doença – não como diversidade. Assim, são desviantes da norma médica, considerados “anormais” e também considerados como patológicos. Para Conrad e Schneider (1992), como já mencionamos, a enfermidade (*illness*) é também um estado social em decorrência da doença (*disease*). O sofrimento experimentado pelos gordos nas sociedades ocidentais nos parece estar mais relacionado aos aspectos sociais e psicológicos – pelos significados culturais e sociais de ser gordo – do que ser consequência da condição biofisiológica do acúmulo de gordura corporal.

Assim, pode-se argumentar que fenômenos biofisiológicos são o que usamos como base para rotular uma condição ou outra como uma doença (*disease*) ou enfermidade

South American Indian tribe, dyschromic spirochetosis, a disease characterized by colored spots appearing on the skin, was so common that those who did not have it were regarded as deviant and excluded from marriage (Mechanic, 1968, p. 16). Among the Papago Indians of the American Southwest, obesity has a prevalence of nearly 100%. The Papago do not regard this condition as abnormal; in fact, they often bring babies whose development is normal by Western standards to the medical clinic and ask the physician why their baby is so skinny and sickly. To the Papago, obesity is not an illness; by Western standards nearly all the Papago are ill. Which definition is more valid? Rene Dubos (1959), an esteemed microbiologist, has argued that the notion that a universal condition exists that is "health" is a mirage and that health and illness are limited by cultural knowledge and adaptations to the environment.”

(*illness*); os fenômenos biofisiológicos não são em si doenças (*disease*) ou enfermidade (*illness*).” (Conrad e Schneider, 1992, p.31, tradução nossa).³⁷

Ainda segundo os autores, as “enfermidades (*illness*) representam julgamentos humanos de condições que existem no mundo natural. Elas são essencialmente construções sociais - produtos de nossa própria criação.” (p.31, tradução nossa).³⁸ Na sequência, avaliam que, dessa forma, se as enfermidades (*illness*) são julgamentos sociais, então são julgamentos negativos. Portanto, consideram que quaisquer entidades rotuladas como enfermidade (*illness*) ou como doença (*disease*) são vistas como ‘estados indesejáveis’. Dessa forma, o corpo gordo, enquanto sobrepeso e obesidade, é também julgado negativamente e visto como um estado indesejável. Nessa linha de raciocínio, a norma médica, ao mesmo tempo que é uma construção social, também impacta o significado do corpo gordo no imaginário social.

Em suma, a enfermidade (*illness*) é uma construção social baseada em julgamentos humanos de alguma condição no mundo. De alguma forma, a enfermidade (*illness*), como a beleza (e como o desvio), está nos olhos de quem vê. Embora seja baseado em parte nas concepções culturais atuais do que é a doença, e mais frequentemente na sociedade ocidental baseada em fenômenos biofisiológicos, esse processo de avaliação social é central e não periférico para o conceito de enfermidade (*Illness*) e doença (*Disease*). (p.31, tradução nossa).³⁹

Gard e Wright (2005) consideram que a epidemia de obesidade é muito mais do que um fenômeno natural, que pode ser descrito e explicado pela ciência. Segundo os autores, seu principal argumento neste trabalho é que a “epidemia de obesidade é, tanto quanto qualquer outra coisa, uma ideia social (ou ideologia), construída na interseção do saber científico e um complexo de crenças, valores e ideais baseados na cultura.”⁴⁰ (p.168, tradução nossa).

Deborah Lupton (2013) publicou o livro *Fat*, em que faz uma análise sociológica especificamente sobre o corpo gordo no contexto das culturas ocidentais nas duas últimas décadas. A autora descreve *Fat* como um livro sobre o que poderia justificar o fato do corpo

³⁷ No original: “Thus one could argue that biophysiological phenomena are what we use as a basis to label one condition or another as an illness or disease; the biophysiological phenomena are not in themselves illness or disease.”

³⁸ No original: “Illnesses represent human judgments of conditions that exist in the natural world. They are essentially social constructions - products of our own creation.”

³⁹ No original: “In summary, illness is a social construction based on human judgments of some condition in the world. In some fashion, illness, like beauty (and like deviance), is in the eye of the beholder. Although it is based partly on current cultural conceptions of what disease is, and more often than not in Western society grounded in biophysiological phenomena, this social evaluative process is central rather than peripheral to the concept of illness and disease.”

⁴⁰ No original: “[...] ‘obesity epidemic’ is, as much as anything else, a social idea (or an ideology), constructed at the intersection of scientific knowledge and a complex of culturally-based beliefs, values and ideals.”

gordo ser tão vilipendiado, alvo de discussões e debates tão intensos sobre maneiras de emagrecer e adequar o corpo a dimensões social e clinicamente aceitáveis.

Acima de tudo, este livro é sobre a gordura como um artefato cultural: uma substância corporal ou forma do corpo que, no contexto particular das sociedades ocidentais modernas tardias, nas primeiras décadas do século XXI, recebe significado por sistemas de discurso complexos e mutáveis, práticas, emoções, objetos materiais e relações interpessoais. Por si só, a gordura não tem significado. É o contexto histórico, social e cultural específico em que a gordura é vivida, experimentada, retratada e regulada que lhe dá sentido, assim como outros atributos ou características corporais, como a cor da pele ou do cabelo, juventude e altura assumem determinados significados dependendo do seu contexto. (pgs.3-4)⁴¹

O principal significado ao qual o corpo gordo é remetido é à doença. Segundo Lupton (2013), os antropólogos usam o termo “síndrome ligada à cultura” para descrever a construção sociocultural das categorias de doenças. Toda doença ou condição física é considerada ligada à uma cultura específica, a um sistema de crenças que opera em um contexto cultural particular. Nesse sentido, a autora destaca que alguns antropólogos apontam a obesidade como uma síndrome ligada à cultura específica do contexto ocidental contemporâneo. Afirmam que a condição de obesidade depende das crenças de que a gordura não é saudável, de que é uma expressão física de falta de força de vontade e de auto disciplina, bem como depende das “tecnologias necessárias (balanças, fitas métricas, diretrizes dietéticas e assim por diante) para medir, definir e tratar.” (Ritenbaugh, 1982 apud Lupton, 2013, p.9). Segundo Lupton (2013), “antropólogos também observam que em várias culturas não ocidentais a gordura é vista como um atributo fisicamente desejável, um sinal de boa saúde e bem-estar, e certamente não um marcador de doença ou desvio” (Kulick e Meneley 2005 apud Lupton, 2013, p.9, tradução nossa).⁴² A concepção relativista cultural mencionada por Conrad e Schneider (1992) está de acordo com a perspectiva antropológica acerca da construção sociocultural das doenças, como síndromes ligadas à cultura. Da mesma forma que a posição defendida por alguns antropólogos em relação à obesidade.

Lupton (2013) destaca que a principal perspectiva em relação ao corpo gordo é a *perspectiva anti-obesidade*, tanto na literatura especializada, quanto na popular e na

⁴¹ No original: “Above all, this book is about fat as a cultural artefact: a bodily substance or body shape that in the particular context of late modern western societies in the early decades of the twenty-first century is given meaning by complex and shifting systems of discourses, practices, emotions, material objects and interpersonal relationships. In and of itself, fat has no meaning. It is the specific historical, social and cultural context in which fatness is lived, experienced, portrayed and regulated which give it meaning, just as other bodily attributes or features such as skin or hair color, youth and height take on certain meanings depending on their context.”

⁴² No original: “Anthropologists have also observed that in contrast to contemporary western society, in several non-western cultures fatness is viewed as a physically desirable attribute, a sign of good health and wellbeing and certainly not a marker of illness or deviance (Kulick and Meneley 2005).”

acadêmica. Esta perspectiva situa a gordura como um “significativo problema de saúde e social que deve urgentemente ser tratado e prevenido.” (p.14). Entretanto, posteriormente também surgiram perspectivas críticas à perspectiva anti-obesidade. Lupton (2013), por sua vez, também é crítica à tal perspectiva. Nesse sentido, aponta que os sujeitos que pesquisam e escrevem dentro da *perspectiva anti-obesidade* – sobretudo, “acadêmicos; formuladores de políticas; políticos e profissionais da medicina, nutrição e saúde pública, nas áreas como epidemiologia e promoção da saúde, mas também alguns pesquisadores das ciências sociais” – tendem a assumir uma postura de abordagem não problematizada acerca do corpo gordo. (pp.14-15). A autora descreve que, para esta abordagem, o excesso de gordura corporal configura sobrepeso, obesidade ou, às vezes, excesso peso corporal, oferecendo um grande risco à saúde, no que diz respeito a possíveis comorbidades, incluindo morte prematura. Ou seja, é a abordagem da medicalização do excesso de gordura corporal. Lupton (2013) ainda destaca a crença na epidemia de obesidade, que parte da premissa de que o número de obesos vem aumentando rapidamente para um nível sem precedentes em muitos países. Daí o uso do termo “epidemia” ou mesmo do neologismo *globesidade*, para denotar a propagação da epidemia em todo o mundo. Por fim, completando o viés medicalizante dessa perspectiva, a autora menciona que para autores e profissionais *anti-obesidade*, algo deve ser feito com urgência sobre o aumento da prevalência de obesidade, por causa dos riscos à saúde, os quais foram identificados como associados a este tipo de corpo. Com isso, a partir de estratégias preventivas, como: fazer mais exercícios e reduzir o consumo de alimentos, esses profissionais incentivam as pessoas gordas a emagrecerem.

A partir da *perspectiva anti-obesidade*, instituída e adotada pela medicina, demais áreas de saúde e grande parte da sociedade, pesquisadores e clínicos foram desenvolvendo estratégias de prevenção – baseados na lógica do risco em saúde.

1.2.1 Risco, Prevenção e Estilo de Vida Saudável

O autor Robert Crawford, produziu um artigo sobre cultura de vida saudável, intitulado: *Healthism and the medicalization of everyday life* (1980), o qual traduzimos por “Saudização e a medicalização da vida cotidiana.” Neste trabalho, Crawford (1980) fala de uma nova consciência de saúde, dos movimentos de saúde holística e auto cuidado, bem como suas implicações para a definição e a solução de problemas relacionados à saúde. Essa consciência e esses movimentos seriam uma forma de medicalização. O autor destacou que, como a medicina, a saudização (*healthism*) situa o problema da saúde e da doença ao nível do

indivíduo. Dessa forma, a responsabilização pela solução também. Enquanto cultura, “a saudização molda as crenças populares” (p.365). Nesse sentido, segundo o autor, temos concepções não políticas acerca de saúde, doença e cuidado, isto é, concepções apolíticas – o que faz com que as estratégias de promoção de saúde sejam ineficazes. Tal cultura eleva a “saúde a um *super-valor*, uma metáfora para tudo o que é bom na vida” (p.365), como um signo de valor em si e de felicidade, reforçando, segundo Crawford (1980), a privatização da luta pelo bem estar e da busca pela saúde. O autor defende que a “ideologia da saudização promove uma despolitização contínua e, portanto, mina o esforço social para melhorar a saúde e o bem estar” (p.368). Esse estímulo ao autocuidado reforça a pressão social para que doentes em potencial invistam em prevenção, cuidem da sua saúde, a fim de minimizar os riscos (p.379). Assim, a contribuição desse artigo para o nosso trabalho está relacionada à responsabilização e culpabilização pelo excesso de gordura corporal unicamente ao indivíduo. Este reducionismo desconsidera todo o contexto social, econômico e cultural no qual se está inserido, em que há, ao mesmo tempo, estímulo para o consumo de alimentos mais calóricos e estímulo para cuidar da saúde e se manter dentro do peso padrão.

Castiel (2015) trouxe uma questão importantíssima, o fato da promoção da saúde ter surgido em países desenvolvidos, que no pós guerra puderam construir um ‘Estado de Bem Estar Social’ razoável qualitativamente para sua população, permitindo suprir para além das necessidades básicas. Porém isso não aconteceu em países periféricos, como o Brasil, que são, até hoje, “marcados pela desigualdade social, onde as demandas são outras e bem diferentes”(p.36). Muitos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos ainda enfrentam problemas básicos na saúde pública, como, por exemplo, desnutrição e falta de equidade no acesso à saúde, que deve ser para todos.

A promoção da saúde, tendo se constituído em países capitalistas desenvolvidos e ocidentais, carrega valores de acordo com tais contextos, não sendo, exatamente nesse formato original, adequada à realidade de países periféricos como o nosso:

Como produto de países ocidentais desenvolvidos, a promoção da saúde carrega valores forjados em um dado contexto histórico, cultural, político, econômico e social e, sendo assim, não pode ser vista como produto neutro do pensamento científico a ser aplicado alhures. Há que se considerar, portanto, a possibilidade de a transferência acrítica de ideias e valores ‘importados’ levar a promoção da saúde a difundir a culpabilização da vítima e a experimentar a inocuidade de suas ações estratégicas, caracterizando-se como uma forma sutil de controle social. A implementação de ações e políticas de saúde fundadas exclusivamente na noção de risco epidemiológico é um dos caminhos mais rápidos para que a promoção da saúde assumisse esse indesejado papel. (Castiel, 2015, p.36).

A principal consequência de ‘importar’ uma estratégia sem a adequação à realidade onde será implementada, segundo o autor, é a culpabilização da pessoa, principalmente por não alcançar os resultados esperados. Ao prescrever hábitos saudáveis e um estilo de vida ideal, desconsiderando as possibilidades socioeconômicas e culturais do indivíduo, para aderir ou não, além de gerar culpa, gera frustração e ineficácia. Responsabilizar o indivíduo por cuidados com seu corpo e por adotar um estilo de vida dito saudável para prevenir doenças é uma forma de medicalização do cotidiano e de controle social.

Segundo Crawford (1980), “como valor agregado, a saudização (*Healthism*) é uma forma de medicalização” (p. 381). O valor diz respeito à saúde em si e tudo que ela simboliza. Por conseguinte, o autor aponta que a “propaganda médica tem bombardeado a nossa cultura com a mensagem de que a saúde é o mais importante dos valores, oferecendo suas balas mágicas como a chave para uma vida mais longa e livre de doenças.”(pp. 381-382, tradução nossa).⁴³ Nesse sentido, os esforços individuais para alcançar e manter a saúde são significativamente valorizados pela sociedade e pelos indivíduos, que buscam a saúde como um ideal. Por outro lado, quando não há êxito nesta busca ou quando os indivíduos “falham” em adotar o estilo de vida considerado saudável, eles são julgados negativamente e criticados como se estivessem, ao contrário, buscando a morte. Dessa forma, tendo em vista o status de doença imputado ao corpo gordo, os indivíduos que não buscam emagrecer são recriminados como se não quisessem mais viver, entre outros vários “valores” negativos. O que ocorre, sobretudo, é um desvalor e uma moralização dos hábitos das pessoas gordas, contribuindo para que o corpo gordo seja evitado o máximo possível. Além de evitado, “combatido” e “erradicado”, reforçando os argumentos da medicina que sustentam a epidemia de obesidade. Como dizem no meio médico: “é preciso combater a epidemia de obesidade” e “erradicar a obesidade.” A questão é que as pessoas gordas é que acabam sendo “erradicadas” socialmente, muitas vezes.

Gard e Wright (2005) mencionam, em diferentes momentos do texto, que a questão da epidemia da obesidade se refere a uma história de gula e preguiça, sugerindo uma moralização dos hábitos alimentares e de atividade física. Segundo os autores, “a ‘epidemia da obesidade’ depende, em parte, de uma forma particular de moralidade. Isto é, uma moralidade que vê o problema como um produto da falha e fraqueza do indivíduo” (p.7, tradução nossa).⁴⁴ Mais

⁴³ No original: “Medical propaganda has been bombarding our culture with the message that health is the most important of values, offering its magic bullets as the key to longer and disease-free lives.”

⁴⁴ No original: “[...] the ‘obesity epidemic’ relies, in part, on a particular form of morality. It is a morality that sees the problem as a product of individual failing and weakness.”

adiante, no capítulo em que abordam a “guerra contra a obesidade” (*the war on obesity*), observam que parece haver um amplo consenso de que as pessoas têm, ou pelo menos passaram a ter, “vontade geralmente fraca” (p.32), que tendem a escolher a inatividade em vez da atividade e “alimentos não saudáveis”, em detrimento dos “saudáveis.” Somando-se a isso, há um ambiente que favorece – em tese – a essa natureza supostamente “preguiçosa” – que são as sociedades ocidentais e os estilos de vida modernos (p.32). A crítica que os autores fazem se refere ao fato de que tais afirmações são feitas sempre em termos generalizados.

Mais à frente, Gard e Wright (2005) ponderam que há os que culpam as grandes corporações pela “epidemia da obesidade”; há os que culpam a genética (adeptos à teoria darwiniana); há também os que responsabilizam os avanços tecnológicos, como televisão, vídeo games, escadas rolantes, entre outros, que ocasionariam o aumento do sedentarismo, que por sua vez, favoreceria que as pessoas engordassem; entre outras causas consideradas. Os autores destacam a crítica da nutricionista americana Marion Nestlé (2000, 2002) à indústria alimentícia, responsabilizando-a por influenciar no ganho de gordura corporal, com alimentos mais calóricos e baratos, por interesses puramente econômicos. Contudo, Gard e Wright (2005) comparam essa atribuição de causa da epidemia da obesidade à indústria alimentícia, por parte de Marion Nestlé, à atribuição de causas genéticas que muitos fazem, ressaltando que isso nem sempre foi bem vindo. Isto é, “as tentativas da Nestlé de mudar o foco das atenções para as corporações, por razões semelhantes, nem sempre foram bem-vindas.” (p.35). Em seguida, menciona as resenhas dos livros *Food Politics* da Nestlé e *Fast Food Nation* de Eric Schlosser, feitas por Ewin Hannan, que lembra aos leitores de que a culpa é dos indivíduos preguiçosos, não das corporações:

Ao produzir livros que lançam luz sobre os métodos dos gigantes da fast-food, as editoras atendem ao interesse público. Mas demonizar a *Big Food* também traz conforto a uma geração que teimosamente se recusa a reconhecer a razão subjacente para sua cintura em expansão. Afinal, nós somos os que comemos. (Hannan, 2003, p. 8 apud Gard e Wright, 2005, p.35, tradução nossa).⁴⁵

Embora se discuta a implicação da indústria alimentícia, das novas tecnologias e da genética para que os indivíduos engordem e para o aumento da “epidemia de obesidade”, a crença na responsabilidade individual está presente e permeia todas estas lutas, legítimas e importantes, ao nosso ver, para implicar estes outros atores. Porém não avançam no sentido de colocar em questão a culpabilização individual.

⁴⁵ No original: “By producing books that cast light on the methods of the fast-food giants, publishers serve the public interest. But demonizing Big Food also gives comfort to a generation that stubbornly refuses to acknowledge the underlying reason for its expanding waistline. After all, we are what we eat.”

Para Gard e Wright (2005), “no final, a questão do que é “verdade” sobre as causas e consequências do “sobrepeso e da obesidade”(p. 67) provavelmente se revelará imaterial. As questões importantes, [...], provavelmente serão políticas, culturais e sociais.”(p. 67, tradução nossa)⁴⁶

1.2.2 Moralidades, Hábitos Saudáveis e Cultura das *Commodities*

Crawford (1980) destaca a relação entre moralidade e culpa pela doença e pela saúde, colocando que “saúde e doença sempre foram conceitos morais e não podem ser entendidos independentemente dos princípios morais da época, nem das relações sociais particulares em que são colocados, incluindo a relação médico – paciente” (p.378, tradução nossa).⁴⁷ Lupton (1995) também aborda a questão da moralidade relacionada ao autocuidado proposto pela promoção da saúde. Fala da lógica da promoção da saúde, como voltada para mobilizar os indivíduos a descobrirem “seu verdadeiro estado de saúde, para que revelem sua posição moral e para que, de fato, modelem seus verdadeiros *eus* por meio de estratégias de gerenciamento corporal” (p.23). Além disso, ressalta os cuidados com o corpo como “práticas do eu”, em que tais discursos estão frequentemente incorporados de forma consciente nas falas das pessoas, em seu cotidiano, e se tornaram um hábito, uma rotina de cuidados com o corpo. Destaca o conceito de *Habitus* do Bourdieu (1984), como útil para a compreensão dessas práticas, considerando a influência da posição social do indivíduo, sobretudo classe e gênero, para seu estilo de vida. A partir das condições sociais do indivíduo, o *Habitus* se expressa em seus gostos, preferências, posturas e práticas objetivas e subjetivas, em sua estética, modos de se comunicar e se expressar. Assim, é estruturante e, ao mesmo tempo, uma estrutura que foi internalizada. Lupton (1995) ainda coloca que ele se expressa “nos modos pelos quais as pessoas percebem e constroem a realidade” (p.22) e que “por isso, grupos sociais se distinguem uns dos outros não somente pela posse dos meios materiais, mas pelos seus padrões de consumo [...]” (p.22). O *Habitus* é produzido e reproduzido, tanto no âmbito público, quanto no privado, em diferentes ambientes sociais, desde o familiar, até o educacional e de trabalho, em uma “cultura das *commodities*” (Lupton, 1995, p.22). Em nota,

⁴⁶ No original: “In the end, the question of what is ‘true’ about the causes and consequences of overweight and obesity will probably prove to be immaterial. The important questions, [...], will probably be political, cultural and social.”

⁴⁷ No original: “Health and disease have always been moral concepts and can not be understood independently of the moral principles of the time nor the particular social relations within which they are placed, including the doctor-patient relationship.”

a autora fala que ‘commodity’ tem sentido de ‘mercadoria’ e que “trata das articulações entre corpo e consumo na contemporaneidade” (p.22). Nesse sentido, Crawford (1980) destaca:

[...] a saúde tornou-se não apenas uma preocupação, mas também um valor ou padrão pelo qual um número crescente de comportamentos e fenômenos sociais são julgados. Menos um meio para a realização de outros valores fundamentais, a saúde assume a qualidade de um fim em si mesmo. (págs. 380-381, tradução nossa).⁴⁸

Mais adiante, o autor completa que, com a ideologia do estilo de vida saudável, o bem viver é reduzido a um problema de saúde, assim como o aspecto simbólico da saúde dá margem para que esta seja “expandida para incluir tudo o que é bom na vida” (p.381). Nessa perspectiva, a saúde e a estética se tornaram signos de valor e, com isso, bens de consumo. Bens que, por sua vez, vêm sendo cada vez mais explorados pela indústria farmacêutica e até pela indústria alimentícia, com a massiva promoção de produtos diet e light, por exemplo. Dentro dessa cultura das *commodities*, podemos pensar no quanto essas indústrias lucram com a obesidade, isto é, com a medicalização do corpo gordo. Bem como, junto a outras indústrias, como a da moda, também lucram com o emagrecimento.

A saúde é comumente associada à estética corporal, a formas e sinais no corpo que expressam que o indivíduo é saudável. Lupton (1995, p.23) aponta que “a saúde é rotineiramente associada a ter um corpo “sarado”, a ser esbelto e estar em forma.” Em seguida, cita a fala de um homem que entrevistou:

Como um dos homens entrevistados comentou: “saúde para mim é a comida que você come, o modo como você se conduz, as roupas que você veste, a sua altura, a gordura corporal, a tonicidade da pele ou se você está doente.” “Penso que se você se cuida, fazendo ginástica, comendo direito,”[...] “se tornará mais forte e saudável.” (Lupton, 1993, p.8 apud Lupton, 1995, p. 23).

Essa compreensão da saúde é bastante disseminada, como a própria autora observa. É muito comum as pessoas associarem determinados comportamentos e grau de gordura corporal, por exemplo, a ter ou não saúde. A relação de causalidade entre estilo de vida saudável e ter saúde também pode ser observada cotidianamente, além de ser uma perspectiva difundida pela promoção da saúde. Lupton acrescentou que os estudos de Crawford (1984) com um grupo de Chicago e seus estudos com um grupo de Sidney (1994) “obtiveram respostas semelhantes em relação aos conceitos de saúde que giravam em torno da noção de saúde como autocontrole, incluindo conceitos de autodisciplina, autonegação e força de

⁴⁸ No original: “[...] health has become not only a preoccupation; it has also become a pan-value or standard by which an expanding numbers of behaviors and social phenomena are judged. Less a means toward the achievement of other fundamental values, health takes on the quality of an end in itself.”

vontade.” Não ser saudável e não aparentar ser saudável, assim, tem uma conotação negativa de falta de autocontrole e disciplina, por exemplo. Lupton, nesse sentido, destacou a questão da moralidade desses discursos da promoção da saúde, que permeia essa relação dos indivíduos com a própria saúde, com o próprio corpo, e exemplifica com a obesidade:

O julgamento dos outros e a autocensura são temas recorrentes nessas entrevistas, refletindo uma moralização geral na busca da saúde similar àquela da ética do trabalho. A obesidade então é vista como um sinal tangível de falta de controle, impulsividade, autoindulgência, enquanto que o corpo magro é um testemunho do poder da autodisciplina [...] (Lupton, 1995, p.24).

O corpo excessivamente gordo, de acordo com esse discurso, denota falta de autodisciplina, porque o indivíduo não estaria conseguindo limitar sua dieta para se enquadrar no ideal proposto pela promoção da saúde, que é um corpo magro dentro dos padrões de referência determinados, como o Índice de Massa Corporal (IMC). A partir do momento em que obesidade e sobrepeso passaram a ser considerados doenças crônicas (OMS, 2000), passou a ocorrer uma moralização do excesso de gordura como sinal de um estilo de vida não saudável. Conseqüentemente, se dá a moralização dos hábitos alimentares e de exercícios físicos. O foco dos discursos da promoção da saúde está no comportamento alimentar individual. Um exemplo disso é o que muitos médicos e nutricionistas dizem a seus clientes: “Precisa emagrecer? É ‘só’ ‘fechar a boca’ e ‘malhar’”. Ou então: “Se não quiser morrer cedo, ‘tem que’ emagrecer”. Essas são apenas duas falas muito comuns nos atendimentos, entre tantas outras também de cunho reducionista. Isso ocasiona a responsabilização do indivíduo por estar gordo e a culpabilização por estar se colocando em situação de risco em saúde.

A mudança de hábitos para a adoção dos hábitos considerados saudáveis é a principal recomendação da promoção da saúde. Entretanto, não há facilidade em mudar hábitos, pois são práticas reproduzidas a partir do meio cultural e social de cada indivíduo, tendo significado importante e forte apelo emocional. O conceito de *Habitus* de Bourdieu está associado ao conceito de estilo de vida, na medida em que, como próprio autor descreveu, os diferentes estilos de vida são produtos do *Habitus*.

Para as diferentes posições no espaço social correspondem estilos de vida, sistemas de desvios diferenciais que são a tradução simbólica de diferenças objetivamente inscritas nas condições de existência. As práticas e as propriedades constituem uma expressão sistemática das condições de existência (aquilo que chamamos estilo de vida) porque são o produto do mesmo operador prático, o *habitus*, sistema de disposições duráveis e transponíveis que exprime, sob a forma de preferências sistemáticas, as necessidades objetivas das quais ele é o produto: a correspondência que se observa entre o espaço das posições sociais e o espaço dos estilos de vida resulta do fato de que condições semelhantes produzem *habitus* substituíveis que engendram, por sua vez, segundo sua lógica específica, práticas infinitamente diversas e imprevisíveis em seu detalhe singular, mas sempre encerradas nos limites inerentes a

condições objetivas das quais elas são o produto e as quais elas estão objetivamente adaptadas. (Bourdieu, P., 1980, págs. 82 – 83).

O autor, então, se referiu a estilos de vida como ‘condições de existência’, por estarem atrelados à posição social. Há possibilidade de diferentes escolhas, que são a expressão simbólica das preferências, gostos e necessidades, que constituem o *habitus*. Porém, depende da realidade social e econômica do indivíduo. Condições de vida semelhantes, isto é, dentro das mesmas condições sociais, podem existir várias possibilidades de práticas e hábitos, mas sempre dentro dos limites que tal condição socioeconômica possibilita. Assim, podemos pensar que nem todas as prescrições de hábitos saudáveis são possíveis e acessíveis a todos. Dessa forma, a responsabilização individual por manter a saúde, sem mudanças na estrutura socioeconômica, não garante melhoria na saúde das pessoas e das populações. Por outro lado, a implicação individual no autocuidado também gera uma sensação de controle do próprio corpo e da própria saúde. Uma consequência positiva da auto responsabilização pode ser um aumento no nível de participação social e política. Muitos indivíduos se unem formando grupos de militância em prol de uma causa de interesse comum. Há vários exemplos desses grupos e suas conquistas, como: grupos que lutam pela diminuição da quantidade de sódio nos alimentos industrializados – por causa do risco de aumento da pressão arterial; grupos de celíacos que lutam por mais alimentos sem glúten; movimento “chega de agrotóxico”; movimento “põe no rótulo”, para que a informação sobre transgênicos esteja inscrita nos rótulos; entre tantos outros. Crawford (1980) abordou essa questão, mas ressaltou que “a relação é muito mais complexa do que a teoria dos estágios – que vai da responsabilidade individual à ação política coletiva – sugere” (p. 3780). Justifica: “Afim, a responsabilidade individual como ideologia tem funcionado historicamente como um substituto para compromissos políticos coletivos” (p.378, tradução nossa).⁴⁹ Há muitos interesses políticos e financeiros implicados nessa ideologia da promoção da saúde. O principal parece ser a redução de gastos com tratamento clínico e hospitalar das doenças. Além de interesses de setores privados, como a indústria farmacêutica e a indústria de seguros de vida, mencionadas por Greene (2007). Fora os planos de saúde que, aqui no Brasil, demonstram todo interesse no sucateamento e desmonte da saúde pública. Além disso, quanto mais os indivíduos cuidarem da sua saúde, menos despesas o plano terá. Por outro lado, em certa medida, também é importante para os planos que haja demanda para tratamentos. A saúde, assim, se tornou realmente um bem de consumo nessa cultura de *commodities*.

⁴⁹ No original: “After all, individual responsibility as ideology has often functioned historically as a substitute for collective political commitments.”

Na cultura do consumo, ao mesmo tempo em que há incentivos para consumir produtos e serviços que favoreçam um estilo de vida saudável, como: vegetais, frutas, academias para atividade física e espaços para meditação, por exemplo, entre uma infinidade de outras coisas; há também incentivos para o consumo de produtos que desfavorecem o que a promoção da saúde propõe. Há uma grande oferta de alimentos industrializados, com alto teor de sódio, gordura saturada, açúcar refinado e corante; além de incentivos para comportamentos que também podem ser prejudiciais, como trabalhar por mais de doze horas e dormir menos de seis horas. Acerca dessa cultura consumista, em que tudo pode ser mercadoria, Lupton cita Susan Bordo:

A promoção da saúde coexiste com a cultura das *commodities* em uma relação simbiótica de suporte mútuo. O desejo e a autoindulgência são incitados em um fórum e contidos persuasivamente no seguinte, induzindo a uma busca de compensação por autoindulgência seguida por uma necessidade de exercer controle. Assim, os indivíduos estão colocados em uma ‘dupla sujeição’ na qual eles se movem entre o consumo e o ascetismo, entre o princípio da *performance* e o ‘deixar-se levar’ (Bordo,1990, p.97 apud Lupton, 1995, p.28).

Dessa forma, muitas vezes os investimentos no autocuidado e a auto permissividade em relação a consumos considerados ‘não saudáveis’ se dão de maneira cíclica. Ora o indivíduo se controla mais para levar um estilo de vida saudável, ora se libera para o consumo de produtos e atividades não recomendados pela promoção da saúde. A questão é que, além de ser difícil mudar hábitos, embora seja possível, existe a questão do prazer. O que é prazeroso para alguns grupos nem sempre está dentro das prescrições da promoção da saúde. Certos alimentos, bebidas, tabaco e comportamentos sexuais, por exemplo, podem ser muito prazerosos e estar relacionados a contextos sociais e memórias afetivas, sendo parte do estilo de vida de muitos indivíduos. Por outro lado, podem ser considerados fatores de risco para algumas doenças. Lupton fala de uma patologização do estilo de vida no discurso da promoção da saúde, em que alguns comportamentos específicos, como os que já mencionamos, são identificados como sendo de risco. O outro extremo, isto é, a liberação sem controle, também pode gerar desprazer e provavelmente aumentar a chance de adoecimento.

As pessoas também desejam um estilo de vida valorizado socialmente. Estilo de vida expressa a subjetividade, o ‘bom gosto’, os valores, enfim, a identidade de cada um. Lupton cita Featherstone, para abordar essa questão: “Dentro dos limites da cultura das *commodities*, o estilo de vida tem outro significado ainda mais positivo, conotando ‘individualidade, auto expressão e autoconsciência de estilo’” (1991b, p.83). Sobre esse ponto, Castiel (2015) também cita o mesmo autor:

Na contemporânea cultura do consumo falamos sobre aqueles aspectos perniciosos que conotam individualidade, auto expressão e uma consciência de si estilizada. O corpo, as roupas, os entretenimentos de lazer, as preferências de comida e bebida, a casa, o carro, a opção de férias, etc.. (Featherstone, 1995, p.119 apud Castiel, 2015, pp. 48-49).

Nesse cenário, o corpo magro é uma das principais expressões de ‘bom gosto’, de um estilo de vida mais ativo e produtivo, bem como de uma subjetividade mais potente. A magreza, então, se tornou objeto de desejo e talvez algo que tenha valor em si, como uma joia de ouro, e que, desse modo, confere valor a quem usa – isto é, quem usa acaba se sentindo e sendo valorizado socialmente. O corpo esbelto passou a ser como um signo de valor identitário e social. O sociólogo francês Jean Baudrillard (1995) escreveu sobre corpo e saúde na sociedade de consumo, articulando como a ‘forma’ (a estética) e a saúde se tornaram “bens de prestígio” (p.147) e o quanto isso estimula, cada vez mais, o consumo de serviços médicos e medicamentos visando a boa forma.

O culto médico: a forma

Da relação atual ao corpo, que não é tanto a relação ao próprio corpo quanto ao corpo funcional e ‘personalizado’, deduz-se a relação à saúde, que se define como função geral de equilíbrio do corpo quando é mediada pela representação instrumental do corpo. Porque mediada por uma representação instrumental do corpo enquanto bem de prestígio, torna-se exigência funcional de estatuto. Insere-se, por consequência, na lógica concorrencial e traduz-se pela procura virtualmente ilimitada de serviços médicos, cirúrgicos e farmacêuticos – procura compulsiva ligada ao investimento narcisista do corpo/objeto (parcial) e procura estatutária associada aos processos de personalização e de mobilidade social [...]. A saúde atualmente não é tanto um imperativo conectado com a sobrevivência quanto um imperativo social ligado ao estatuto. Não constitui tanto um valor fundamental quanto um fazer-valer. É a ‘forma’, na mística do fazer-valer, que se une imediatamente à beleza. Os seus signos intercambiam-se no quadro de personalização, na manipulação ansiosa e perfeccionista da função/signo do corpo.” (Baudrillard, 1995, p.147-148).

Mais adiante, o autor escreve especificamente sobre a magreza como uma obsessão e sobre a gordura, relacionando-as à beleza e à moda na cultura consumista:

A obsessão da magreza: a ‘linha’

A obsessão de manter a linha pode compreender-se segundo o mesmo imperativo categórico. É evidente (basta apenas lançar um olhar sobre as outras culturas) que beleza e magreza não possuem qualquer afinidade natural. A gordura e a obesidade também foram belas noutros lugares e noutros tempos. Mas *esta* beleza imperativa, universal e democrática, inscrita como direito e dever de todos no frontão da sociedade de consumo manifesta-se *indissociável da magreza*. (1995, p.149).

[...] Será de preferência magra e desencarnada no perfil dos modelos e dos manequins, que se revelam ao mesmo tempo como a negação da carne e a exaltação da moda. (p.150).

O corpo magro como ideal de beleza nas sociedades ocidentais, consumistas, é uma construção social e que produz uma obsessão pela magreza e por mantê-la, muitas vezes a

qualquer preço. “Manter a linha” pode oferecer ganhos sociais, contudo, muitas vezes o custo é altíssimo, como no caso dos indivíduos que desenvolvem transtornos alimentares, que podem, inclusive, levar à morte. Aqui, cabe observar que tais comportamentos alimentares desviantes, classificados como transtornos, podem sim oferecer sérios riscos à saúde, porém, a nosso ver, o que precisa ser repensado e mais discutido é sua etiologia. Tal etiologia ainda é considerada de ordem biológica, nesse caso, cerebral, visto que são classificações psiquiátricas. Este é um importante exemplo do *psicobiologismo* abordado por Crawford (1980) – o qual explicaremos no próximo subtema.

Assim, observamos o quanto essa cultura privilegia a imagem, o ter e uma estética dos corpos e da vida. A imagem posta em evidência na cultura de ideais estéticos, faz com que os desviantes desses padrões sejam estigmatizados. O termo *stigma*, para Goffman (2004), se refere a “um atributo profundamente depreciativo” (p.6). O autor fala do estigma como uma marca, um rótulo, que faz uma diferença de valor negativo e é socialmente construído (2004). Parker (2012) ainda se propôs ir além dessa formulação inicial de Goffman e pensar o estigma como um processo social, que implica preconceito e discriminação. Grosso modo, para este autor, o preconceito estaria relacionado a ideias, ao que se pensa sobre determinado objeto o qual se rejeita; já a discriminação se refere a atitudes concretas de exclusão social. De acordo com Parker (2012): “Estabeleceu-se, então uma nítida distinção entre ideias, atitudes ou ideologias e suas consequências comportamentais e ações discriminatórias.” (p.28).

Muitos desdobramentos da promoção da saúde também podem favorecer *stigmas* – tanto um autoestigma, quanto *stigma* social. O principal fator a favorecer é a culpabilização individual por se colocar em risco. Além deste, o estilo de vida saudável, que tornou status valorizado na sociedade e, portanto, almejado pela maioria das pessoas. Quem não consegue aderir minimamente sente-se e acaba sendo marginalizado. Contudo, o desdobramento mais estigmatizante e que traz mais sofrimento é o padrão da magreza como signo de saúde e de beleza. O impacto desses padrões na sociedade, nas relações e na produção de subjetividades é tão forte que gera o aparecimento tanto de grupos que aderem integralmente quanto, em outro polo, grupos de resistência – que fazem questão de não aderir – por conta do *stigma*, da ‘gordofobia’. Os grupos que aderem, vão desde pessoas que levam a vida com menos auto exigência, adotando um ou outro habito saudável, até as que lavam com extremo rigor, ultrapassando os limites recomendados, que são as que desenvolvem algum transtorno alimentar. Acreditamos que, tanto nesses casos, quanto no caso dos grupos que resistem, tanto o *stigma* social quanto a promoção da saúde podem, de alguma forma, influenciar. Os grupos que resistem, por sua vez, são grupos que buscam através de movimentos contra a gordofobia,

diminuir o *estigma*. Tais movimentos, como o *Body Positive* e o *Body Neutrality* pregam a importância da aceitação do corpo gordo e da imagem corporal, tirando o foco da aparência. Defendem que não negligenciam a saúde mas consideram importante mostrar para a sociedade que a existência de pessoas gordas precisa ser respeitada e incluída.

Porém, cabe observar, o foco do nosso trabalho é a medicalização do corpo gordo, a luz da contribuição de leituras socioantropológicas. Nossa proposta é analisar criticamente as estratégias e tecnologias utilizadas para diminuir a gordura corporal, bem como o critério diagnóstico para essas intervenções. A partir dessa análise, discutiremos o que os autores das ciências sociais, sobretudo antropólogos da saúde, têm falado sobre a temática em questão.

1.2.3 Qual o lugar da dimensão biológica na obesidade e no sobrepeso?

As dimensões subjetiva e biológica estão atreladas à dimensão socioantropológica. As três dimensões estão interligadas, interagem e são indissociáveis. Os fatores culturais e sociais impactam as emoções e conflitos psíquicos, assim como a subjetividade permeia as relações sociais. Da mesma forma, os fatores biológicos – bioquímicos, hormonais e fisiológicos – estão presentes e implicados nas outras dimensões. Crawford (1980) aponta que a ideologia da ‘saudização’ (*healthism*) está ligada à definição médica de saúde e doença, em que “o indivíduo é o locus da percepção e da intervenção” (p.374). Com isso, observa o autor, se mantém uma visão reducionista da saúde, apesar de uma aparente ampliação. A questão é que, segundo Crawford (1980), a ‘saudização’ (*healthism*) leva a um *psicobiologismo* (p. 375), que significa uma visão reducionista e linear de causalidade das doenças, que se detém nos aspectos individuais – psicológicos e biológicos.

A saudização leva a modificações das noções médicas da causalidade para uma única direção: o psicobiologismo, [...]. Seja através dos conceitos de desarmonia, desequilíbrio, estresse, resistência, sistemas de imunidade, comportamentos de risco, inaptidão, estilo de vida, plenitude, ‘baixo-nível de mal-estar’ e ‘alto nível de bem-estar’, ‘formas de ser e de perceber’ e assim por diante, a saudização é uma ideologia que requer a reestruturação das próprias atitudes, emoções e comportamentos ou a intervenção de curandeiros para ajudar a realizá-los.⁵⁰ (p.375, tradução nossa).

Nesse sentido, como destaca Crawford (1980): “Mas se o ‘significado’ de saúde e doença permanece divorciado da sociedade na qual é construído, a resolução do problema

⁵⁰ No original: “Healthism bends the modifications of medical notions of causality in one direction only: toward psychobiologism, [...]. Whether through the concepts of disharmony, imbalance, stress, host-resistance, immunity systems, at-risk behaviors, unfitnes, life style, wholeness, "low-level worseness", and "high-level wellness", "ways of being and perceiving", and so on, healthism is an ideology which requires either the self-restructuring of attitudes, emotions, and behaviors, or the intervention of healers to help accomplish the same.”

deve ser parcial, condenada a esforços de melhoria ou adaptação, embora a ilusão da autonomia pode ser mais facilmente nutrida”⁵¹ (p. 375, tradução nossa). A nosso ver, é preciso que os corpos gordos sejam repensados como sintomas sociais, e não como resultados de questões biológicas ou mentais – com no *psicobiologismo* de que fala Crawford (1980).

Sendo assim, a classificação de comportamentos alimentares de risco como doença, ao mesmo tempo que ameniza a culpabilização individual e que pode oferecer prevenção a uma evolução de risco, reforça a origem no indivíduo, desconsiderando as implicações sociais e despolitizando a questão. Uma maneira mais eficiente de prevenção a esses comportamentos pode ser a relativização do corpo idealmente magro como padrão de beleza, pois, além disso, é também signo de distinção social e até moral, como vimos anteriormente. É preciso que seja considerada a diversidade de corpos, na medida em que não coloque a vida em risco. Mas que é essa medida? Será que o IMC, como parâmetro estatístico, pode definir a medida do risco individual, na clínica? A diversidade não é doença, aponta Canguilhem (1966).

Além destas medidas normativas numéricas, a medida da imagem corporal também estimula a busca pelo corpo perfeito. Embora subjetiva, a medida da imagem corporal também é construída socialmente. O que ocorre é que, mesmo estando dentro da faixa de normalidade do IMC, muitas pessoas ainda não se sentem magras – algumas acabam desenvolvendo anorexia,⁵² bulimia⁵³, ortorexia⁵⁴, entre outros comportamentos alimentares de

⁵¹ No original: “But if the “meaning” of health and illness remains divorced from the society in which meaning is construed, the resolution of the problem must be partial, doomed to ameliorative or adaptive efforts - even though the illusion of autonomy can be more easily nourished.”

⁵² **Anorexia é a classificação médica para um distúrbio na alimentação (nos hábitos, relação com a comida e com o corpo) que leva a um emagrecimento extremo. No DSM V e no CID X é classificada como “Transtorno Alimentar Resritivo/Evitativo” - 307.59 (F50.8), cujos critérios diagnósticos são:**

- A. Restrição da ingestão calórica em relação a necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. *Peso significativamente baixo* é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.
- B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.
- C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual. (pp.338-339).

⁵³ **Bulimia é a classificação médica para outro distúrbio na alimentação relacionado à estética do corpo magro. No DSM V e no CID X é classificada como transtorno alimentar - 307.51 (F50.2)**

- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar [...].
- B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.
- C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.
- D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais.
- E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa. (p.345).

risco. Por outro lado, há pessoas que, mesmo dentro da faixa de obesidade não se vêem tão gordas – algumas engordam ainda mais e evoluem para um estado de obesidade grave (grau III), que também pode levar à morte. Todas estas distorções de imagem corporal, embora a dimensão subjetiva esteja em destaque, podemos dizer que são efeitos da construção social do ideal de beleza, que é o corpo magro. A estética magra, na medida em que é a estética bonita, tornou-se um “fazer valer”, como aponta Baudrillard (1995), pois atribui valor ao indivíduo magro. O indivíduo gordo, ao contrário, tem seu valor diminuído socialmente, o que faz com que seja constantemente desqualificado e desmoralizado, produzindo *estigmas* sociais e individuais.

Dessa forma, questionamos: a desconstrução social desse padrão estético é possível? Talvez possa haver alguma mudança, sobretudo a partir das contribuições da militância contra a gordofobia. O que dificulta são os interesses de mercado, das indústrias da moda e alimentícia. Contudo, já vem ocorrendo mudanças. Um exemplo recente disso foi uma matéria da Vogue (revista), de outubro de 2019, que mostrou algumas marcas que levaram diversidade de corpos, raças e idades para os desfiles de verão 2020. Embora estas grifes e empresas possam estar visando ampliar a gama de perfis de clientes, a iniciativa pode ser positiva, pois aos poucos pode vir a produzir algum impacto na aceitação social da diversidade de corpos. A moda e a mídia têm papel importante na construção de imagens sociais nas sociedades consumistas. Se é assim, a princípio, por que não aproveitá-las como recursos a favor da diversidade?

A desmedicalização do sobrepeso pode ser um interessante aliado nesse caminho de desconstrução social do corpo magro como ideal e como sendo totalmente oposto ao corpo gordo – o que torna o corpo gordo, ao contrário, idealmente negativo, isto é, idealmente feio. Na medida em que se flexibiliza o rigor do corpo esbelto, a desmedicalização do sobrepeso pode ter impacto na flexibilização das dietas rigorosas. Essa flexibilização pode ser uma importante forma de prevenção, tanto de transtornos alimentares quanto do excesso de

⁵⁴ **Ortorexia é também uma classificação médica para um tipo de distúrbio na alimentação, em que ocorre uma espécie de obsessão por alimentar-se idealmente saudável – embora não esteja oficialmente no DSM V. Isto é, segundo a ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica):** “A Ortorexia nervosa é uma desordem alimentar, não classificada como um Transtorno Alimentar oficial, pois não tem critérios diagnósticos estabelecidos definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), mas tem sido sugerido nos últimos anos como “comer transtornado” – do inglês *disordered eating* – e algumas vezes enquadrado como Transtornos Alimentares não Especificados (*Unspecified feeding or eating disorder* (UFED) – DSM 5). ABESO: “Critério A. Foco obsessivo em comer “saudável”, definido por um conjunto de crenças com detalhes específicos variados; marcado por angústia exagerada em relação a escolhas alimentares percebidas como deletérias; pode resultar em perda de peso, mas o objetivo principal não é estético, mas sim uma busca pela saúde ideal.” (site ABESO).

acúmulo de gordura, que pode ser prejudicial, pelo menos a curto prazo – a chamada obesidade grau III, como mencionamos.

A medicina, por sua vez, enquanto dispositivo de poder aliado aos interesses financeiros da indústria farmacêutica – com a venda de emagrecedores e medicamentos *off label*⁵⁵ – e tendo em vista seus próprios ganhos com consultas e cirurgias bariátricas, além das próprias convicções e preconceitos, tende a ser resistente à diminuição do rigor da medicalização do corpo gordo. A construção social do corpo gordo com suas qualidades negativas também impacta o olhar médico para esses indivíduos e para o excesso de gordura, por pouco que seja. Nesse sentido, as resistências à possibilidade de flexibilizar a medicalização do corpo gordo tornam essa discussão mais complexa. Para defender suas posições acerca da importância da medicalização, a medicina recorre aos dados epidemiológicos sobre risco e aos fatores psicobiológicos envolvidos na etiologia do excesso de gordura corporal. Dessa forma, mantém sua postura colonialista, como mencionam Conrad (2007) e Illich (1976), em relação aos corpos e estéticas.

Por outro lado, há médicos que já defendem a *obesidade controlada*. Bruno Halpern e Márcio Mancini publicaram em 2020 um artigo no Journal of Endocrinological Investigation, propondo que se use mais o termo *obesidade controlada* para se referir a “pessoas que perderam peso não o suficiente para “normalizar” o Índice de Massa Corporal, mas reduziram muitos riscos de saúde” (Halpern e Mancini, 2020). Neste artigo, os autores apontam que há boas evidências que mostram que um emagrecimento de 10% do peso já reduz o risco cardiovascular, além de outros benefícios, e a cada kg de peso perdido reduz em 16% o risco de diabetes. Segundo Halpern, a obesidade também foi considerada fator de risco para o desenvolvimento da forma mais grave de Covid – 19. Foi publicado o documento “Obesidade e Covid 19 na América Latina” (Halpern et. al.) em novembro de 2020, na Obesity Reviews, no qual os autores afirmam que perder 3 – 5% do peso, no contexto de isolamento social, pode reduzir o risco de Covid – 19 grave em indivíduos obesos.

Com isso, segundo Halpern (2020), *obesidade controlada* é “um termo que deveríamos usar mais, ao invés de achar que a única forma de reduzir riscos à saúde é normalizando o IMC”. (postagem no Instagram, em 1 de setembro de 2020). Nessa postagem, ainda comenta: “Assim, mais importante do que dizer que a obesidade é fator de risco para doenças é dizer que “obesidade controlada” reduz estes riscos [...]”. Dessa forma, não

⁵⁵ “O medicamento chamado off label é aquele cuja indicação do profissional assistente diverge do que consta na bula.” (ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar). Muitos medicamentos com indicações nabula para tratamento de depressão são ministrados para tratar obesidade, na medida que atuam nos mecanismos neurofisiológicos relativos à saciedade.

estimulam um emagrecimento rigoroso, embora ainda defendam que é importante reconhecer a obesidade também (além de fator de risco) como doença crônica. Nesse sentido, Halpern (postagem no Facebook em 16 de novembro de 2020) menciona as pesquisas do sueco Mikael Ryden, acerca da biologia no tecido adiposo branco (gordura corporal). Segundo Halpern, estas pesquisas mostram como diferenças individuais na capacidade de quebrar gorduras (lipólise) podem explicar porque algumas pessoas têm mais facilidade em ganhar peso ao longo dos anos, principalmente as mulheres. Além disso, o autor destaca um dado que julga importante: ao ingerirmos mais calorias do que gastamos, ganhamos peso aumentando o número de células de gordura. Porém, ao perder peso, estas células não “desaparecem”, apenas reduzem de tamanho, permanecendo aptas a voltarem a crescer. Ressalta que a Leptina, hormônio secretado pelas células de gordura, reduz a fome e aumenta o gasto energético. Dessa forma, quando produzimos mais células, a leptina aumenta, mas o corpo passa a ficar menos sensível a ela. Contudo, ao emagrecermos, a rápida redução da Leptina sinaliza para o corpo que precisamos comer mais e reduzirmos o gasto, o que facilita a recuperação do peso. Nesse caso, a fisiologia que predispõe determinadas pessoas a engordar ou ter dificuldades em emagrecer ajuda a diminuir a culpabilização individual. Todavia, reafirmamos que é imprescindível levar em consideração os outros fatores: sociais, culturais e econômicos implicados, para que no momento de avaliação médica não se reduza a etiologia do excesso de gordura corporal ao biológico. Os fatores fisiológicos que predispõe ao acúmulo de gordura corroboram a hipótese de que se deve levar em conta a diversidade de corpos. Cada corpo, em todos os níveis de proporção de gordura, isto é, seja gordo, pouco gordo, muito gordo, magro ou muito magro, é expressão de uma história que o ajudou a se constituir como tal, em determinado momento da vida. Esta história é certamente atravessada por todos os outros fatores já mencionados, que contribuem mais ou menos para o acúmulo de gordura corporal.

1.2.4 Comensalidade, alimentação saudável e ambiente obesogênico

Vogel e Mol⁵⁶ (2014) realizaram um estudo etnográfico na Holanda sobre prazer com a comida e alimentação saudável para quem queria emagrecer. A questão da pesquisa foi: “A alimentação saudável requer que as pessoas se controlem e se abstenham do prazer?” (p. 305). Segundo as autoras, essa ideia é dominante, mas em suas etnografias encontraram profissionais que trabalham de outras maneiras. Esses profissionais de saúde encorajavam

⁵⁶ Else Vogel e Annemarie Mol – Amsterdam Institute of Social Science Research, University of Amsterdam.

seus pacientes a desfrutarem da comida, buscando estarem mais sensíveis ao prazer de cada refeição. Acreditam que somente a “alegria” de aproveitar o que estão comendo pode proporcionar satisfação e sensação de que já comeram o suficiente – a saciedade. O foco deve estar na experiência da alimentação, não na racionalização da contagem de calorias e dos alimentos ideais para o seu objetivo de emagrecimento. As autoras concluem que o mais importante na visão dessa equipe é que as pessoas aprendam a ter prazer e se sintam satisfeitas com o que comem. Além disso, dificilmente alguém que desenvolva esse sentido de desfrutar da comida consegue comer em excesso e manter seu corpo gordo. De acordo com esta perspectiva, a saciedade favorece o emagrecimento. E o que será que contribui para que haja saciedade? Será que é a qualidade e a quantidade do que se come? A partir das discussões de Vogel e Mol (2014), consideramos que o contexto, a comensalidade e a relação com o comer são relevantes para a saciedade, que não se trata apenas de nutrição bioquímica. Sendo assim, comer rápido, substituir um prato por um “shake” ou comer realizando outra atividade, por exemplo, sem apreciar o momento da refeição, não produzem saciedade.

A comensalidade envolve tradição, como as diversas festividades nas diferentes culturas e a própria divisão das refeições na sociedade ocidental: café da manhã, almoço, jantar; entre outras, como: chá da tarde, festas de aniversário, bar com amigos e muito mais reuniões que envolvem comida e bebida. Além disso, há também as celebrações tradicionais, como datas religiosas e celebrações que representam ritos de passagem, tais como: casamentos, formaturas e festas de quinze anos para as meninas. Todas essas festas e mesmo a rotina das refeições em família produzem significados para a vida dos indivíduos e memórias afetivas. Os sentidos e lembranças produzidos têm implicação nas escolhas alimentares e de estilo de vida. Sendo assim, desconsiderá-los nos processos de cuidados com a saúde pode ser muito contraproducente.

Há autores que defendem que as escolhas alimentares também são influenciadas por um ‘*ambiente obesogênico*’ – que, nesse caso, favorece a alimentação com alimentos mais calóricos. Lupton (2013) observa que grande parte do discurso *anti-obesidade* responsabiliza o indivíduo pelo controle de peso, mas há também uma perspectiva dentro dos argumentos *anti-obesidade* que leva em conta uma “abordagem social estruturalista da obesidade” (p.17), que identifica algumas razões socioeconômicas, assim como um “*ambiente obesogênico*” (p.17), que favorecem o aumento de sobrepeso e obesidade. Contudo, Lupton (2013) considera que a perspectiva *obesogênica* faz a afirmação simplista de que as pessoas engordam porque há maior oferta de alimentos nas sociedades contemporâneas. Nesse

sentido, compartilha da visão de outros autores⁵⁷ de que a justificativa do *ambiente obesogênico* pressupõe que o estado “natural” do corpo humano, em condições ambientais “corretas”, seja a magreza – o que entendemos como condições ambientais favoráveis. Nesse contexto, a facilidade de acesso a alimentos de “baixa qualidade” torna todos os indivíduos potencialmente obesos, “porque não seriam capazes de resistir à tentação de comer demais ou à falta de exercício” (p.41). Lupton (2013), então, aprofunda o debate em torno da implicação de um *ambiente obesogênico* para o aumento de gordura corporal, embora não articule com lipofobia ou *ambiente leptogênico*⁵⁸, conforme alguns autores da nossa pesquisa discutem.

Vogel e Mol (2014) fazem uma crítica ao julgamento de que os indivíduos que engordam “não têm força de vontade suficiente para desistir da gratificação que comer e beber oferecem” (p.305), tendo em vista que eles vivem em um *ambiente obesogênico* – o que não ajuda, nas palavras das autoras. Aparece aqui, então, uma crítica à responsabilização individual – apesar de terem investigado posteriormente a relação individual com a comida, com as escolhas e com o prazer. Apontam também, que os defensores da saúde pública da Holanda, aonde realizaram este estudo, buscam atuar na modificação dos *ambientes obesogênicos*. Contudo, esta ação é dificultada pela quantidade de propaganda e comercialização de alimentos muito gordurosos e de refrigerantes. Por outro lado, estes defensores da saúde lutam pela conquista de melhor acesso a alimentos saudáveis. Nesse cenário, Vogel e Mol (2014) relatam o conflito de interesses com a indústria alimentícia:

Trabalhar para atingir esses objetivos entra em conflito com a organização do mercado de produção e consumo de alimentos e com os interesses da indústria de alimentos. O que resta é a possibilidade de abordar os consumidores e instá-los a fazerem escolhas alimentares saudáveis. Assim, o público recebe informações sobre alimentos (suas calorias; seu teor de carboidratos; ácidos graxos e assim por diante) e é alertado que o sobrepeso e a obesidade causam problemas de saúde (diabetes, doença vascular, osteoartrite e assim por diante). Tais campanhas têm como alvo o que a pesquisa em saúde pública chama de comportamento em saúde. Eles nos advertem a nos comportar, isto é, controlar o que comemos e abster-nos de prazeres alimentares excessivos.⁵⁹ (p.306, tradução nossa).

⁵⁷ Gard e Wright, 2005; Colls e Evans, 2009; Guthman 2009a; Rich e Evans, 2009.

⁵⁸ Ambiente que favorece o emagrecimento, como, por exemplo, bairros com espaços públicos para atividades físicas e lazer.

⁵⁹ No original: “Working towards these goals clashes with the market organisation of food production and consumption and with the interests of the food industry. What remains is the possibility of addressing consumers and urging them to make healthy food choices. Hence, the public is provided with information about food (its calories; its carbohydrate content; its fatty acids and so on) and warned that overweight and obesity cause health problems (diabetes, vascular disease, osteoarthritis and so on). Such campaigns target what public health research calls health behaviour. They admonish us to behave, that is, to take control over what we eat and abstain from excessive food pleasures.”

As autoras apontam o papel da indústria alimentícia na criação de *ambientes obesogênicos* e destacam a repercussão disso no consumo de alimentos. Todavia, Vogel e Mol (2014) não consideram o *ambiente obesogênico* a principal causa do comer em excesso por parte dos indivíduos que engordam. Pontuam que o problema abordado em sua pesquisa “não é um *ambiente obesogênico* que induz a comer, mas uma distração no ambiente que desvia a atenção da comida.” (p.312). As autoras defendem que o ambiente em que se faz uma refeição deve ser atraente e prazeroso, de modo a acentuar o prazer da degustação dos alimentos. Um ambiente assim, “transforma a atividade de comer em um prazer em si mesmo” (p.312). De acordo com a tese das autoras, como mencionamos anteriormente, o prazer de comer proporciona maior saciedade – o que acreditam auxiliar no controle do excesso de gordura corporal, se referindo como excesso de peso. Nesse sentido, embora Vogel e Mol (2014) afirmem que o foco deve ser a experiência do comer, questionamos em que medida essa orientação para buscar prazer em uma refeição não acaba sendo exercida como estratégia para o emagrecimento. Se este for o principal ou único objetivo, acaba se sobrepondo a possibilidades de bem estar, prazer da experiência ou saúde. Consideramos que é lícito e pode trazer benefícios lançar mão do prazer de comer como tática para emagrecer. Porém, se o exercício de buscar este prazer fica reduzido a esta meta, é possível que haja prejuízo tanto na vivência prazerosa quanto no próprio emagrecimento, ou ainda, conduzir a transtornos alimentares. Em relação à busca pelo prazer em si, pode ser interessante frente ao julgamento moral acerca do prazer de comer. Lembrando que o discurso da Promoção da Saúde e gestão de riscos vai no sentido do valor nutricional dos alimentos, cujo principal objetivo é a saúde. Por outro lado, pode reforçar a responsabilização individual.

1.2.5 Obesidade e sobrepeso como questões de gênero

Desde a década de 1970, o movimento feminista vem discutindo a relação entre corpo gordo feminino, a experiência subjetiva e social de mulheres gordas e os imperativos de estética da cultura ocidental contemporânea, que é uma cultura patriarcal. Segundo Lupton (2013), as estudiosas feministas têm exercido um papel central na construção de críticas à imposição do corpo magro para as mulheres. Com o surgimento do feminismo de segunda onda, as críticas feministas apontaram que a noção de que a forma do corpo, mas precisamente um corpo esbelto, constitui um corpo feminino ideal e atraente sustenta a valorização da magreza e o *estigma* da gordura. A autora ainda menciona o livro de Susie Orbach, *Gordura é uma questão feminista* (1978), como um “trabalho influente e inovador” (p.59), ao chamar atenção para questões relativas ao tamanho do corpo da mulher a partir de

uma perspectiva feminista. Este livro teria sido o precursor de outras publicações sobre essa temática, feitas por pesquisadoras feministas desde então.

Lupton (2013) relata que a literatura feminista das décadas de 1980 e 1990 aborda a questão de transtornos alimentares – especialmente anorexia e bulimia – a partir de uma crítica a intensas pressões sociais para que meninas e mulheres se mantenham magras. Tais distúrbios seriam consequência de dietas constantes em busca de adequação aos padrões de beleza feminina. Segundo a autora, as críticas feministas falam em “culto” ou “tirania da magreza”, referindo-se ao corpo feminino ideal e a como isso afeta a vida das mulheres que sentem essa meta como inatingível. A nosso ver, a constante insatisfação com o corpo, relatada por muitas mulheres, bem como uma busca eterna por alcançar e manter tal meta, são expressões do impacto da tirania da magreza. Ainda sobre essa questão, Lupton (2013) aponta que as críticas feministas denunciaram a implicação da mídia e dos discursos da publicidade na veiculação do ideal de corpo magro para mulheres. Elas mostraram como as imagens de modelos e celebridades, por exemplo, “constantemente apresentavam as mulheres magras como idealmente atraentes e as gordas como repugnantes e assexuais” (p.60). Interessante notarmos que essas questões discutidas e criticadas pelas autoras feministas também são abordadas em muitos dos artigos da nossa revisão de literatura, os quais discutiremos no capítulo três. Isso mostra a influência e, portanto, a importância dos estudos feministas para as discussões em torno do corpo gordo, somando-se aos processos socioantropológicos, políticos e econômicos envolvidos. No contexto atual, a partir do início dos anos 2000, relata Lupton (2013), e com o surgimento da “epidemia da obesidade”, a atenção das autoras feministas interessadas em estudar mulheres e seus corpos gordos se voltou para “os dilemas da gordura” (p.60). Estas pesquisadoras sustentam que o excesso de gordura corporal foi considerado problemático nas culturas ocidentais, por conta dos significados do corpo gordo, como desordem e incapacidade de controlar os limites corporais. Observam que estes significados têm sido tradicionalmente associados aos corpos das mulheres, tendo em vista o conceito dos seus corpos no imaginário social:

Os corpos das mulheres são conceituados como permeáveis, com vazamentos e mais abertos ao mundo, em virtude de sua suposta emocionalidade volátil e de seus processos corporais particularmente femininos, como menstruação, lactação, gravidez, parto e menopausa, todos os quais envolvem a saída descontrolada de fluidos corporais de seus corpos. (p.60, tradução nossa).⁶⁰

⁶⁰ No original: “Women’s bodies are conceptualized as permeable, leaky, more open to the world by virtue of their supposed volatile emotionality and their particularly female body processes such as menstruation, lactation, pregnancy, birth and menopause, all of which involve the uncontrolled exiting of bodily fluids from their bodies.”

O corpo gordo das mulheres também desafia as expectativas culturais, pois nas sociedades ocidentais contemporâneas, observa Lupton (2013), as mulheres foram encorajadas a ocupar o mínimo de espaço possível, contendo seus corpos, sendo discretas, mantendo braços e pernas sempre próximos ao corpo. Ainda acrescenta que espera-se das mulheres que pareçam delicadas e frágeis, como uma maneira de mostrar subordinação ao homem. Não à toa, somos educadas no sentido de que uma moça e uma mulher devem ser elegantes. Ser elegante significa exatamente isso que menciona Lupton (2013), isto é, ser delicada e contida – o que significa, entre outras coisas: falar pouco e baixo; sorrir sem gargalhar – principalmente em espaços sociais públicos – não usar perfume muito forte; não usar roupas com cores fortes, nem curtas e nem muito decotadas e, principalmente, ser magra. A magreza se tornou sinônimo de elegância, que por sua vez, significa feminilidade, boa educação e distinção de classe. Nesse sentido, ser magra é praticamente uma regra de etiqueta, cuja violação é das mais graves. Podemos observar que um dos elogios a uma mulher que emagrece é dizer que ela está “elegante”. O contrário de todos esses comportamentos ditados como signos de elegância, ou seja, todos os modos de se portar em que a mulher é muito expansiva, em que chama atenção, como especialmente no caso de mulheres gordas, são considerados: deselegantes, menos femininos, indelicados, vulgares, cafonas, indesejáveis e até mesmo agressivos. O homem também é cobrado por elegância, mas de forma diferente - embora ser gordo seja sinal de deselegância e falta de controle também para o homem. O corpo ideal para os homens na cultura ocidental, ao contrário, é um corpo grande, porém, não por excesso de gordura corporal, mas por massa magra, isto é, musculatura enrijecida e bem torneada. Se o homem tem o corpo gordo – o que implica, muitas vezes, ser barrigudo e flácido – já é considerado deselegante e sem autocontrole. Contudo, observamos que a exigência do corpo magro para as mulheres é maior. Assim, não temos dúvidas de que a cultura patriarcal teve e tem influência em todos esses significados dos corpos e de elegância.

Lupton (2013) destaca o argumento de algumas feministas de que no âmbito profissional a crescente participação e influência das mulheres na esfera pública, em ocupações de alto desempenho, foram acompanhadas por um aumento do foco nas que mantêm seu corpo magro, devido à ameaça que representam para o poder masculino. A autora faz um paralelo entre obesidade e anorexia, observando que, curiosamente, tanto os corpos gordos quanto os extremamente emagrecidos, os anoréxicos, são representados na cultura popular como semelhantes (2013). Grosso modo, ambos são vistos como assexuais – tendo em vista que estão nos extremos distantes do ideal de beleza feminina – também como anormais, expressando algum problema de ordem emocional e uma relação conturbada com a

alimentação. Por fim, Lupton (2013) destaca que para mulheres gordas e anoréxicas, seu tamanho corporal é parte integrante de sua identidade. Além disso, ambas, tanto gordas quanto anoréxicas, rejeitam discursos medicalizados sobre seus corpos, que os representem como patológicos, preferindo uma visão que os defina como “normais”.

Orbach, em seu trabalho *Gordura é uma questão feminista* (1978), aponta algumas questões que apareceram com bastante frequência nos artigos da nossa revisão de literatura: o fato da mulher gorda ser discriminada, o fato de estar inadequada aos padrões sociais de corpo para mulheres e a auto culpabilização.

A mulher gorda é segregada e anulada. Quase inevitavelmente, as explicações dadas para a gordura apontam para o fracasso da própria mulher em controlar seu peso, seu apetite e seus impulsos. As mulheres que sofrem do problema da compulsão de comer suportam uma dupla angústia: sentem-se desajustadas socialmente e acreditam-se as únicas culpadas. (p. 19).

Além desses aspectos, a autora ainda afirma que “ser gorda é encarado como um desvio e uma maneira de afastar os homens. O comer em excesso e a obesidade foram reduzidos a falhas de caráter, em vez de serem entendidos como a expressão de vivências dolorosas e conflituosas.” (p.20). Nesse sentido, Orbach (1978) pontua que os problemas e conflitos subjacentes ao comer em excesso e ao tornar-se gorda, não são só de ordem subjetiva, mas são, principalmente, de ordem social, frutos de desigualdades sociais em relação à mulher.

Assim, depois que psiquiatras, analistas e psicólogos fracassaram, cientistas começaram a procurar respostas biológicas e até mesmo genéticas para explicar a obesidade. Nenhum destes enfoques têm tido resultados convincentes e duradouros. Nenhum deles chegou aos pontos fundamentais do problema da compulsão de comer que estão enraizados na desigualdade social da mulher.

Uma visão feminista do problema da compulsão de comer da mulher é essencial se quisermos superar o enfoque ineficaz do tipo que diz que a culpa é da vítima e o insatisfatório modelo de tratamento de adaptação. (págs. 20-21).

Segundo a autora, para o feminismo essas vivências pessoais da mulher que engorda advém do contexto social onde as meninas nascem e dentro do qual crescem e se tornam mulheres. Ainda afirma que a compulsão de comer é um problema majoritariamente feminino e que isso indica relação com a vivência de ser mulher em nossa sociedade. O feminismo demonstra que ser gorda representa uma tentativa de romper com os estereótipos de papéis sexuais na sociedade. Orbach (1978) compreende “o ato de engordar como algo preciso e intencional; é um desafio dirigido, consciente ou inconscientemente, à estereotipagem de papéis sexuais e a vivências de feminilidade culturalmente definidas.” (p.21). A autora atribui,

em parte e indiretamente, aos papéis sociais de mãe e esposa relegados à mulher a responsabilidade por engravidar. Estes papéis implicam que a mulher seja desejada por um homem e, para isso, é dito a elas – e para eles – que é preciso estar dentro dos padrões de beleza feminina – tendo em vista que na nossa sociedade, desejo é relacionado à beleza estética. Ainda acrescentaria a implicação do recorte de classe social, seguindo aquela linha de pensamento na qual mulher magra significa elegância, que por sua vez, é um signo de distinção de classe. Outro aspecto importante abordado por Orbach (1978) é que “para ‘conseguir’ um homem a mulher deve aprender a se ver como um artigo, uma mercadoria, um objeto sexual.” (p.22). Complementa, nesse sentido, que muito do que sente e da sua identidade depende de como ela se vê e é vista pelos outros.

Essa ênfase à aparência como aspecto principal da existência da mulher torna-a extremamente autocrítica. Exige que ela se ocupe com uma imagem de si mesma que os outros achem agradável e atraente — imagem que transmita imediatamente que tipo de mulher ela é. Ela tem de se observar e avaliar, examinando cada detalhe de si mesma como se estivesse sendo julgada de fora. Tenta encaixar-se na imagem de feminilidade exibida em cartazes, jornais, revistas e na televisão. (p.22).

A obsessão da mulher pelo corpo magro, dessa forma, se justifica pela imagem que ele comunica, que está atrelada à sua identidade e que pode possibilitar que ela seja desejada e “escolhida” por um homem. A lógica da cultura patriarcal é esta: quem decide, olha, opina e escolhe é o homem. A mulher acaba desejando ser vista e escolhida. A mulher acaba demandando ser desejada. Com isso, muitas tendem a ficar somente nesse lugar de objeto, sem circular também pelo lugar de quem deseja. A mídia, como menciona a autora, tem papel central na construção dessa imagem feminina ideal, assim como estimula a busca por parte das mulheres, ao divulgá-la em seus meios de comunicação – tal como observamos na maioria dos artigos da nossa revisão de literatura.

Além dos significados positivos do corpo magro para a mulher, há os significados negativos do corpo gordo, que estimulam ainda mais a busca pela adequação aos ideais de corpo. Todos os atributos do corpo gordo são muito depreciativos e muitas vezes impedem que a mulher exerça o papel imposto pela sociedade patriarcal. Muitas não desejam exercer esse papel, o que traz certo prejuízo social, sobretudo por frustrar as expectativas da sociedade – desde os mais próximos, como família e amigos. Orbach (1978) conclui que “o exame dos significados simbólicos da gordura nos dá um insight das vivências das mulheres em uma cultura patriarcal. A gordura é uma adaptação à opressão das mulheres e como tal pode ser uma solução pessoal insatisfatória e um ataque político ineficaz.” (págs. 34-35). Como podemos observar nessa fala, a autora não defende que as mulheres se mantenham gordas

como forma de resistência à imposição de seu papel social. Ao contrário, ela afirma que a mulher engorda como uma reação à desigualdade de valorização entre os sexos. Dessa forma, aponta que para uma resolução eficaz deve-se levar em conta a perspectiva feminista desses processos sociais e subjetivos – inconscientes – como causas do comer em excesso.

A tese deste livro é que a compulsão de comer nas mulheres é uma reação à sua posição social. Como tal, continuará a ser um problema nas vidas das mulheres enquanto existirem condições sociais que criem e estimulem a desigualdade dos sexos. Qualquer tratamento para mulheres com excesso de peso deve observar esse fato. (p.159).

Gard e Wright (2005) dedicam o oitavo capítulo de seu livro, o *Feminism and the 'obesity epidemic'*⁶¹, para falar sobre a importância dos estudos de pesquisadoras feministas para a discussão em torno da obesidade. Nesse capítulo os autores trazem as contribuições de Susie Orbach (1988) e Kim Chernin (1981)⁶² sobre os corpos das mulheres na sociedade patriarcal e sua relação com o comer. Ambas tiveram como ponto de partida para seus trabalhos a crescente incidência de jovens mulheres com transtornos alimentares – especialmente compulsão, anorexia e bulimia – na década de 1980. Segundo Gard e Wright (2005), estas autoras argumentam que esses fenômenos não poderiam ser explicados simplesmente por patologias individuais – como considera a psiquiatria – mas pelos contextos sociais e culturais nos quais estas jovens viviam. Tais contextos seriam “incapacitantes” para as mulheres, nas palavras das autoras. Elas argumentam ainda que “não foi por coincidência que estas ‘desordens’ afetaram principalmente a mulheres e que isso deve ter algo a ver com o que significa ser mulher na sociedade ocidental contemporânea.” (p.155, tradução nossa).⁶³ Ao mesmo tempo, têm visões divergentes em relação ao corpo gordo das mulheres. Para Orbach (1988), o corpo magro é saudável e o excesso de gordura corporal é patológico, sendo resultado de processos inconscientes que levam a mulher a ignorar os sinais fisiológicos de fome e a comer mais do que o necessário como solução para seus problemas, que estão relacionados à opressão social a que estão submetidas. Para Chernin (1981), por outro lado, “a gordura é natural e bonita e as mulheres só desejam emagrecer por causa das expectativas sociais irreais.” (p.156). Gard e Wright (2005) avaliam que apesar dessas reservas, estas autoras trouxeram para a atenção do público a relação entre as expectativas sociais acerca da

⁶¹ Em português: “Feminismo e a ‘epidemia da obesidade’.”

⁶² Autora do livro: “Womansize: The Tyranny of Slenderness.” London: The Women’s Press.

⁶³ No original: “[...] was no coincidence that these ‘disorders’ primarily affected women, and that this must have something to do with what it means to be female in contemporary Western society.”

feminilidade e as questões do corpo. Por fim, destacam que a preocupação pública com a prevalência dos transtornos alimentares abre espaço para o trabalho das feministas:

Esse trabalho lembra os perigos das mensagens e outras práticas sociais que dizem a mulheres (e, cada vez mais, aos homens) que seus corpos são inadequados, pouco atraentes e precisam se engajar em um processo de auto vigilância e disciplina do corpo para que sejam consideradas pessoas dignas.⁶⁴ (p.156, tradução nossa).

O corpo e seus significados ainda estão muito ligados à disposição biológica, sobretudo o corpo da mulher. Não à toa o papel social mais incentivado e valorizado para a mulher seja o da maternidade – embora isso não ocorra com a mulher que entra no mundo do trabalho. Nesse caso, inclusive ocorre o contrário, as mulheres são desestimuladas a seguirem suas carreiras profissionais e, da mesma forma, desencorajadas a exercerem a maternidade – o que também reflete a desigualdade de gêneros. Nesse sentido, trabalho das feministas contribui para que o corpo seja visto como social, impregnado pela cultura e seus símbolos. Assim, pode haver a compreensão de que as mulheres gordas se conduzem na vida e cuidam de seus corpos em relação e de acordo aos seus contextos socioculturais. Em tais contextos, tanto as desigualdades sociais e econômicas quanto as desigualdades de gênero têm impacto fundamental nos processos de engordar e emagrecer da mulher.

Há vários outros trabalhos importantes, de outras pesquisadoras feministas que estudam o corpo gordo na mulher, como o de Susan Bordo (2004): “Unbearable Weight - Feminism, Western Culture, and the Body.” Tenth Anniversary Edition-University of California Press e o de Samantha Murray (2003): “(Um)becoming fat: pathologizing the fat female body” – paper presented to seventh Australasian Menopause Society Congress (Hobart – Tasmania). Estes dois foram abordados por Gard e Wright (2005). O de Susan Bordo (2004) e Gard e Wright (2005) foram abordados também por Lupton (2013), que por sua vez, também abordou outros trabalhos de Samantha Murray. Dessa forma, esta discussão sobre gênero e corpo gordo da mulher pode ser tema para uma pesquisa específica, dada a profundidade e importância dessa articulação.

⁶⁴ No original: “Such work reminds of the dangers of messages and other social practices that tell women (and increasingly men) that their bodies are inadequate, unattractive and they need to engage in a process of self-surveillance and body disciplining if they are to be regarded as worthy people.”

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta dissertação fazemos uma análise qualitativa das contribuições mais recentes da literatura socioantropológica acerca da medicalização do corpo gordo. Num primeiro momento, consideramos a possibilidade de ter como campo de pesquisa uma etnografia, a fim de investigar a experiência de medicalização, tanto por parte dos indivíduos gordos, quanto por parte dos médicos e outros profissionais de saúde. Contudo, avaliamos que poderia ser mais interessante ter como campo no mestrado uma pesquisa bibliográfica, supondo que investigar o que já foi publicado em torno dessa temática, em primeiro lugar, favoreceria uma posterior etnografia, sobretudo no sentido de chegar a novas questões a serem pesquisadas. Além disso, o tempo que dispomos no mestrado não permitiria uma etnografia sobre uma temática tão complexa e controversa como esta.

Em nossa pesquisa utilizamos como metodologia buscas bibliográficas no portal de periódicos CAPES e no Science Direct, a partir de descritores previamente definidos. Estas escolhas se devem ao fato de que o portal da CAPES abrange uma gama enorme de bases de dados, incluindo as mais importantes bases em ciências sociais e saúde, como a BVS (BRIEME), a LILACS, Scielo, SCOPUS (Elsevier), entre outras. Já em relação ao Science Direct, mesmo sendo uma plataforma da Elsevier, a qual poderíamos ter acesso via portal CAPES, pesquisar diretamente no site é mais vantajoso, tendo em vista que é possível obter mais resultados e artigos disponíveis na íntegra, não só os resumos.

Crítérios de busca no portal da CAPES: para descritores equivalentes ou relacionados ao corpo gordo, usamos “OR” entre eles; em articulação, usamos “and” com descritores relativos à medicalização. Nesta busca, elegemos especificamente “antropologia da saúde” como único descritor, além de medicalização, em que poderíamos obter artigos em articulação ao corpo gordo ou obesidade ou sobrepeso.

Descritores e estratégia de busca:

Portal CAPES: (obesidade OR sobrepeso OR "corpo gordo" OR "gordura corporal") AND ("antropologia da saúde" OR medicalização).

Crítérios de busca no Science Direct: usamos os mesmos equivalentes ao corpo gordo, mas em articulação com antropologia e medicalização separadamente, para resultados mais específicos. Em um primeiro momento, repetimos a estratégia de busca usada no Portal

CAPES, porém, os resultados foram muito abrangentes, isto é, havia muitos temas mais relacionados a questões médicas do que à antropologia. Dessa forma, decidimos testar somente com antropologia e medicalização, também em articulação (usando “and”), na tentativa de ampliar a quantidade de artigos específicos ao nosso tema. Deu certo, encontramos artigos que abordam exatamente as discussões que buscávamos.

Descritores e estratégia de busca:

Science Direct: **(obesity or "overweight" or "fat body") and (anthropology) and (medicalization).**

Filtros: artigos em inglês, português e espanhol; de 1997 à 2017; artigos revisados pelos pares. O critério de escolha das línguas foi a nossa compreensão. E o critério de escolha do período foi a implementação do IMC como critério diagnóstico para sobrepeso e obesidade pela OMS em 1997. Nossa hipótese é que tenha havido aumento nos casos de sobrepeso e obesidade, tendo em vista que essa nova ferramenta para classificação, a princípio utilizada nas pesquisas epidemiológicas, também passou a ser muito usada na clínica da obesidade.

Resultados:

CAPES: 62 artigos, resenhas, uma tese e livros (em inglês, espanhol e português), dentro da nossa busca, de 1997 à 2017. Porém, havia 4 trabalhos repetidos. Assim, nessa primeira triagem, enumeramos os 58 trabalhos. Cortamos os trabalhos que consideramos não ter relação com os temas da busca, especificamente, ou com a abordagem socioantropológica. Após avaliação dos resumos, selecionamos os artigos que consideramos estar mais relacionados à nossa temática. Entre estes 58 trabalhos, excluímos duas resenhas de livros, um guia alimentar, uma tese – visto que o critério que estabelecemos para a seleção foi o de artigos publicados – além de vários artigos estritamente médicos, artigos de psicologia, de psicanálise, artigos com corte de gênero masculino, artigos estritamente de nutrição ou sobre corpo, mas sem abordar medicalização. Alguns artigos abordavam temáticas próximas, porém não se referiam à articulação entre medicalização e corpo gordo. Por exemplo, havia artigos abordando obesidade, mas a partir de perspectiva médica ou psicológica, em que obesidade é sinônimo de corpo gordo, não sendo considerada e discutida como fenômeno socioantropológico. Outros sobre medicalização e medicamentos, mas não relacionando a corpo gordo. Havia também artigos sobre saúde coletiva e políticas públicas, mas, da mesma

forma que os anteriores, não relacionados à obesidade e sobrepeso (medicalização do corpo gordo). Observamos que os trabalhos datavam de 2003 à 2019, ou seja, somente 11 anos após a implementação do IMC, como critério diagnóstico para excesso de gordura corporal, houve publicações relacionadas aos descritores e estratégias de busca que utilizamos. O único trabalho datado antes dos anos 2000 foi o “Amamentação: um híbrido natureza-cultura.” Almeida, João Aprigio G. (1999), que não está relacionado ao nosso tema.

Ao final, selecionamos nove artigos para nossas análises e discussões. Observamos que todos estes selecionados foram publicados nos últimos dez anos. Os trabalhos não selecionados estão listados no Anexo B, bem como nossas justificativas para a não seleção.

Os artigos que selecionamos são:

- 1- “Relações entre alimentação, obesidade, perda de peso e consumo em revistas femininas.” Prado, Shirley D. Et al. Food, Nutrition & Health, 15 de dezembro 2016, v.11, n.1, pp.1225-19.
- 2- “O peso do patológico: biopolítica e vida nua.” Seixas, Cristiane M.; Birman, Joel. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 01 de março de 2012, v.19, n.1, pp.13-26.
- 3- “Comunicação, medicina e evolucionismo: estudo de caso dos media brasileiros.” Carvalho, Mônica. Observatorio (OBS), 2008, v.2, pp.311-329.
- 4- “Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento.” Araújo, Kenya L. de; Pena, Paulo G. L.; Freitas, Maria do Carmo S. de. Ciência & Saúde Coletiva, 2015, v.20, n.9, pp.2787-10.
- 5- “Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos - um estudo exploratório.” Cori, Giuliana da C.; Petty, Maria Luiza B.; Alvarenga, Marle dos Santos. Ciência & Saúde Coletiva, 2015, v.20, n.2, pp.565-12.
- 6- “A racionalidade nutricional e sua influencia na medicalização da comida no Brasil.” Viana, Marcia R. et al. Ciência & Saúde Coletiva, 2017, v.22, n.2, pp.447-10.
- 7- “Promoção da saúde da mulher brasileira e a alimentação saudável: vozes e discursos evidenciados pela Folha de SP (São Paulo).” Oliveira-Costa, Mariella S. de et al. Ciência & Saúde Coletiva, 2016, v.21, n.6, pp.1957-8.
- 8- “Nutrição estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional.” Zanini Witt, Juliana da S. G.; Schnider, Aline P. Ciência & Saude Coletiva, setembro de 2011, v.16, n.9, pp.3909-8.

- 9- “Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições socioantropológicas para a pesquisa em nutrição.” Fonseca, Alexandre B. et al. *Ciência & Saúde Coletiva*, setembro de 2011, v.16, n.9, p.3853-10.

Science Direct: 17 resultados (em inglês e espanhol) de 1997 a 2019. Em nossa primeira triagem, descartamos dois artigos repetidos, três resumos de conferências sem acesso, seis artigos estritamente médicos, sendo um com corte específico de crianças hispânicas migrantes nos EUA. Selecionamos os cinco restantes, pois os temas eram condizentes com nossas buscas. Observamos que todos estes selecionados, da mesma forma que os do portal CAPES, foram publicados nos últimos dez anos.

Os artigos que selecionamos são:

- 1- “Obesity: Cultural and Biological Factors.” Brewis, Alexandra A. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)*, 2015, Pages 82-87.
- 2- “Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity.” Gracia-Arnaiz, Mabel. *Appetite*, Volume 55, Issue 2, October 2010, Pages 219-225.
- 3- “How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study.” Lewis, S. et al. *Social Science & Medicine*, Volume 73, Issue 9, November 2011, Pages 1349-1356.
- 4- ““Norwegians fear fatness more than anything else” – a qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health.” Malterud, Kirsti; Ulriksen, Kjersti. *Patient Education and Counseling*, Volume 81, Issue 1, October 2010, Pages 47-52.
- 5- “Eating, drinking and being depressed: the social, cultural and psychological context of alcohol consumption and nutrition in a Brazilian community.” Dressler, William W. et al. *Social Science & Medicine*, Volume 59, Issue 4, August 2004, Pages 709-720.

Tabelas

Tabela 1 – Artigos Portal CAPES

TÍTULO	AUTORES	ESTUDO (CAMPO)	CATEGORIAS ANALÍTICAS
(1º) Relações entre alimentação, obesidade, perda de peso e consumo em revistas femininas.	Prado, Shirley Donizete; Vargas, Eliane Portes; Carvalho, Maria Claudia Da Veiga Soares; Ferreira, Francisco Romão; Seixas, Cristiane Marques e Kraemer, Fabiana Bom (2016).	Análise de discurso a partir de material empírico coletado em duas mídias impressas, as revistas VIVA! Mais e Sou mais eu! em 2014	O conceito de <i>Hipermodernidade</i> , de Lipovetsky; <i>Medicalização</i> , Conrad; <i>Farmacologização da comida</i> , <i>farmacologização da sociedade</i> , Williams et. al. (2011); <i>Estigma</i> – uso do termo sem citar Goffman.
(2º) O peso do patológico: biopolítica e vida nua.	Seixas, Cristiane Marques e Birman, Joel (2012).	Ensaio acerca da construção histórica da obesidade como doença	<i>Normatividade Vital</i> , <i>Normal e Patológico</i> ; Canguilhem. <i>Biopoder; Poder disciplinar; Biopolítica e Medicalização</i> – Foucault. <i>Homo sacer; Vida nua; Vida qualificada</i> – Agamben.
(3º) Comunicação, Medicina e Evolucionismo	Carvalho, Mônica (2008).	Análise de discurso a partir de material empírico - analisa o nexos obesidade-pobreza no jornal “Folha de São Paulo”	<i>Darwinismo social</i> – categoria criticada pela autora e utilizada pelo “médico-jornalista”.

		(FSP). Analisou 65 peças Noticiosas de 1996 a 2005, nove delas eram colunas de Dráuzio Varella. Em outras duas reportagens ele é citado como fonte.	<i>Intelectuais-jornalistas</i> em Bourdieu – utilizado pela autora (que cita Bourdieu). <i>Medicalização</i> – conceito utilizado sem citar autores.
(4º) Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento	Araújo, Kênya Lima de; Pena, Paulo Gilvane Lopes e Freitas, Maria do Carmo Soares de (2015).	Análise de discurso a partir de entrevistas semiestruturadas com oito narrativas sobre a experiência de ser nutricionista obesa.	<i>Pânico Moral</i> , Stanley Cohen. <i>Medicalização</i> – não citam autores desse conceito.
(5º) Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório	Cori, Giuliana da Costa; Petty, Maria Luiza Blanques e Alvarenga, Marle dos Santos (2015).	“Estudo transversal descritivo” “A pesquisa online: <i>Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos</i> foi hospedada no site seguro surveymonkey.com e divulgada via e-mail para o mailing de Nutrição Clínica e Saúde Coletiva (N = 3.000).”	
(6º) A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil	Viana, Marcia Regina; Neves, Alden Santos; Camargo Junior, Kenneth Rochel; Prado, Shirley Donizete e Mendonça, André Luis	“Ensaio baseado em reflexão teórico conceitual acerca do conceito racionalidade nutricional e sua relação com a medicalização da comida.”	<i>Medicalização</i> - Conrad. <i>Racionalidade Nutricional;</i> <i>Racionalidade Alimentar</i> – Bosi. <i>Risco em Saúde</i> - Rosa <i>Nutricionismo</i> – não citam o autor Gyorgy

	Oliveira (2017).		Scrinis. <i>Tirania da Saúde</i> - Camargo Jr. <i>Gastro-anomia</i> - Fischler. <i>Enhancement</i> - Conrad. <i>Ontonormas</i> - Moll
(7º) Promoção da saúde da mulher brasileira e a alimentação saudável: vozes e discursos evidenciados pela Folha de SP	Oliveira-Costa, Mariella Silva de; Amorim, Anne Caroline Coelho L. Á.; Cadaxa, Aede Gomes e Mendonça, Ana Valéria Machado (2016).	“Análise do discurso jornalístico do impresso Folha de São Paulo.”	<i>Medicalização</i> - Conrad.
(8º) Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional	Witt, Juliana da Silveira Gonçalves Zanini e Schneider, Aline Petter (2011).	Revisão Bibliográfica. Bancos de dados: SCIELO, LILACS e MEDLINE.” Idiomas: português, inglês e espanhol e os seguintes descritores: beleza, corpo, estética, aconselhamento nutricional, nutrição estética e alimentação saudável.	<i>Sociedade de Consumo</i> – usam a expressão, mas não como o conceito de Baudrillard
(9º) Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições socioantropológicas para a pesquisa em nutrição	Fonseca, Alexandre Brasil; Souza, Thaís Salema Nogueira de; Frozi, Daniela Sanches e Pereira, Rosangela Alves (2011).	Ensaio a partir de revisão de literatura	<i>Socioantropologia da alimentação</i> – não cita o autor. <i>Modernidade Alimentar</i> – não menciona autor. <i>Polifonia dietética e Cacofonia alimentar;</i> <i>Sociedades gastro-</i>

			<i>nomicas; Gastro-anômicas e Sincretismo Culinário Generalizado</i> - Fischler.
--	--	--	---

Tabela 2 – Artigos Science Direct

TÍTULO	AUTORES	ESTUDO (CAMPO)	CATEGORIAS ANALÍTICAS
(1º) “Obesity: Cultural and Biological Factors.”	Brewis, Alexandra A. (2015).	Ensaio	Ambientes ecológicos ‘Obesogênicos’ (<i>‘obesogenic’</i>) e ‘Leptogênicos’ (<i>‘leptogenic’</i>) - Egger e Swinburn. Medicalização – usam o termo mas não como conceito, não citam autor. Estigma – não citam autor. (SES) – Status Sócioeconômico – aborda este termo como conceito, mas não menciona o autor.
(2º) “Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity.”	Gracia-Arnaiz, Mabel (2010).	Ensaio	Civilizar o apetite – Mannel. Medicalização dos alimentos – não menciona autor. Lipofobia – Fischler. Normatização (do consumo alimentar e do peso corporal) – não cita autor. Classe social – Bourdieu. Sociedade Obesogênica – Garcia.
(3º) “How do obese individuals perceive and	Lewis, Sophie; Thomas, Samantha L.; Warwick Blood; Castle, David J.;	Estudo de campo através de entrevistas semiestruturadas com 141 australianos obesos.	Estigma – Goffman.

<p>respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study.”</p>	<p>Hide, Jim; Komezaroff, Paula A. (2011).</p>		
<p>(4º) ““Norwegians fear fatness more than anything else” – a qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health.”</p>	<p>Malterud e Ulriksen (2010)</p>	<p>Estudo a partir de dados coletados de cinco jornais noruegueses. A mídia, então, foi o campo da pesquisa.</p>	
<p>(5º) “Eating, drinking and being depressed: the social, cultural and psychological context of alcohol consumption and nutrition in a Brazilian community.”</p>	<p>Dressler, Willian W.; Ribeiro, Rosane Pilot; Balieiro, Mauro Campo; Oths, Kathryn S.; Santos, José Ernesto (2004).</p>	<p>Estudo de campo através de coleta e dados de quatro bairros de diferentes status saocioeconômicos de Ribeirão Preto (SP), aqui no Brasil.</p>	<p>Consonância cultural – Dressler. (SES) – Status Sócioeconômico – abordam este termo como conceito, mas não mencionam o autor.</p>

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ARTIGOS RESULTANTES DA REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Obesidade e sobrepeso como questões de gênero nos artigos

O principal e mais recorrente tema, para além dos descritores, abordado nestes trabalhos que resultaram das nossas pesquisas, é a questão do corpo gordo da mulher e sua medicalização. Dos quatorze artigos publicados, apenas três não abordam esse assunto. Desses onze que abordam, em dois aparece indiretamente e os nove restantes discutem especificamente a temática. Todas as abordagens se referem à mulher como o gênero mais cobrado socialmente a se adequar ao imperativo da magreza, sobretudo nas culturas ocidentais contemporâneas. m

O primeiro dos dois artigos em que a questão do corpo gordo relacionado ao gênero feminino aparece na pesquisa, mesmo não sendo discutida diretamente, é o “Relações entre alimentação, obesidade, perda de peso e consumo em revistas femininas” (Prado et al., 2016). Este estudo mostra que pelo menos duas revistas que se dizem voltadas para o público feminino escrevem sobre obesidade e sobrepeso. Com isso, associam estes temas a mulheres e tentam criar demandas de consumo. Neste trabalho, em ambas as mídias pesquisadas, as revistas “VIVA! Mais” e “Sou mais eu!”, ao mesmo tempo em que havia seções de estímulo aos cuidados com a estética do corpo, havia também seções de incentivo aos cuidados com a saúde, a se desempenhar melhor sexualmente, incentivo a adquirir novas habilidades para ganhar dinheiro e ter independência financeira, a conhecer seus direitos e até mesmo a cuidar da espiritualidade. Dessa forma, o emagrecimento, que era o foco principal dessas revistas, ficava associado a tudo de bom que uma mulher poderia fazer por si própria para ser feliz, ter autonomia, ter sucesso e, sobretudo, condicionado ao consumo.

O segundo artigo em que observamos implícita a questão do gênero, mais uma vez referindo-se à mulher, é o “Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento” (Araújo et al., 2015). O foco desta pesquisa foi a experiência de ser nutricionista obesa, tendo em vista o paradoxo entre as premissas da profissão e tal condição física. Nesse sentido, a discussão girou em torno do *estigma* da obesidade em nutricionistas, tendo como principal questão a desqualificação profissional por expressar no corpo gordo um descontrole com seu próprio peso. Embora um dos critérios de escolha dos sujeitos de pesquisa tenha sido “ser do sexo feminino”, isso não foi problematizado, ou seja, não foram discutidas as implicações acerca do fato de serem

mulheres. A partir dos relatos das nutricionistas abordados no texto, observamos que em seu percurso de busca pelo emagrecimento também havia auto *estigma*. Isso apareceu em algumas falas, como a que diz: “Eu não me sinto bem para estar em qualquer lugar (chora). Por causa do meu corpo. [...] É uma coisa que afeta minha autoestima. (Carol, 39 anos).” (p.2792). Contudo, o *estigma* social – que, inclusive, é o que parece desencadear o *autoestigma* – é muito mais forte. Essa mesma entrevistada disse que “[...] quem lhe diz estar obesa é o olhar do outro – que constrange e culpa - e não apenas seu IMC. O sinal da obesidade se dá pela aparência de um corpo que não tem lugar na sociedade [...]” (p. 2794). Dessa forma, consideramos que também pode ser interessante um estudo acerca da experiência de nutricionistas obesos homens. A principal questão que nos ocorre é se a escolha dos pesquisadores por nutricionistas mulheres – a qual não justificam – já não aponta para uma associação entre obesidade e gênero (mulher) como implicitamente inaceitável no imaginário social. Ao mesmo tempo, tomar conhecimento sobre o fato de que a maior parte dos nutricionistas não seja composta por mulheres é um dado imprescindível. Uma mulher gorda é vista com significativo preconceito e discriminada em diferentes âmbitos da sociedade. Há autores⁶⁵ que defendem uma perspectiva feminista de que obesidade – isto é, medicalização do corpo gordo – é uma questão de gênero no contexto das sociedades ocidentais contemporâneas.

O primeiro artigo que fala especificamente sobre gordura e mulher é o “Promoção da saúde da mulher brasileira e a alimentação saudável: vozes e discursos evidenciados pela Folha de SP” (Oliveira-Costa et al., 2015). Nesta pesquisa, os sete textos selecionados de acordo com o tema, associam saúde da mulher e alimentação saudável a emagrecimento e à obesidade. Havia depoimentos de mulheres que se tornaram “histórias de sucesso”, não só pelo emagrecimento, mas também pelo movimento de lucrar com as dietas. Segundo uma crítica das autoras, o jornal veicula essas histórias e dietas sem nenhum contraponto, desconsiderando o risco das dietas sem embasamento científico. Neste cenário, observamos que, tanto as dietas quanto as histórias de sucesso, se tornaram produtos comercializados pelo jornal e, dessa forma, reforçando esse lugar das mulheres na sociedade patriarcal, cujos corpos seguem objetificados. Além disso, as autoras apontam que o discurso desses artigos da Folha de São Paulo, ao associarem informações científicas sobre alimentação e tecnologia médica a exemplos de beleza, saúde e estilo de vida, constroem ideais e estereótipos de saúde

⁶⁵ Susie Orbach (1978), Deborah Lupton (2012), Michael Gard e Jan Wright (2005) – entre outros.

feminina, muitas vezes inatingíveis e nem sempre almejados por todas as mulheres. Com isso, surge para nós a questão: a quem serviriam esses ideais? Seriam só interesses de mercado?

As autoras concluem que as informações que circulam na imprensa sobre saúde da mulher e alimentação impactam os sentidos atribuídos à saúde e à qualidade de vida feminina, bem como sua relação com alimentação e o controle do peso. A nosso ver, esta conclusão mostra o quanto os sentidos atribuídos aos corpos e à vida das mulheres como um todo são construídos socialmente. A mídia, por sua vez, tem um papel fundamental na veiculação do material dessa construção.

Em “Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional” (Witt e Schneider, 2009), embora as autoras considerem que “saúde” e “boa forma” sejam preocupações de todos os segmentos da sociedade - incluindo os diferentes gêneros, faixas etárias e classes sociais – destacam que são principalmente preocupações do público feminino. Nesse sentido, falam sobre o corpo magro e torneado, “perfeito”, como ideal de boa forma, que por sua vez, é estimulado pelos meios de comunicação. Segundo Witt e Schneider (2009), a mídia constantemente veicula essa imagem idealizada do corpo associando à beleza, saúde e sucesso, principalmente. Com isso, observam, as mulheres acreditam que sendo magras poderão alcançar todos os seus objetivos. As pesquisadoras, numa perspectiva crítica, atribuem a imposição desse padrão de beleza à sociedade de consumo atual, que desconsidera a diversidade dos corpos e as desigualdades sociais.

Observamos alguns pontos de semelhança com o artigo anterior, como por exemplo, a questão da imagem idealizada do corpo da mulher sendo fomentada pela mídia que, ao mesmo tempo, estimula o consumo de produtos, alimentos e tecnologias em procedimentos estéticos também veiculados em seus meios de comunicação.

O trabalho seguinte, “Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições socioantropológicas para a pesquisa em nutrição” (Fonseca et al., 2009), relaciona os novos hábitos de alimentação – da modernidade alimentar, de acordo com Fischler – à mulher contemporânea. A mulher veio progressivamente conquistando espaço no âmbito profissional – o que Fischler chama de processo de “feminização do mundo do trabalho” – e, com isso, tendo que administrar seu tempo entre a profissão e a família. Consequentemente, a mulher precisou repensar sua identidade e seu papel na sociedade. Contudo, os pesquisadores observam que, apesar conquistas alcançadas pelo movimento feminista, no que se refere à equidade entre os gêneros, a mudança na divisão das tarefas domésticas parece ter alterado pouco a vida cotidiana da mulher. Os autores associam essa questão à influência da mídia, que veicula o estereótipo da “super-mulher”, que dá conta do trabalho e das coisas da casa. Neste

ponto, observamos que há semelhança com os dois artigos anteriores. Mais um trabalho em que aparece a mídia implicada na produção de subjetividade da mulher e de seus papéis na sociedade - sobretudo por tentar vender uma imagem idealizada do modo de vida da “mulher moderna.” A diferença é que neste artigo não se aborda especificamente o ideal de corpo magro.

Mais uma pesquisa envolvendo nutricionistas e obesidade, “Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório” (Cori et al., 2015) aborda a visão que os nutricionistas têm acerca da obesidade e como é sua relação com os obesos. Interessante notar que a maioria dos profissionais que respondeu à pesquisa, isto é, 97,1%, eram mulheres e magras. Embora saibamos que grande parte dos nutricionistas seja composta por mulheres, ainda assim é uma quantidade considerável, quase 100% - o que pode ser questão para outra pesquisa. Com isso, podemos observar, tanto na escolha da profissão quanto no fato de terem aceitado participar da pesquisa, uma identificação com o tema da alimentação e do emagrecimento – tendo em vista que eram magras e que suas respostas expressaram visões negativas acerca dos obesos e da obesidade, como veremos a seguir. Pensamos que tal identificação reflete questões de gênero, ou seja, parte também da construção social da feminilidade, muito atrelada ainda aos cuidados com a alimentação da família – a despeito da inserção da mulher no mercado de trabalho, como discutimos em relação ao artigo anterior.

As respostas a crenças sobre obesidade e indivíduos obesos, segundo análise dos autores, apontaram para culpabilização individual e expressaram os estereótipos preconceituosos atribuídos aos obesos. Além disso, vale ressaltar, a maioria dos que responderam à pesquisa considera que os profissionais da saúde deveriam se manter no peso adequado, para serem exemplos. Podemos pensar que essas respostas seriam mais uma expressão de preconceito contra a mulher obesa – já que a maioria dos nutricionistas é mulher.

O artigo “Obesity: Cultural and Biological Factors”⁶⁶ (Brewis, 2015) destaca que na maioria das amostras americanas, no caso de gênero, predominou a obesidade feminina – o que “é pelo menos parcialmente explicado por construções sociais de gênero que moldam diariamente padrões de exercício.”⁶⁷ (p.83, tradução nossa). Ao falar sobre os significados culturais dos corpos gordos, a autora fala das diferenças em diversas culturas e épocas, além

⁶⁶ Em português: Obesidade: Fatores Culturais e Biológicos. (tradução nossa).

⁶⁷ No original: “[...] is at least partially explained by social constructions of gender that shape daily exercise patterns.”

de divergentes perspectivas entre autores. Destacamos dois exemplos de divergência mencionados por Brewis (2015): a etnografia de Brown e Konner (1987), que sugere que a maioria das sociedades humanas prefere tradicionalmente os corpos gordos das mulheres e uma análise de Susan Bordo (1993), que discute a importância do corpo de uma mulher magra como expressão cultural do domínio sobre seus desejos. Consideramos interessante observar que, dos vários outros autores citados por Brewis (2015), apenas um deles fala sobre uma visão positiva acerca da obesidade em mulheres – o pesquisador Popenoe (2004), cujo estudo realizado com árabes de Azawagh, em Níger, demonstra como as mulheres usavam corpos gordos para atingir seus objetivos sociais e econômicos, como através de um casamento melhor. Os outros autores - (Caputi, 1983; Moreno e Thelen, 1993) – associam magreza à “autodisciplina e controle, mas também à saúde, beleza, inteligência, juventude, riqueza, atratividade, graça e bondade.” (p.84). Enquanto o corpo gordo, ao contrário, é associado à feiura, falta de sexo, a ser indesejável, além de falhas morais como falta de autocontrole, irresponsabilidade social, inaptidão e preguiça. Brewis (2015) ressalta que para as mulheres a característica do corpo gordo predomina em relação a outras que compõe sua formação identitária, tendo em vista todos esses significados culturais. Observamos que todos os trabalhos críticos a obesos e ao excesso de gordura corporal, favoráveis ao corpo magro, mencionados pela autora, são de origem americana, ou seja, fazem parte da cultura ocidental. Além disso, são atuais, pois foram produzidos nas últimas três décadas. Este artigo, então, assim como os anteriores, fala do ideal do corpo magro como sendo algo da cultura ocidental contemporânea.

O próximo estudo estrangeiro é intitulado “Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on Obesity”⁶⁸ (Gracia-Arnaiz, 2010). Neste trabalho, a autora aborda a questão do gênero a partir do ideal do corpo magro que foi se estabelecendo na sociedade ao longo do século XX – concomitante ao fenômeno da lipofobia, período em que a biomedicina começou a considerar corpulência como patológica. Segundo Gracia-Arnaiz, as recomendações para atingir e manter esse ideal de corpo tiveram “maior impacto nas mulheres do que nos homens nos países na vanguarda da chamada “idade do progresso””⁶⁹ (Brumberg, 1988 apud Gracia-Arnaiz, 2010, p.221, tradução nossa). O corpo magro significava, entre outras qualidades positivas, saúde, autodisciplina, e distinção social.

⁶⁸ Em português: Corpos gordos e corpos magros. Discursos culturais, biomédicos e de mercado sobre obesidade. (tradução nossa).

⁶⁹ No original: “[...] greater impact on women than on men in the countries at the forefront of the so-called “age of progress.””

A autora aponta que havia controle social do corpo e da imagem da mulher, que envolvia fatores culturais, econômicos e políticos. Nesse sentido, também pontua Gracia-Arnaiz (2010), a relação entre dieta, beleza e saúde passou a ser usada como estratégia de marketing – tanto para incentivar o emagrecimento quanto para alertar para o risco de desenvolver algum transtorno alimentar, como anorexia e bulimia. Com isso, observamos mais um estudo em que se discute a veiculação da imagem da mulher na tentativa de controle de sua estética e de sua saúde. Há interesses das indústrias (moda, farmacêutica e alimentícia, principalmente) e da biomedicina, com relação aos lucros do controle estético das mulheres, mas a serviço de uma sociedade patriarcal e elitista. Uma mulher deve ser magra, sobretudo, andar bem arrumada e ser “saudável” para ser desejada pelos homens – é quase um imperativo do “ser mulher” que as mulheres sejam desejadas por homens. Além de signos de feminilidade, estes são signos de distinção de classe social. As mulheres que aparentam pertencer a classes sociais mais altas são mais valorizadas e as mais magras estão associadas a classes mais abastadas. Todo este autocuidado está muito atrelado ao papel social da mulher de constituir uma família e gerar filhos. Embora muito já se tenha caminhado com relação a conquistas de outros espaços e papéis sociais, como a inserção no mundo do trabalho (fora de casa e remunerado), este papel de esposa e mãe ainda é muito estimulado e valorizado. Por outro lado, as mulheres que trabalham, muitas vezes, são desestimuladas de exercerem a maternidade – em grande parte por causa da licença, que pode durar de quatro a seis meses.

O artigo seguinte, “How do obese individuals perceive and respond to the different types of Obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study”⁷⁰ (Lewis, S. et al., 2011) aborda a experiência cotidiana de diferentes tipos de *estigma* sofridos por adultos obesos, a maioria composta por mulheres. Os autores concluem que o *estigma* da obesidade, embora seja generalizado, se manifesta sistematicamente por suas relações com os diferentes discursos sociais. Estes discursos, por sua vez, passam por ideais de beleza, sexualidade, maternidade, confiabilidade, até responsabilidade e valor social. O corpo gordo, desse modo, não é condizente com tais discursos e ideais, sobretudo o corpo da mulher gorda. Os autores trazem alguns relatos de experiências de *estigma* e um bom exemplo é o que muitas mulheres experimentam ao entrar numa loja para comprar roupas. Além de abordagens inadequadas, vindas, inclusive, de vendedoras mulheres, há também a falta de variedade de roupas com número maior. Vale a pena ressaltar que, dos 141 participantes do estudo, 105 eram mulheres. Dessa forma, observamos que os dados, relatos e análises desta pesquisa

⁷⁰ Em português: Como os indivíduos obesos percebem e respondem aos diferentes tipos de *estigma* de obesidade que encontram em suas vidas diárias? Um estudo qualitativo. (tradução nossa).

mostram que a não aceitação social de mulheres gordas é maior do que a não aceitação dos homens – o que não significa que sejam aceitos e que também não sofram *estigmas*.

O artigo intitulado ““Norwegians fear fatness more than anything else”⁷¹ – A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health” (Malterud e Ulriksen, 2009), mostra, acerca da experiência dos noruegueses, que há dois domínios normativos principais do discurso da obesidade: o estético, como sendo um corpo não atrativo e a saúde, referindo-se à falta de controle da pessoa obesa, vinculando à gula, irresponsabilidade e a outros problemas de saúde. A magreza, ao contrário, é associada à beleza e, até mesmo, felicidade. A partir do material de análise, os pesquisadores relatam que meninas adolescentes demonstraram vulnerabilidade diante de grande pressão para se adequar aos padrões estéticos, expressando forte medo de não serem aceitas. Contudo, observam que, embora as mulheres pareçam estar mais expostas a normas de beleza, seus dados indicam que os homens - especialmente os jovens - também não escapam dessa pressão. Alguns deles, inclusive, relataram ter distúrbios alimentares e outros afirmaram fazer uso de fármacos para ficarem musculosos.

Os autores também apontam que a representação de mídia americana acerca da “epidemia de obesidade” tem como foco principal as mulheres, reforçando a obesidade como uma questão de gênero. Nesse sentido, citam Boero (2007), que conclui: “embora todos estejam “em risco” de obesidade, a epidemia é generalizada, pois as mulheres sempre foram os alvos centrais da indústria da perda de peso e são mantidas em um padrão de tamanho corporal mais rígido do que os homens.”⁷² (p.50, tradução nossa). Este é o primeiro artigo em que os autores problematizam a epidemia da obesidade como uma questão de gênero.

O último artigo, intitulado “Eating, drinking and being depressed: the social, cultural and psychological context of alcohol consumption and nutrition in a Brazilian community”⁷³ (Dressler et al., 2004) mostra uma associação entre a composição corporal e SES (Status Socioeconômico), que diferiram entre homens e mulheres. Por outro lado, a pesquisa mostrou que, tanto para homens quanto para mulheres, todos esses índices aumentaram à medida que o SES aumentou, como se observa nos países em desenvolvimento – embora as mulheres nos bairro de classe média alta tendam a ser magras. Segundo os pesquisadores, esse padrão de

⁷¹ Em português: Os noruegueses temem a gordura mais do que qualquer outra coisa. (tradução nossa).

⁷² No original: “[...] though everyone is ‘at risk’ for obesity, the epidemic is gendered in that women have always been the central targets of the weight-loss industry and are held to a more rigid standard of body size than are men.”

⁷³ Em português: Comer, beber e estar deprimido: o contexto social, cultural e psicológico do consumo de álcool e nutrição em uma comunidade brasileira. (tradução nossa).

associação pode ser entendido em termos de uma “confluência de fatores sociais e culturais.” (p.710). Observamos que assim como na pesquisa com noruegueses, do artigo anterior e na revisão de literatura feita pela espanhola Gracia-Arnaiz (2010), as mulheres de classe mais alta são mais magras. As mulheres de classe mais alta dos países em desenvolvimento têm mais possibilidades de acesso aos mesmos recursos, ou a similares, que as europeias de classe alta. Nesse sentido, também têm mais possibilidades de adotar um estilo de vida semelhante. Nesta pesquisa, porém, embora sexo tenha sido uma das variáveis investigadas e embora os autores tenham observado este resultado, isso não foi discutido como questão de gênero.

A partir da leitura e análise que fizemos de cada um dos artigos, observamos que alguns temas eram recorrentes e estavam mais diretamente relacionados, como a oposição corpo gordo e corpo ideal e sua relação como o *estigma* – questão que abordamos no primeiro tópico. Dessa forma, subdividimos os principais temas e seus desdobramentos em quatro tópicos, que representam blocos de articulações. O segundo tópico se refere à medicalização, tanto do corpo gordo quanto da comida, que se articula com a farmacologização e tem como desdobramento a relação com o consumo e com os transtornos alimentares. O terceiro tópico diz respeito ao autocuidado e controle do risco em saúde, que tem relação com prevenção, estilo de vida e controle de si, cujos principais desdobramentos são a responsabilização individual e o julgamento moral. Por fim, no quarto tópico, abordamos as questões do comer, da comida e da alimentação, que envolvem um certo conflito entre racionalidade nutricional, comensalidade e tradição, tendo como principais desdobramentos as tribos alimentares e a distinção de classes sociais. Consideramos importante ressaltar que falamos de desdobramentos não como sinônimo de consequências, mas também como correlações e articulações.

Em cada um destes blocos abordamos e analisamos os temas como aparecem nos artigos e como os autores os abordam. Ao final, trazemos nossas considerações finais acerca destas análises.

3.2 Obesidade, sobrepeso e *estigma*: corpo gordo x corpo ideal

A obesidade e o sobrepeso se referem ao corpo gordo abordado pela biomedicina enquanto doença e epidemia a serem erradicadas. Para tanto, a prescrição é o emagrecimento. Nessa perspectiva biomédica, o corpo gordo é situado como fenômeno biológico e é visto negativamente do ponto de vista social, que está pautado pelo ideal do corpo magro. O indivíduo gordo não está dentro dos padrões biomédicos e nem sociais, o que o leva a ser

estigmatizado nos dois âmbitos, como aparece claramente em três artigos, sendo dois deles pesquisas brasileiras: “Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento” (Araújo et al., 2015), “Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório” (Cori et al., 2015) e “How do obese individuals perceive and respond to the different types of Obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study” (Lewis et al., 2011). O *estigma* social enquanto conceito aparece também em mais três estudos estrangeiros: Brewis (2015), Gracia-Arnaiz (2010) e Malterud e Ulriksen (2009). Discutiremos mais adiante como os artigos abordam a estigmatização do corpo gordo.

O incentivo e a cobrança por emagrecimento não partem somente dos profissionais de saúde que estão na atenção, mas também de toda a sociedade. Não obstante, alguns artigos abordam uma questão que, para alguns autores, desfavorece o cumprimento dessa prescrição, que é o fato da sociedade ser ao mesmo tempo *lipofóbica* e *obesogênica*. “Relações entre alimentação, obesidade, perda de peso e consumo em revistas femininas” (Prado et al., 2016) aborda os dois termos, fala em “tempos simultaneamente *lipofóbicos* e *obesogênicos*”; “Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições socioantropológicas para a pesquisa em nutrição” (Fonseca et al., 2009), fala em *sociedade obesogênica*; “Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento” (Araújo et al., 2015) aborda somente *ambiente obesogênico*; “Obesity: Cultural and Biological Factors” (Brewis, 2015) aborda ambientes sociais ecológicos como sendo *obesogênicos* e outros como *Leptogênicos* (que favorecem o emagrecimento) e “Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on Obesity” (Gracia-Arnaiz, 2010), lipofobia em *contextos obesogênicos*.

Consideramos que tanto uma *sociedade obesogênica* quanto *lipofóbica* pode favorecer o aumento da incidência de indivíduos com excesso de gordura corporal, bem como de obesidade e sobrepeso (medicalização do corpo gordo) – como também discutiremos mais à frente. A biomedicina chama atenção para esse aumento de incidência que, segundo os resultados de pesquisas epidemiológicas, já configura uma epidemia de obesidade. Somente Dressler et al. (2004) não menciona a questão da epidemia da obesidade.

Prado et al. (2016) falam em *tempos obesogênicos* e *lipofóbicos* relacionados à sociedade hipermoderna. A *Hipermodernidade*, conforme Lipovetsky, é permeada pelo que o autor chama de *hiperconsumo*, em que há a proliferação de produtos e serviços que favorecem tanto o aumento dos casos de obesidade quanto o emagrecimento – por conta da lipofobia. São várias dietas, alimentos, complementos nutricionais, procedimentos estéticos, entre outras

ofertas, que surgem a cada semana prometendo emagrecimento “fácil e rápido”. Nesse sentido, observamos que a lipofobia também estimula que os indivíduos queiram se adequar ao padrão do corpo magro. Nesse caso, a aversão ao corpo gordo acaba motivando uma busca constante por emagrecimento. Então, podemos pensar que a lipofobia existe por conta da idealização desse padrão estético instituído.

Já Fonseca et al. (2009), focam na *sociedade obesogênica*. Esta seria resultante de um espaço urbano que oferece poucas possibilidades para um estilo de vida ativo e de um aumento no consumo alimentar. Dessa forma, os autores julgam importante considerar as disparidades sociais em relação ao consumo alimentar e ao gasto energético. Tal relação implicaria na distribuição social da gordura e da obesidade. Além disso, observam que a relação com o tempo também se modificou, marcando um ritmo de vida acelerado e aumentando o consumo de alimentos pré preparados e as refeições fora de casa. Araújo et al. (2015) falam em *ambiente obesogênico* também como consequência do aumento da oferta de alimentos – com o crescimento da indústria alimentícia – e da urbanização das cidades – marcada pela poluição ambiental e automatismos que contribuem para comportamentos sedentários.

Brewis (2015) aborda ambientes sociais partindo de uma perspectiva ecológica, sendo alguns obesogênicos e outros *leptogênicos*. Segundo esta abordagem ecológica, é natural ganhar ou não peso ao viver em certos ambientes. A autora atribui a diferença de ambientes à distribuição desigual de acesso urbano, tanto a áreas de lazer, quanto à alimentação saudável. Essa desigualdade social favorece o risco de obesidade, principalmente para as minorias, se tornando uma questão de “justiça ambiental”, conforme menciona a autora.

Gracia-Arnaiz (2010) traz a questão da lipofobia em contextos obesogênicos, observando como a publicidade e muitas indústrias são responsáveis pelo surgimento deste fenômeno. Existe um mercado que vende produtos para saúde e cuidados com o corpo – a partir de recomendações de profissionais da área médica, em favor da dieta ideal e do peso corporal normativo - emitindo numerosas e contraditórias mensagens próprias. (Gracia & Comelles, 2007 apud Gracia-Arnaiz, 2010). Tal mercado impulsiona profundas mudanças culturais, além de sustentar muitas profissões e empresas. Segundo Gracia-Arnaiz (2010), “essas estratégias de marketing criaram e popularizaram a retórica do bem-estar e são os principais responsáveis pela comercialização do termo “saúde”, um conceito abrangente que inclui [...]:

prazer, beleza, conveniência e bem-estar psicológico.”⁷⁴ (Dazaz Rojo, Morant, & Westall, 2006, p.154 apud Gracia-Arnaiz, 2010, p.224, tradução nossa). Essa realidade pode ser bastante difícil para quem não está dentro da norma de peso. A autora atribui a responsabilidade ao neocapitalismo, que aprofundou mudanças culturais ao transformar o excesso de peso e consumo de alimentos em problemas de saúde e sociais. Além disso, destaca, transformou magreza e gordura em oportunidades de negócios.⁷⁵

A cobrança da sociedade para que as pessoas se mantenham magras, como vimos, aumenta a veiculação de dietas, inclusive as muito restritivas. Somando-se a isso, existe um arsenal de coadjuvantes para auxiliar a perda de peso. Tudo fomentando o culto à magreza, que faz com que as pessoas, sobretudo as mulheres, vivam de dieta – como aborda Gracia-Arnaiz (2010) – e com que as gordas e os gordos sejam estigmatizados. Viver em dieta e ser estigmatizado pode gerar transtornos alimentares, especialmente a compulsão, e acabar dificultando o emagrecimento.

Embora “estar de dieta” tenha se tornado uma condição permanente ao invés de temporária e agora seja um comportamento generalizado para a maioria da população nas sociedades ocidentais pós industriais, foi demonstrado que muitos casos de obesidade se originaram, paradoxalmente, nesse tipo de dieta.⁷⁶ (Garner & Wooley, 1991 apud Gracia-Arnaiz, 2010, p.223, tradução nossa).

A pressão cultural para emagrecer é um elemento fundamental da etiologia dos transtornos alimentares, que interage com fatores biológicos, psicológicos e familiares. (Witt e Schneider, 2009, p. 3914).

Nesse sentido, a nosso ver, a lipofobia pode ser contraproducente para quem deseja emagrecer – embora haja autores que pensem diferente e defendam que o *estigma* ajuda na perda de peso. Lewis et al. (2011)⁷⁷ observa que “[...] mais recentemente houve um debate sobre a possível eficácia do *estigma* em estimular a mudança de comportamento. Alguns

⁷⁴ No original: “These marketing strategies have created and popularized the rhetoric of well-being, and are principally responsible for the commercialization of the term “health”, an umbrella concept that subsumes [...]: pleasure, beauty, convenience and psychological well-being.”

⁷⁵ Questionamos se a sociedade *lipofóbica* pode ser ao mesmo tempo *obesogênica*, na medida em que a aversão ao corpo gordo gera pressão social para o emagrecimento e pode ocasionar compulsão alimentar.

⁷⁶ No original: “Although “being on a diet” has become a permanent rather than temporary condition and is now generalized behavior for most of the population in western postindustrial societies, it has been demonstrated that many cases of obesity originate, paradoxically, in this kind of dieting.”

⁷⁷ Apenas Lewis et al. (2011) abordam a definição de *estigma* enquanto conceito, trazendo o trabalho de Goffman (1963) sobre o tema.

estudos argumentam que o *estigma* da obesidade pode ser realmente positivo, motivando as pessoas a se engajarem na perda de peso.”⁷⁸ (p. 1350).

Acreditamos que as dietas e o *estigma* são consequências da lipofobia. As prescrições médicas para emagrecer por conta da saúde se tornaram cobranças sociais e julgamento moral. A responsabilização individual pelo autocuidado – a qual abordaremos no terceiro tópico – dá margem para que haja julgamentos morais e, com isso, aumenta a pressão social para o emagrecimento.

Araújo et al. (2015) ressaltam importância do conceito de *estigma* para o “diagnóstico social da obesidade”. Para os autores, este diagnóstico social “apresenta uma fronteira entre o corpo proporcional (“normal”) e o que tem gordura - e esse limite é constantemente negociado com as ciências da saúde e a cultura.” (2015, p.2788). Observamos que tal “diagnóstico” tem variado mais de acordo com o culto à magreza do que com os critérios biomédicos, inclusive o IMC. As representações sociais do corpo esbelto tornaram-se mais rigorosas do que as prescritas pelo saber biomédico. Não à toa, tanto rigor desencadeia transtornos alimentares – os quais abordaremos no segundo tópico.

Cori et al. (2015) consideram que o *estigma* da obesidade tem impacto na trajetória social do indivíduo. Além disso, as autoras apontam impacto também na dimensão subjetiva, considerando que “a “baixa auto estima” comum entre os obesos parece ser mais uma consequência da estigmatização do que causa da obesidade” (p.571). Outro aspecto relatado neste trabalho é o fato de que os indivíduos que se sentem estigmatizados estão mais predispostos a desenvolver comportamento alimentar não saudável e são mais resistentes a mudanças de comportamento. Então, para as pesquisadoras, o *estigma* desfavorece o emagrecimento.

Lewis et al. (2011) escrevem especificamente sobre os diferentes tipos de *estigma* relacionados ao peso que um obeso pode experimentar. Destacamos que os autores mostram que a maioria dos estudos sugere que experiências estigmatizantes têm um impacto negativo na saúde, na obesidade, nos comportamentos e relações sociais dos indivíduos; mas também mostram que existem alguns estudos que dizem o contrário com relação à saúde e ao emagrecimento – como já citamos anteriormente. Segundo os autores, alguns formuladores de políticas de saúde e profissionais “promoveram discursos do risco baseados na vergonha como um meio eficaz de motivar indivíduos obesos a perder peso.” (p.1350). Apesar da

⁷⁸ No original: “[...] more recently debate has ensued about the possible effectiveness of stigma in stimulating behaviour change (Bayer, 2008). Some argue that obesity stigma may actually be positive by motivating individuals to engage in weight loss [...]”

crescente popularidade dessa abordagem, relatam que há evidências muito limitadas em mostrar que táticas baseadas em vergonha são eficazes ou éticas para iniciativas em promoção de saúde, cujo objetivo é melhorar a saúde e o bem estar de indivíduos obesos. Ressaltamos também, que nesta pesquisa de Lewis et al. (2011), houve alguns participantes, principalmente homens e pessoas com sobrepeso, que não mencionaram experiências sugestivas de estigma. Este dado corrobora as hipóteses e resultados das pesquisadoras feministas de que a mulher gorda é mais estigmatizada.

Brewis (2015) traz a relação do *estigma* social com julgamentos morais sobre corpos gordos e também faz um paralelo com a medicalização. A autora observa que, se por um lado a medicalização pode se prestar a reduzir o *estigma*, amenizando a responsabilização individual, por outro lado pode promover o *estigma*, rotulando os corpos gordos como doentes. Nesse sentido, diz Gracia-Arnaiz (2010):

À medida que a gordura passou a ser equiparada à doença e foi estigmatizada não apenas como doença evitável, mas também como sinônimo de gula e preguiça, a magreza deixou de ser um sinal de doença e pobreza, e passou a ser um espaço de produção de novos significados. Atributos morais de autocontrole ou autocomplacência e seus correlatos comportamentais foram inferidos da aparência física. Um corpo esguio foi associado a boa saúde, autodisciplina e distinção social.⁷⁹ (p.220, tradução nossa).

Já Malterud e Ulriksen (2009) escrevem sobre “*estigma cultural*”, mas não desenvolvem uma explicação sobre o termo. Somente apontam que variações de valores de disciplina pessoal ainda são muito presentes na cultura norueguesa na contemporaneidade. Os autores avaliam que “a resposta social ao excesso de peso corporal é considerada mais sério ônus para a saúde do que a própria gordura.” (p.49). Além disso, estes também acreditam que o estigma não ajuda a pessoas na adoção de comportamentos mais saudáveis.

Brewis (2015) menciona que cientistas sociais sugeriram que a obesidade atualmente é uma forma de 'pânico moral', em que há um massivo alarme global em torno da obesidade como epidemia. Tal alarme diria mais sobre o significado da obesidade no imaginário social do que a partir de evidências científicas. Dessa forma, podemos pensar que há uma retroalimentação entre o *estigma* e a epidemia da obesidade. O estigma, que é expressão de uma visão tão negativa sobre a obesidade, estimula a sua erradicação e, com isso, reforça a ideia de epidemia. A epidemia da obesidade, validada por ser considerada resultado de estudo

⁷⁹ No original: “As fatness came to be equated with illness and was stigmatized not only as a preventable disease but also as a synonym for gluttony and laziness, thinness ceased to be a sign of ill health and poverty, and became a site for the production of new meanings. Moral attributes of self-control or self-indulgence and their behavioral correlates were inferred from physical appearance. A slim body was associated with good health, self-discipline, and social distinction.”

científico, também pode produzir *estigma* social. Por outro lado, a autora relata a crítica de alguns cientistas sociais à epidemia da obesidade, considerando que esta tem mais relação com as maneiras pelas quais se pensa que a obesidade prejudica a sociedade, do que com evidências científicas. Dessa forma, há autores que argumentam que a epidemia de obesidade é, em grande parte, uma fabricação que atende aos interesses de grupos poderosos, como os que compõe a indústria da dieta, através do uso seletivo de evidências. Nesse sentido, Gracia-Arnaiz (2010) argumenta que “pesquisadores, especialistas e políticos, presos entre a incerteza e a cautela, usam dados estatísticos para transmitir uma perspectiva pessimista.” (p.221). Além disso, afirma que os pesquisadores geralmente combinam indivíduos com sobrepeso e obesos em um único grupo, representando uma porcentagem da população muito maior – embora esses dois grupos sejam sujeitos a diferentes riscos em saúde. Ao mesmo tempo, alguns estudos sugerem que um pequeno grau de excesso de peso é saudável.

Em “Comunicação, Medicina e Evolucionismo: Estudo de Caso dos Media Brasileiros” (2008), Carvalho, M. faz uma crítica ao discurso do médico Dráuzio Varella acerca da obesidade, que parte do ponto de vista evolucionista. Segundo a autora, Varella é “representante de uma concepção darwiniana sobre a saúde, em particular sobre a obesidade enquanto doença ou epidemia de origem ancestral.” (p.323). Carvalho (2008) aponta que, embora não seja a explicação predominante no meio científico, há médicos, assim como Varella, que explicam a epidemia da obesidade e a tendência ao ganho de peso a partir de aspectos genéticos, transmitidos ao longo da evolução da espécie humana. A crítica da autora se refere à característica determinista desta concepção darwiniana, que “nos remete à obesidade como um problema incontornável.” (p.314). Essa perspectiva naturaliza a tendência a engordar, como uma característica fisiológica de muitos indivíduos. Em princípio, tal característica seria inata e, portanto, independente de classe social e da situação econômica dos indivíduos. Porém, para Carvalho (2008), essa tendência fisiológica associada a condições de vida economicamente desfavoráveis e, ao mesmo tempo, a escolhas “saudáveis” (menos calóricas), representa um aumento do risco de engordar, tendo em vista a ação do mecanismo biológico de poupar energia. Somando-se a isso, houve o aumento da oferta de alimentos mais baratos ricos em calorias. Nesse sentido, a autora argumenta que, para os evolucionistas, a pobreza é fator de risco para o ganho de peso, deixando de ser vista como um problema social para ser vista como uma questão de saúde pública. Dessa forma, afirma Carvalho (2008), a concepção evolucionista acaba levando a uma naturalização das questões sociais e, conseqüentemente, da própria exclusão social. Segundo a autora:

Este determinismo social tem sua base no darwinismo social, uma apropriação de Herbert Spencer dos conceitos de evolução e de seleção natural de Darwin aplicados à dinâmica social, no século XIX. Ao explicar a pobreza e a miséria a partir de uma perspectiva biológico-determinista, Spencer naturalizava as desigualdades sociais. (pgs. 314-315).

Além dessa crítica à naturalização das desigualdades sociais e da tendência ao ganho de peso como resultado da dimensão genética, Carvalho (2008) destaca o reducionismo destas concepções, que não considera os aspectos sociais e morais com os quais os indivíduos gordos têm que lidar: “Seja ao falar de obesidade, da gota ou de fertilidade, ele torna os incômodos problemas sociais brasileiros meras excrescências da dimensão biológica da vida humana.” (p.326). Interessante notar a diferença de perspectiva em relação aos autores não evolucionistas, que discutem *sociedade obesogênica*, por exemplo. Estes consideram as implicações do contexto socioeconômico, mas não naturalizando as desigualdades sociais e nem focando nos mecanismos biológicos de genes poupadores – no caso dos indivíduos com menos recursos financeiros. Brewis (2015) discute a relação dos fatores biológicos com o excesso de gordura corporal abordando explicações genéticas e epigenéticas. Embora também não seja evolucionista, a autora considera que há implicação de fatores genéticos. Assim, menciona um estudo cujo resultado mostra hereditariedade nos padrões de distribuição de massa corporal e gordura. Além destes, aborda também fatores epigenéticos, que mostram a interação de fatores genéticos e ambientais entre gerações, criando uma variação no risco de obesidade nas populações. Entretanto, não considera que as causas etiológicas do excesso de gordura corporal se encerrem na biologia. A autora aborda também aspectos ecológicos, culturais, sociais, políticos e econômicos envolvidos, concluindo que a atenção a estes aspectos é imprescindível para que a saúde pública consiga reduzir a incidência de excesso de gordura corporal nas populações. Gracia-Arnaiz (2010), por sua vez, faz uma crítica aos investimentos mobilizados para prevenir a incidência de excesso de gordura corporal, que partem de uma concepção estritamente biológica do fenômeno. Para a autora, esta concepção é reducionista e institui um padrão ideal de práticas alimentares e estilo de vida saudável, segundo o qual a obesidade e suas comorbidades podem ser combatidas com a mudança do comportamento individual. Carvalho (2008) também aponta que na perspectiva evolucionista o indivíduo gordo deve esforçar-se para perder peso, isto é, deve haver um empenho individual maior no sentido da moderação nas escolhas alimentares, tendo em vista o determinismo genético. Discutiremos sobre como os autores abordam a questão do autocuidado e da responsabilização individual no terceiro tóico da nossa análise.

Por fim, Malterud e Ulriksen (2009) abordam a veiculação da epidemia da obesidade pela mídia americana, que tem como foco principal as mulheres – como abordamos na introdução – embora na Noruega, este foco também tenha alcançado homens jovens. Nesse sentido, trazem a crítica de Gard e Wright (2005):

[..] ‘discussões médicas modernas sobre obesidade que não são inteiramente baseadas em evidências recentes, conforme alegadas pela OMS, mas são coloridas pelo nosso preconceito cultural coletivo de que pecaminosidade e irresponsabilidade pessoais são responsáveis pela obesidade’.⁸⁰ (p.51, tradução nossa).

Nas abordagens desse artigo sobre a epidemia, observamos que as críticas colocam em xeque a própria existência da epidemia da obesidade, assim como os outros três artigos que abordam esta questão. Foi comum aparecer a influência de interesses de diferentes atores e a mídia para promover. Interessante observar que apenas Brewis (2015) escreveu sobre o interesse da indústria da dieta. Contudo, não citou especificamente as indústrias alimentícia, farmacêutica e da moda – por exemplo. No próximo ponto da nossa análise, abordamos como aparece essa relação das indústrias e do consumo com a medicalização e a farmacologização do corpo gordo e da comida.

3.3 Medicalização do corpo gordo e da comida: o que está em jogo?

A medicalização do corpo gordo é o tema central do nosso trabalho e, portanto, um dos descritores da pesquisa. Nesse sentido, é também recorrente e abordado na maioria dos artigos. Contudo, como foi possível observar nas apresentações dos textos, os autores também falam sobre medicalização da comida, medicalização da sociedade e da vida, além de dois trabalhos que discutem um viés específico: a farmacologização da comida. Em todas estas discussões havia a implicação de interesses das indústrias de alimentos e farmacêutica, além da biomedicina. Discutiremos como esses interesses aparecem nos artigos, como se articulam, quais os desdobramentos e o que está em jogo quando se trata de medicalização, principalmente da gordura corporal e da comida.

O artigo que mais discute essa temática é “A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil” (Viana et al., 2017). Neste trabalho, os autores falam em medicalização da comida, da alimentação e da sociedade, além da farmacologização da

⁸⁰ No original: “[...] ‘modern medical discussions of obesity are not entirely based on recent evidence as claimed by the WHO but are coloured by our collective cultural prejudice that personal sinfulness and irresponsibility are responsible for obesity’.”

alimentação. Eles atribuem tais fenômenos de medicalização e farmacologização à racionalidade nutricional, que se popularizou trazendo os conhecimentos científicos acerca da funcionalidade bioquímica dos alimentos. Explicam que o foco da racionalidade nutricional está nos nutrientes, que são considerados promotores de saúde e agentes de prevenção de doenças. “Os alimentos funcionais ou nutracêuticos adquiriram, dentro da idealização de sistemas alimentares, equivalência axiológica a drogas medicamentosas, aproximando as ideias de medicalização da alimentação e farmacologização desta.” (2017, p.452). A crítica que os autores fazem é que, com isso, se perde a comensalidade, desconsiderando o ato de comer como um agregador social.

Dentro dessa busca por saúde está o emagrecimento e a performance física, pautados na valorização da “tríade beleza-vigor-juventude” (p.452). Nesse sentido, os autores observam que além dos nutrientes buscados nos alimentos funcionais, as academias também desempenham papel relevante no processo de medicalização da alimentação. Assim, Viana et al. (2017) relatam que várias dietas e suplementos alimentares surgiram e começaram a ser veiculados pela publicidade de alimentos, que está relacionada ao processo de “comoditização da ciência” (p.453). Segundo os autores, tal processo visa, principalmente, desenvolver produtos que vão ao encontro dos interesses desse perfil de consumidores, que busca mais do que saúde, busca aprimoramento, modificações corporais e bem estar. Observamos que esta questão do consumo relacionado à medicalização aparece em vários outros artigos de forma semelhante, como veremos mais à frente.

Viana et al. (2017) ainda destacam a influência das indústrias farmacêuticas e alimentícias em fomentar a medicalização da comida e observam que podem estar levando a alimentação e, por conseguinte, a saúde, à condição de meras mercadorias e não como um direito do indivíduo de sentir-se bem, com disposição para a vida.

Este deveria ser o conceito amplo de saúde a ser defendido porque vai ao encontro do projeto existencial do sujeito, e não o estado de não doença e prevenção de riscos através de produtos da indústria do bem-estar. (2017, p.453).

No artigo “Relações entre alimentação, obesidade, perda de peso e consumo em revistas femininas” (Prado et al., 2016), os autores relatam que as matérias com as narrativas de leitoras eram centrais nas revistas e instrumentos para a venda de produtos e serviços ligados ao autocuidado. Havia sempre especialistas nessas reportagens, dizendo o que deveria ou não ser feito para emagrecer. A questão é que muitos deles eram vinculados a empresas que comercializam os produtos mencionados nas publicações – que por sua vez, eram

recomendados para o emagrecimento. A propaganda dos alimentos evidenciava os nutrientes e, assim, calorias, carboidratos, vitaminas e outros componentes começaram a fazer parte da linguagem destas revistas, de forma naturalizada. Assim como Viana et al. (2017), os autores deste trabalho também falam sobre racionalidade nutricional, mas o enfoque fica na crítica ao fato de tal racionalidade fomentar o consumo de dietas e produtos divulgados nas revistas. Já Viana et al. (2017), focam na questão do predomínio da racionalidade nutricional na relação com a alimentação, em detrimento dos aspectos sociais, da comensalidade.

Este processo mostra a associação entre discurso científico e publicidade mercadológica, que se vale dos achados da biomedicina para comercializar seus produtos. Prado et al. (2016) falam em “hiperconsumo e hipercientificismo” (p.1234), se referindo à essa associação como parte de uma “sociedade orientada pela produção e consumo de massa, sob a égide da sedução, da diversidade e da obsolescência.” (p.1234). Compreendemos que, na abordagem dos autores, os indivíduos consomem buscando se diferenciar e acabam conferindo valor identitário ao “produto”, pelos seus significados na sociedade. Contudo, os “produtos” vão se tornando obsoletos, como é o caso das dietas e da moda e do vestuário, por exemplo; ou seja, em curto espaço de tempo surgem novos “produtos” que se tornam valorizados pela sociedade consumista. Nesse sentido, entendemos que os autores mostram a hipermodernidade de Lipovetsky (1989) como uma cultura do efêmero, em que os produtos que se vende têm valor passageiro. Então, nessa linha de pensamento, as diferentes formas de medicalização do corpo gordo e da comida são também produtos de consumo e com valor momentâneo. Por um lado, consideramos que essa dinâmica pode ser positiva, no sentido de não ser algo estático, inflexível aos avanços da ciência e das discussões socioantropológicas. Por outro lado, pensamos que isso pode favorecer mais ao mercado do que aos indivíduos que queiram e precisem tratar desta questão, principalmente aos pertencentes a classes mais baixas.

Como mencionado nestes dois artigos, as pessoas seguem tentando aderir a cada nova dieta, entre outros recursos, como se o resultado almejado dependesse exclusivamente do que há de mais atual em termos de instrumentos para emagrecer, digamos assim. Dessa forma, a hipermodernidade de Lipovetsky (1989), analisada no artigo de Prado et al. (2016), se assemelha ao processo de “comoditização da ciência” abordado por Viana et al. (2017), tendo em vista a associação “hiperconsumo e hipercientificismo” presente nas sociedades hipermodernas contemporâneas. Prado et al. (2016) consideram que os seres humanos estão na “condição de meros consumidores diante dos avanços da ciência (e/ou de seus simulacros) articulados à lógica concorrencial do mercado e ao investimento da publicidade numa cultura

de desejos pelo novo produto, serviço[...]” (p.1234). Nesse mesmo sentido, Viana et al. (2017) falam que a alimentação e a saúde podem estar sendo levadas à condição de mercadorias, como mencionamos. Ambos consideram que existe uma indústria da saúde, que abrange emagrecimento e “bem estar”, tendo as indústrias alimentícia e farmacêutica como principais motores.

Em “Promoção da saúde da mulher brasileira e a alimentação saudável: vozes e discursos evidenciados pela Folha de SP” (Oliveira-Costa et al., 2015), as autoras falam da vida medicalizada e da saúde como mercadoria, observando que contribuem para a construção de outra categoria, a “pílula mágica” – se referindo especificamente aos medicamentos moderadores de apetite e à cirurgia bariátrica. A crítica que fazem diz respeito justamente à busca por “soluções instantâneas”, de concepções biológicas e associadas ao consumismo de bens e serviços das indústrias médica e de alimentação e nutrição. A indústria médica oferece procedimentos estéticos, dietas e medicamentos com essa promessa de solução rápida, como é o caso da cirurgia bariátrica e algumas dietas mais restritivas, como as cetogênicas (com redução de carboidratos). Este ponto sobre a “pílula mágica” e seu significado aparece também em Prado et al. (2016) como “emagrecimento fácil e rápido”; em Witt e Schneider (2009) – Nutrição Estética – como “dietas que prometem rápida perda de peso e sem sofrimento” (p.3910) ou “dietas milagrosas” (p.3912) as quais as pessoas recorrem para se adequar aos ideais; em Araújo et al. (2015) – “Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento”: “para a autora “a indústria florescente da perda de peso”, com seus ‘múltiplos regimes’ e ‘pílulas milagrosas’ se beneficia com essa doença [...]” (pp. 2791-92) e também fala em “dietas da moda” (p.2795). O significado de todas estas expressões está relacionado à lógica consumista da hipermodernidade de Lipovetsky (1989), apresentada por Prado et al. (2016), na medida em que estão permeadas pelo discurso de marketing em torno do corpo magro. O que ocorre é que muitos indivíduos gordos acabam demandando por tais ofertas que prometem emagrecimento, como podemos observar nos relatos das nutricionistas obesas. Questionamos até que ponto os indivíduos se colocam na condição de “meros consumidores”, de acordo com Prado et al. (2016), e ficam como alvos passivos das investidas da publicidade. Assim como Conrad (2007) defende que os indivíduos não são totalmente passivos frente à medicalização, também acreditamos que a maioria das pessoas pode ter uma crítica e avaliar o que lhes convém particularmente, tendo em vista que nem todas as dietas e recursos são adequados e possíveis a todos. Ao mesmo tempo, é importante considerar que esse discurso veiculado pela mídia e endossado pelo saber médico-científico tem influência significativa nas escolhas

possíveis, tanto pelas dietas quanto pelos demais recursos. Prado et al. (2016) destacam que, segundo Lipovetsky (1989), “um mundo de abundância de mercadorias e serviços cultuados por meio de uma moral hedonista configura um perfil humano hiperindividualista.” (p.1234). Esta afirmativa é coerente com uma sociedade que estimula o consumo, sobretudo do que vem com a promessa de resultado “fácil e rápido” e “sem sofrimento.” (p.1234). Costa et al. (2015) também observam na linguagem dos artigos da Folha de S. Paulo a expressão de interesses inter-relacionados da ciência, das indústrias médico-farmacêutica, de alimentação e nutrição, bem como dos profissionais de saúde e até das mulheres – embora um pouco menos.

Carvalho (2008) aborda a medicalização do excesso de gordura corporal do ponto de vista dos evolucionistas, que por sua vez, numa perspectiva diferente dos outros autores, propõe a medicalização da pobreza. Segundo a autora, a racionalidade darwiniana considera que a pobreza está na raiz da obesidade. De acordo com a lógica desta concepção, tal como argumenta Varella em suas colunas da Folha de São Paulo, certas “patologias do social” (p.315) são atribuídas a determinantes genéticos. Nesse sentido, aptidões e capacidade para ascender socialmente e economicamente seriam atributos herdados geneticamente.

As características e os destinos das populações de modo geral, seus traços físicos, inclinações morais, qualidades estéticas, talentos, e capacidades intelectuais seriam forjados pela lei da biologia evolucionista. (Rose, 1999, p.115 apud Carvalho, 2008, p. 315).

Carvalho (2008) ainda aponta que esta percepção evolucionista dos fenômenos sociais vincula um antigo modelo de classificação racial a uma nova base biológica. Com isso, as diversas patologias sociais poderiam ser reconceituadas como algo que advém das características de raça e dos efeitos das condições internas e externas. Segundo a autora, Varella sugeriu como solução, em sua coluna de 23 de agosto de 2003, intitulada: “De volta à natalidade”, a implantação de uma política de controle da natalidade entre os pobres. Esta autora, então, se detém nessa concepção eugenista da realidade brasileira sem considerar, em nenhum momento, a questão das desigualdades sociais e péssima distribuição de renda no país, observa Carvalho (2008). Dessa forma, a autora constata que Varella nega que a pobreza seja um problema social e que possa ter uma solução política e econômica – o que segundo Carvalho (2008) legitima uma dinâmica socioeconômica excludente. Então, podemos pensar que, de acordo com essa linha de raciocínio, ao invés de resolver a problema da pobreza, não produzindo mais pobreza com uma política neoliberal, a proposta é não “produzir” mais pobres. De acordo com Carvalho (2008), para a autor, esta ideia se estende por tabela para a obesidade, em que o risco de engordar não é visto pelos evolucionistas como uma questão

social, mas sim, somente genética. Com isso, conclui que Varella propõe medicalizar a pobreza para erradicar os pobres e os gordos.

Os artigos pesquisados no Science Direct também discutem a influência de interesses comerciais em relação à medicalização do corpo gordo. Segundo Brewis (2015), há cientistas sociais que defendem que “a epidemia de obesidade é, em grande parte, uma ‘fabricação’ que permite que poderosos grupos (como a indústria da dieta) promovam seus próprios interesses pelo uso seletivo de evidências.”⁸¹ (Campos et al., 2006 apud Brewis 2015, p.85, tradução nossa). Tal argumento corrobora a crítica dos autores brasileiros nas pesquisas que analisamos. Gracia-Arnaiz (2010) relaciona o surgimento da obesidade, como um problema social e de saúde, com o destaque que passou a ser dado aos cuidados com o corpo e a beleza, entre os quais está a dieta. A relação entre dieta, beleza e saúde foi reelaborada como estratégia de marketing, que tanto passa mensagens incentivando o emagrecimento, quanto alertando para o perigo de se desenvolver transtornos alimentares, como anorexia e bulimia.

Em “Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional” (Witt e Schneider, 2009), as autoras atribuem o aumento da incidência de anorexia e bulimia à busca por atingir o padrão de beleza, que é o corpo magro. Afirmam que “o hábito de fazer dietas e de consumir produtos dietéticos são uma das preocupações mais marcantes do público feminino” (p. 3910) e que expressa o desejo de serem cada vez mais magras. Segundo Witt e Schneider (2009), este desejo é fomentado pela importância social que a imagem corporal e a beleza estética ganharam. As autoras destacam que nos dias atuais o culto ao corpo e ao belo é predominante, tendo se tornado uma verdadeira obsessão e ilustram: “a sociedade contemporânea assiste deslumbrada à passagem dos ‘corpos perfeitos’, que invadem progressivamente todos os espaços da vida moderna.” (p. 3910). Em seguida discutem o papel da mídia na propagação de representações desse ideal de corpo como um valor para os indivíduos.

Os meios de comunicação padronizam corpos, corpos que se vêm fora de medidas sentem-se cobrados e insatisfeitos. O reforço dado pela mídia em mostrar corpos atraentes, faz com que uma parte de nossa sociedade se lance na busca de uma aparência física idealizada. (p. 3910).

Segundo Witt e Schneider (2009), o corpo está associado a ‘prestígio’, o que se tornou um elemento fundamental da cultura brasileira. Dessa forma, compreendemos que quanto mais próximo o corpo está dos padrões ideais, mais possibilidades de prestígio social terá o

⁸¹ No original: “[...] the obesity epidemic is argued by some to be largely a fabrication that allows powerful groups (such as the commercial diet industry) to promote their own interests by selective use of evidence.”

indivíduo, principalmente as mulheres – como também observam as autoras ao longo do artigo.

A imagem corporal parece ser uma marca feminina, onde o número de mulheres que se submetem a dietas para o controle de peso vem aumentando gradativamente. (p. 3910).

O padrão de beleza de corpo magro é veiculado a mensagens de sucesso, controle, aceitação e felicidade. Assim, mulheres acreditam que sendo magras, poderão alcançar todos os seus objetivos, sendo a perda de peso a solução para todos os seus problemas. (p. 3910).

Em seguida, apontam que este padrão de corpo “não respeita os diversos biotipos existentes e induz mulheres a se sentirem feias e a desejarem o emagrecimento.” (p. 3910). Com isso, muitas mulheres “caem na armadilha da dieta” e acabam aderindo a práticas inadequadas (p. 3910), como o uso de remédios – não só moderadores de apetite, como também laxantes, termogênicos, entre outros. Somando-se a disso, recorrem ao excesso de atividade física e jejum prolongado – atualmente, prática recomendada por alguns nutricionistas e até leigos como “jejum intermitente”, que intercala períodos de jejum com períodos de alimentação. Todas estas práticas são estimuladas e amplamente difundidas, para além dos profissionais de saúde e seus consultórios. Há algumas décadas, aproximadamente desde os anos 1990, diferentes tipos de dietas e outras estratégias para emagrecer, como as mencionadas pelas autoras, vêm sendo divulgados em revistas, colunas de jornais e, nesta última década, digitalmente, em blogs e redes sociais. Consideramos importante observar que, embora também haja grupos de militância contra as dietas e sua disseminação indiscriminada, há ainda muitos grupos e pessoas divulgando dietas e incentivando o emagrecimento, mesmo não sendo profissionais de saúde. Essas pessoas se auto intitulam “coach em emagrecimento”, “health coach” e até “mentoria de estilo de vida” e ganham dinheiro comercializando receitas, “dicas” para emagrecer e mensagens motivacionais, tanto em seus perfis no Instagram quanto em grupos no WhatsApp. Um dos perfis no Instagram se chama: “Jejum intermitente para secar” e outro nesse tema diz: “Jejum é o melhor remédio.” Além destes, há também os perfis que propõe desafios e metas de emagrecimento dentro de um curto período de tempo, como: “Desafio_30_dias_lowcarb” e “Desafio.queima30dias”, entre tantas outras páginas e grupos pró dietas – sobretudo as influenciadoras digitais, que compartilham suas rotinas de estilo de vida. Podemos pensar que esses grupos se vendem como agentes de medicalização do corpo gordo e que as pessoas que os seguem demandam essa medicalização, desejando atingir o ideal do corpo magro. Nesse caso, também podemos observar uma das características da irregularidade da medicalização, abordada por Conrad (2007).

Witt e Schneider (2009) afirmam que “a busca por um modelo ideal de beleza, nunca foi tão estimulada e valorizada” e que “a idealização da magreza pode influenciar o comportamento das pessoas a fazerem dietas que prometem rápida perda de peso e sem sofrimento.” (p. 3911). As autoras defendem que essa busca pelo corpo tão idealizado pode levar o indivíduo a uma relação do seu estado nutricional com uma visão de sua imagem corporal não condizente com a realidade. (p.3911). A auto percepção de sua imagem corporal fica distorcida, isto é, a pessoa não se vê tão magra o quanto está e, com isso, acaba por recorrer a dietas cada vez mais restritivas e intensos exercícios aeróbicos para atingir seu objetivo. Tais práticas configuram anorexia, levando à desnutrição e podendo levar à morte. As dietas muito rigorosas também podem levar a episódios de compulsão alimentar.⁸² Nesse caso, muitas vezes a pessoa tenta compensar esses episódios de compulsão, provocando vômitos e intensificando a atividade física, adquirindo, assim, um comportamento bulímico. Este é o risco de se difundir a magreza como ideal de beleza e de propagar dietas ou medicamentos “milagrosos.” Assim, Witt e Schneider (2009) concluem que “a pressão cultural para emagrecer é um elemento fundamental da etiologia dos transtornos alimentares, que interage com fatores biológicos, psicológicos e familiares.” (p. 3914). Uma questão interessante é a afirmação de que “tais distúrbios passaram da condição de patologia para a categoria ‘estilo de vida’ (Goldenberg, M., 2005 apud Witt e Schneider, 2009, p. 3914).” Conforme já mencionamos, a autora da pesquisa espanhola também fez uma afirmação neste sentido, dizendo que “estar de dieta” passou de condição temporária a permanente para a maioria das pessoas. Gracia-Arnaiz (2010) menciona que muitos psiquiatras e nutricionistas têm condenado o culto à magreza e alertado sobre os possíveis efeitos nocivos de uma dieta não controlada, podendo estar relacionada ao ganho de peso e a transtornos alimentares. Uma dieta não controlada é uma dieta não equilibrada, isto é, em que o indivíduo ora exagera ou tem um episódio de compulsão alimentar e ora purga esse exagero, adotando dietas super restritivas. Tais práticas podem levar a excesso de peso e a transtornos alimentares, que são considerados fatores de risco. O controle da alimentação e do peso talvez seja a parte

⁸² **Compulsão alimentar é a classificação médica para um distúrbio na relação com a alimentação, classificado no DSM V como: “transtorno de compulsão alimentar” 307.51 (F50.8), cujos critérios diagnósticos são:**

“A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:

1. Ingestão, em um período determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).” (p.350).

considerada mais importante da gestão de risco em saúde, como discutem muitos autores e como veremos no próximo tópico.

O que está em jogo, então, de acordo com as discussões levantadas pelos artigos, são interesses econômicos e políticos por parte das indústrias alimentícia e farmacêutica, sobretudo, e os interesses por parte dos pesquisadores biomédicos. A fim de comercializar seus produtos, estas indústrias recorrem à publicidade, que os promove, tornando-os valorizados e almejados pela sociedade. O que desperta o desejo dos indivíduos, no caso dos alimentos e remédios das indústrias em questão, é a possibilidade de que estes produtos os ajudem a conquistar o corpo magro e saudável, signo de beleza, status de classe social superior, autocuidado, autocontrole e todas as demais qualidades atreladas a este ideal.

3.4 Autocuidado e gestão de risco em saúde

O principal desdobramento da medicalização do corpo gordo e da comida é a prescrição do autocuidado como ação fundamental para controlar os riscos de comorbidades em função do excesso de gordura corporal.

Embora autocuidado e gestão de risco em saúde não tenham sido descritores na nossa pesquisa, são temáticas intimamente relacionadas ao nosso tema e, não à toa, de alguma maneira, perpassam todos os artigos que analisamos. O autocuidado prescrito pela promoção da saúde resulta em uma cultura de saudabilidade, como aborda Crawford (1980) ao falar de Saudização (*Healthism*), em que a mudança de estilo de vida é o principal requisito e a responsabilização individual pela saúde o aspecto central.

O artigo “Promoção da saúde da mulher brasileira e a alimentação saudável: vozes e discursos evidenciados pela Folha de SP” (Oliveira-Costa et al., 2015) é o que mais discute essa temática. Nesta pesquisa, as autoras observam que a maioria dos artigos por elas analisados relaciona as orientações nutricionais e práticas alimentares ao controle do risco em saúde, como sendo os principais instrumentos de prevenção de muitas doenças. Oliveira-Costa et al. (2015) consideram que essa onipresença do discurso do risco nas matérias reproduz no controle social o controle epidemiológico, da gestão do risco em saúde na atualidade. A questão que observaram é que o foco das reportagens está nos aspectos patológicos e na patologização de algumas práticas cotidianas e que fazem parte da vida, como a alimentação. Assim, relacionam muitas práticas alimentares a possíveis comportamentos de risco ou desvio. Segundo as autoras, há uma visão ‘patogênico-centrada’ em detrimento de perspectivas salutogênicas. Desse modo, podemos ter como exemplo o caso

de pessoas que não são diabéticas ou não têm lesão cardiovascular, mas que evitam ou deixam de comer certos alimentos, como massas, doces açucarados, carnes vermelhas, gordura e sal – presentes também nos alimentos ultra processados – com o objetivo de controlar o risco. Outras pessoas cortam ou diminuem certos alimentos da dieta por oferecerem aumento do risco de câncer, tais como adoçantes (sacarina e aspartame), alimentos com corantes artificiais e conservantes, vegetais não orgânicos – ou seja, cheios de agrotóxicos – transgênicos, também os ultra processados, entre outros. Além destes, as bebidas alcoólicas, em qualquer quantidade, e o tabagismo contribuem para o risco de desenvolver câncer - segundo recomendação do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Há ainda os que restringem a alimentação não em função de prevenir uma doença, mas para retardar o envelhecimento – sobretudo evitando ultra processados, tabaco e bebidas alcoólicas, mais uma vez. A motivação para manter a jovialidade o máximo de tempo possível nas sociedades ocidentais contemporâneas vem da valorização da juventude como signo de saúde, potencialidade e beleza – tal como discutem Viana et al. (2017) acerca de novas práticas em saúde, pautadas pela valorização da “tríade beleza-vigor-juventude.” (p.453). Para estes autores, a alimentação é um recurso para um novo modelo de saúde que busca a “super normalidade e trata o risco como doença.” (p. 454). Por outro lado, há os que acrescentam determinados alimentos e suplementos alimentares na dieta, a fim também de controlar os riscos, conforme abordamos no tópico anterior, nas discussões sobre medicalização da comida. Uma das consequências do processo de medicalização teria sido o surgimento da “tirania da saúde”, cuja proposta é que o indivíduo se mantenha sempre saudável e buscando estar dentro desse espectro de “saudabilidade” durante a maior parte de sua vida. Dentro deste processo surgem as buscas pelo padrão alimentar facilitador da vida saudável. Segundo Viana et al. (2017), a adoção de uma dieta alimentar de acordo com as orientações nutricionais, em que maior racionalidade em torno das escolhas superaria a desinformação que envolve os riscos a doenças, é um aspecto do conceito *racionalidade nutricional*. Entretanto, observam que, além das práticas alimentares, há outras práticas utilizadas em saúde como recurso para gerir o risco. Entre as quais estão as atividades físicas e a recomendação do uso de filtro solar, por exemplo.

Oliveira-Costa et al. (2015) consideram essas atuais formas de gestão de risco em saúde como “distorções da promoção da saúde” (p.1960), quando o controle biomédico se estende, através de prescrições de hábitos e medicamentos preventivos, a pessoas em “perfeita saúde”, isto é, que não são grupos de risco em potencial. Para as autoras, este processo expressa a medicalização da sociedade, sobretudo porque visa controlar o estilo de vida de todos. Ainda nessa perspectiva crítica à medicalização, as autoras abordam os medicamentos,

procedimentos cirúrgicos – pois existem diferentes tecnologias cirúrgicas para obesidade – e dietas radicais difundidas pela mídia, que vende ao público tais recursos como instrumentos de prevenção e emagrecimento, além de indispensáveis ao sucesso dos resultados. Observamos que o discurso publicitário em torno destes produtos comunica que sem tais recursos é muito difícil, ou mesmo impossível, atingir as metas ideais estipuladas pela biomedicina – que são metas numéricas e cujos referenciais já se modificaram – como o IMC, os valores de referência para colesterol, glicemia, pressão arterial, entre outros.

Assim, o que pode ser fornecido e consumido toma o lugar do que pode ser feito pela mulher, de maneira autônoma, promotora de autocuidado e redutora de danos, o que poderia prevenir mortes oriundas de práticas desnecessárias e que alicerçam uma saúde como “bem de mercado.” (p.1961).

As autoras ressaltam que um dos textos analisados apontava para os reflexos dessa cultura medicalizante, “além de mais mulheres entrarem no perfil de alto risco, as metas máximas de colesterol [...] vão mudar [...]. A consequência é clara: mais pessoas devem receber a indicação de tomar remédios para baixar o colesterol, as estatinas”. (p. 1961). Somando-se a isso, chamam atenção para o discurso produzido sobre os emagrecedores em quatro revistas semanais brasileiras, em 2011, como sendo contrário e incompatível à dimensão defensora da promoção da saúde. Outro aspecto que tem impacto significativo – mais negativo do que positivo, a nosso ver, como abordamos no primeiro capítulo desta dissertação – é o fato de que a medicalização valoriza a responsabilização individual. Assim, quando há êxito no tratamento os louros vão para as tecnologias médicas utilizadas, isto é, o sucesso é atribuído ao medicamento que “funcionou”, à determinada dieta ou ao procedimento cirúrgico. Ao mesmo tempo, notamos que muitas pessoas associam as conquistas em saúde indiretamente ao profissional que prescreveu ou realizou a cirurgia. É comum ouvirmos algumas conclusões, como: “este médico me emagreceu” ou “aquela médica é a melhor, pois acertou minhas taxas de colesterol e glicose”, entre várias outras em que o sujeito se desimplica no autocuidado, tomando uma postura passiva, se colocando estritamente como paciente.

A palavra paciente, como sabemos, se refere a uma pessoa que está sendo cuidada por um profissional de saúde e, ao mesmo tempo, é sinônimo de “calmo”, “tranquilo”, “manso”, entre outras qualidades que remetem a passividade e também a se deixar ser objeto de uso do poder do outro – nesse caso, do biopoder, como vimos em Foucault (1976). Interessante notar que usamos até os dias de hoje o termo “paciente” quando nos referimos a alguma situação clínica, ou a expressão: “relação médico paciente”, que ainda é, inclusive, utilizada nas aulas

de clínica médica, nas faculdades de medicina. Tal expressão reflete significativamente a atualidade da relação de poder entre médicos, demais profissionais de saúde e os indivíduos que os procuram. Podemos dizer que esta relação, tal como se configura, resulta de uma biopolítica, segundo Foucault (1976). Lembrando que a biopolítica visa à gestão da vida da população, agindo para a normatização dos indivíduos dentro das referências numéricas instituídas pela biomedicina. Entretanto, observamos também que há, atualmente, profissionais de saúde que se dirigem aos indivíduos que os procuram como “clientes.” Neste caso, reproduzem uma relação de consumo, como se representassem uma empresa e não um serviço de saúde. Voltando à questão dos resultados de um tratamento, quando há fracasso, por outro lado, a responsabilidade e a culpa são atribuídas aos indivíduos, devido a uma falha moral, por não terem seguido à risca as prescrições médicas.

Em “O peso do patológico: biopolítica e vida nua”, Seixas e Birman (2012) buscam delimitar o contexto social, político e normativo em que a obesidade se inscreveu como problema relevante de saúde pública, a partir da década de 1980. Para tanto, começam fazendo um paralelo com as reflexões de Alain Ehrenberg (1998) a respeito da depressão. Segundo Seixas e Birman (2012), este autor analisa historicamente como a depressão evoluiu de tristeza, infelicidade, para uma síndrome classificada nos manuais diagnósticos. Atribuiu o crescimento da depressão a uma mudança no contexto normativo do final do século XIX, bem como a uma crescente medicalização da vida. Para Ehrenberg (1998), a depressão desponta, na contemporaneidade, como uma consequência da transição do poder disciplinar – vindo de fora - na gestão de condutas para uma soberania individual, cabendo ao indivíduo a elaboração de suas próprias regras, bem como a auto cobrança no cumprimento. Então, Seixas e Birman (2012) apontam que nesse novo contexto normativo o sofrimento surge dos conflitos internos, sobretudo pelo sentimento de insuficiência ao estabelecer metas muitas vezes inatingíveis – na visão de Ehrenberg (1998). Os autores observam que nesse contexto histórico e social se deu o crescimento dos casos de obesidade, em que a mudança normativa abordada teve implicação também nas relações com o corpo e com a alimentação. Podemos pensar, então, que a auto cobrança em manter o corpo dentro dos parâmetros normativos é resultado de uma sociedade pautada no controle social – como abordam Oliveira-Costa et al. (2015). Por fim, para Seixas e Birman (2012) houve uma mudança no meio pelo qual o biopoder incide: “se no século XIX era por meio do sexo e da reprodução que se dava o controle da vida e dos fenômenos populacionais, podemos enunciar que agora é também no domínio do corpo – magro e saudável – que se dá essa regulação.” (p.19). Nesse sentido, mencionam o corpo como *locus* de consolidação do poder (Foucault, 2000, 2008b),

apontando para uma linha de continuidade entre o poder soberano, o poder disciplinar e o biopoder. Nesse movimento, o biopoder se soma a técnicas do poder disciplinar a fim de normalizar condutas individuais, “docilizar” os corpos, com vistas ao controle das populações. Para tanto, uma biopolítica é “disseminada na trama das instituições que se empenha em analisar dados populacionais, construindo estatísticas e parâmetros para o controle dos processos sociais” (Foucault, 2008 a apud Seixas e Birman, 2012). Assim surgiram os estudos epidemiológicos e demográficos. O objetivo de tal controle é identificar e erradicar todo fenômeno que possa subtrair a força de trabalho e ter impacto negativo na economia, principalmente através da prevenção de doenças e epidemias e do controle da natalidade. Com isso, os autores destacam o ‘dispositivo de segurança’ abordado por Foucault, como uma nova forma de controle e regulação social. Estes últimos são ideais aos quais as pessoas devem estar adequadas e que se expressam como preocupação preventiva.

Em “Comunicação, Medicina e Evolucionismo: Estudo de Caso dos Media Brasileiros” Carvalho (2008) afirma que no discurso médico e nos meios de comunicação, a conduta alimentar individual aparece como a principal causa do ganho de peso. Com isso, “passam a ser valorizadas políticas de controle de si, baseadas na culpabilização e responsabilização dos indivíduos sobre o que e quanto comer, em um ambiente de acesso ou excesso ou de facilidades e fartura” (p.313). Em relação à concepção evolucionista, a autora ressalta que esta leva à crença de que se resolve a questão do excesso de gordura corporal com a mudança na conduta alimentar individual. Segundo tal concepção, em função do determinismo biológico e, muitas vezes, do social, o indivíduo precisa realizar um esforço pessoal redobrado para superar a tendência ao acúmulo de gordura. Contudo, a autora aponta que Varella defende a não culpabilização do indivíduo: “Num mundo sedentário, com alimentos deliciosos ao alcance da mão, considerarmos a obesidade um problema de caráter é pura ignorância. Perder peso é empenhar-se numa batalha contra a biologia da espécie humana. Só os obstinados são capazes de vencê-la.” (Varella, out/2004 apud Carvalho, 2008, p. 324). De qualquer forma, segundo a autora, esta perspectiva darwiniana conduz à naturalização e à medicalização não só do corpo gordo, mas de questões sociais, particularmente da pobreza. Além disso, para a autora, não obstante o médico evolucionista afirmar que a obesidade não depende só do comportamento alimentar do indivíduo e que não é uma falha de caráter, se existe a possibilidade da obstinação pessoal contribuir para o emagrecimento, logo também existe a possibilidade de culpabilização – pelo menos em certa medida.

Em “Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional” (2009), Witt e Schneider falam da relação entre alimentação e atividade física com a saúde, estudada há muitos anos e cujos resultados das pesquisas comprovam que “a prática de atividade física regular e uma alimentação equilibrada atuam diretamente na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e uma vida mais saudável, além de auxiliar pessoas na busca de seus ideais, como por exemplo, o corpo perfeito.” (p. 3912). Interessante observar nessa frase a valorização da busca pelo corpo perfeito como algo positivo, em pé de igualdade com a prevenção e o ganho de uma vida mais saudável. Por outro lado, também mencionam o ato de comer como um ato de prazer e destacam que uma dieta muito proibitiva pode ser contraproducente. Além deste aspecto, as autoras abordam o “aconselhamento nutricional” (p.3912), ressaltando sua dimensão educativa em saúde.

A educação ou aconselhamento nutricional é o processo pelo qual os clientes são efetivamente auxiliados a selecionar e a implementar comportamentos desejáveis de nutrição e estilo de vida. Então, o resultado desse processo não é somente a melhora do conhecimento sobre nutrição, mas uma mudança de comportamento, a qual deve ser específica a necessidades e à situação de cada indivíduo. (p.3913).

A educação em nutrição se estabeleceu como cuidado que visa promoção da saúde e se popularizou a partir de pesquisas científicas, que comprovaram o potencial de uma “boa” alimentação para evitar muitas doenças, trazer benefícios à saúde e proporcionar melhor qualidade de vida – segundo as autoras. Segundo o conselho de nutrição e conforme exposto no artigo, uma “boa” alimentação significa ser satisfatória qualitativamente – de acordo com os parâmetros nutricionais – e quantitativamente, além de ser adequada à cultura e ao paladar dos indivíduos. O atendimento nutricional, por sua vez, é mais do que fornecer informações sobre comida e alimentação, e mais do que dietas para emagrecer, é elaborar junto ao indivíduo uma “reeducação alimentar” (p. 3914), priorizando melhora no estilo de vida – segundo Witt e Schneider (2009). Conforme destacam, “[...] uma alimentação saudável e equilibrada dispensa o uso de medicamentos, de dietas milagrosas ou de cirurgias plásticas para conquistar o padrão de beleza desejado.” (p.3912) – embora as autoras sejam críticas ao rigor do padrão de beleza que as pessoas passam a desejar, pela influência da mídia. Além disso, consideram que os conhecimentos adquiridos nos atendimentos nutricionais podem contribuir para a integração do indivíduo com o meio social. Consideramos que este trabalho pode ser muito proveitoso, mas para quem pode usufruir. Muitas pessoas das classes mais baixas não têm acesso a esse tipo de serviço. Mesmo havendo atenção nutricional pelo SUS, nas policlínicas, ambulatórios e hospitais, a oferta disponível não dá conta de grande parte da

população. Nesse sentido, a consulta com um nutricionista acaba sendo um privilégio. Interessante observar que neste artigo as autoras se referem aos indivíduos que são atendidos por nutricionistas como “clientes.” Contudo, com relação à dimensão nutricional, o principal problema aqui no Brasil ainda é a impossibilidade financeira de todos conseguirem fazer escolhas saudáveis de alimentos. Segurança alimentar e nutricional deve ser acessível a todos.

No artigo “Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento” (2015), Araújo et al. apontam o conflito gerado pela condição de obesas das nutricionistas entrevistadas e a incoerência desse fato em relação a premissas da nutrição, enquanto profissão e saber científico. O corpo gordo dessas mulheres sinaliza a dificuldade de controle do próprio peso e, nesse sentido, também de autocuidado. Com isso, o valor de sua identidade profissional, enquanto promotoras de saúde passa a ser questionado. Muitas dessas nutricionistas gordas relataram já ter recorrido a estratégias não científicas para emagrecer – como dietas da moda veiculadas pela mídia ou recomendadas por amigas leigas em nutrição. Com isso, segundo os autores, adotaram hábitos de risco. Nesse sentido, de acordo com os critérios epidemiológicos, colocaram-se duplamente em risco: estão com excesso de gordura corporal e adotaram hábitos alimentares que podem ter outras implicações para a saúde, para além do aumento de gordura – como alterações hormonais e metabólicas. Por outro lado, há indivíduos magros que adoecem, também em função de uma alimentação qualitativamente inadequada. Araújo et al. (2015) relatam que essa contradição entre possuir conhecimento técnico-científico e adotar condutas pessoais que oferecem risco à saúde ocorre frequentemente com profissionais de saúde de diversas áreas – como cardiologistas obesos e oncologistas fumantes de tabaco, por exemplo. Para os autores, a culpabilização individual não resolve esta questão.

Esta condição indica a necessidade das instituições de educação em saúde pública se apropriarem da dimensão do problema, desconstruindo a culpa alocada no indivíduo e no profissional, para formular estratégias de orientação para os que vivenciam dilemas semelhantes. (p.2795).

Dessa forma, consideramos que a atribuição de incompetência profissional aos profissionais de saúde que são gordos não se justifica. A dificuldade em controlar o ganho de peso não está relacionada a desconhecimento técnico-científico, ou a alguma dificuldade de compreensão e aplicabilidade dos conteúdos da cadeira de nutrição na clínica. A dificuldade em alimentar-se adequadamente parece estar mais relacionada a questões sociais e antropológicas do que a alguma questão intelectual, ou somente biológica ou mesmo estritamente psicológica.

Em “Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório” (Cori et al., 2015), os resultados da pesquisa mostraram que “[...] os nutricionistas veem a obesidade como um problema comportamental e psicológico, sendo a atividade física sua principal “causa.”” (p. 569). Esta perspectiva segue a linha reducionista criticada por Crawford (1980), cujo principal desdobramento é a responsabilização individual. As autoras concluem que os resultados apontam a necessidade de uma “visão mais ampla sobre a relação indivíduo-alimento, que foque não somente questões biológicas, mas também nos quesitos socioculturais e econômicos que influenciam essa relação.” (p. 569). Cori et al. (2015) consideram que o estilo de vida atual facilita o desenvolvimento da obesidade, com o aumento do consumo de alimentos processados e o sedentarismo, além de vivermos em um ambiente no qual a comida é “onipresente, conveniente, barata [...]” e que nesse contexto “a responsabilidade pessoal não tem chances”. (p. 569). Contudo, este estudo aponta para a culpabilização dos indivíduos gordos, em que o “problema” do excesso de peso poderia ser resolvido com “força de vontade,” tal como evidenciados nos resultados – “com os profissionais respondendo que é desconfortável ser associado a um obeso, e que os obesos poderiam alcançar o peso ideal se fossem motivados.” (p. 573).

Em “Obesity: Cultural and Biological Factors” (2015), Brewis critica o uso do IMC como medida para delimitar o momento em que a gordura corporal começa a oferecer risco à saúde. Para a autora, o condicionamento físico seria a forma mais adequada para controlar o risco de adoecimento. Brewis (2015) também critica a culpabilização individual, atribuindo este fato à cultura predominante, em que se acredita que os indivíduos engordam por falha moral. A autora ressalta o aspecto multifatorial da obesidade para defender que o ganho de peso ou o emagrecimento não dependem só da vontade individual. Portanto, afirma que a obesidade é “um problema perverso” (p.85). Interessante observar que Brewis (2015) é a única autora, entre os que analisamos, que abordou a implicação dos fatores epigenéticos para o acúmulo de gordura corporal – interação de fatores genéticos e ambientais entre gerações que podem aumentar o risco de engordar.

Já em “Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on Obesity” (2010), Gracia-Arnaiz aponta outro aspecto, que é a questão do controle social através da prescrição do controle de si, especialmente no controle da alimentação. Segundo a autora, este fenômeno faz parte do processo de “civilizar o apetite” (p.220), em que, a partir de restrições impostas com a expansão da economia liberal, os indivíduos passaram a ser impelidos a se auto disciplinar também. O autocuidado em saúde, então, faz parte dessa auto disciplina, que envolve “dieta, higiene e exercício.” (p.220).

A partir do estabelecimento do IMC (Índice de Massa Corporal) como medida normativa, a fim de controlar o risco do excesso de gordura corporal, a imposição de dietas para emagrecer se tornou a principal forma de controle do peso – se não, a principal forma de controle do próprio corpo. Segundo Gracia-Arnaiz (2010), autocontrole ou autoindulgência passaram a ser “atributos morais”(p.221), que são evidenciados a partir da aparência estética. Deste modo, segundo a autora, o corpo magro passou a ser associado à boa saúde, à autodisciplina, e à distinção social. Nesse sentido, ser gordo pode ser moralmente condenável.

Gracia-Arnaiz (2010) aborda o fato de que a obesidade se tornou “um dos maiores problemas econômicos e de saúde pública do mundo” segundo a OMS. Essa questão nos remete ao conceito de *governamentalidade* de Foucault (1978). A partir de ações de *governamentalidade*, o Estado passou a mobilizar recursos financeiros e a investir em políticas públicas para tentar diminuir a prevalência de obesidade na população. A preocupação principal é o aumento das despesas com serviços de saúde para tratar obesidade e o risco de não terem mais uma vida produtiva. A autora também aponta que no manejo clínico houve uma mudança no foco, que passou do tratamento para a prevenção. Porém, embora as orientações para a prevenção se apliquem no atendimento individual, seguem protocolos padronizados, não ouvindo, mais uma vez, as particularidades do contexto de vida de cada indivíduo. Para Gracia-Arnaiz (2010), a prevenção da obesidade também se dá a partir de uma concepção biológica do ganho de peso e, portanto, reducionista e ineficaz.

No artigo ““Norwegians fear fatness more than anything else” – A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health” (2009), Malterud e Ulriksen também apontam que as pessoas na Noruega são responsabilizadas pelo seu excesso de peso, especialmente por falta de disciplina – o que também configura um julgamento moral. Outro item analisado na pesquisa comenta o impacto das falhas nas mensagens das autoridades de saúde pública quando obesidade da população é colocada na agenda. O jornalista que escreveu sobre isso questionou se essas campanhas não poderiam levar muito longe atitudes em relação à culpa, embora as intenções sejam louváveis.

Sofremos de má consciência. Não porque tenhamos assassinado, roubado ou sido infiéis com o marido da vizinha. Depois que a obesidade foi colocada na agenda política, temos má consciência por não trabalhar o suficiente para obter o IMC ideal, o novo indicador de felicidade do país.⁸³ (p.49, tradução nossa).

⁸³ No original: ““We suffer from bad conscience. Not because we have murdered, stolen, or been unfaithful with the neighbour’s husband. After obesity was put on the political agenda, we have bad conscience for not working sufficiently hard to obtain the ideal BMI, the nation’s new happiness indicator.””

Nessa perspectiva, a prevenção e a medicalização do corpo gordo na Noruega não visam só a melhora e potencialização da saúde, mas visam também o status moral, a estética e até a felicidade. Para eles, a principal forma de manter o corpo magro é através do autocontrole em relação à alimentação, principalmente pelo significado negativo da gula. Ser considerado guloso se refere, sobretudo, a fazer algo errado, moralmente e socialmente condenável. Dessa forma, um indivíduo visto como guloso nesse país, tem sua imagem social comprometida e, conseqüentemente, suas relações e papéis sociais também.

3.5 A comida, o comer e a gordura corporal: entre a racionalidade nutricional, a comensalidade e a tradição

Discussões em torno da relação do que se come e do quanto se come com a gordura corporal, estão presentes, de alguma forma, em todos os artigos. A comida fica muito no lugar de um dos instrumentos da medicalização do corpo gordo, conforme abordamos no segundo tópico, especialmente ao discutirmos racionalidade nutricional. O comer parece estar mais voltado para nutrir o corpo, visando saúde e, principalmente, emagrecimento, do que voltado para a comensalidade. Os laços sociais que podem resultar de momentos compartilhados num almoço, por exemplo, num jantar ou em qualquer outra reunião social, acabam sendo negligenciados. Paradoxalmente, muitas pessoas em processo de emagrecimento acabam evitando certos encontros sociais, em nome da conquista de um corpo mais aceito socialmente. A comida, por sua vez, é negada enquanto fonte de prazer, haja vista que, no imaginário social, o prazer de comer é associado ao “pecado da gula.” Por outro lado, diferentes tipos de comida estão relacionados à tradição e memória de uma cultura, em uma região e em determinada época. Os alimentos e pratos típicos têm diferentes significados culturais e sociais, que remetem também ao pertencimento de classe. Com a crescente valorização da alimentação pela promoção da saúde, cresceu também a medicalização da comida. Conforme discutido em muitos dos artigos que analisamos, diferentes recomendações de alimentos ditos saudáveis e dietas se popularizaram através da mídia. Assim, surgiram diversas tribos alimentares, que buscam seguir um estilo de vida que consideram saudável, principalmente através da dieta alimentar que adotam. Contudo, conforme observamos nos artigos, mais do que ter saúde, as pessoas desejam e buscam ser magras. Nesse sentido, a racionalidade nutricional acaba predominando em relação à tradição e até à comensalidade, no que concerne à relação com a comida e com o corpo.

Em “A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil”, a principal crítica de Viana et al. (2017) se refere ao fato de que as pessoas teriam passado a se preocupar mais com o aspecto nutricional do alimento em detrimento do aspecto social da alimentação, que é agregador das relações intersubjetivas. Outra crítica importante, aponta o para o papel da mídia em popularizar o discurso científico, acerca das propriedades funcionais dos alimentos. O objetivo dos meios de comunicação é estimular o consumo de produtos alimentícios. A questão é que a indústria alimentícia, assim como a indústria farmacêutica, contrata a publicidade dos produtos que pretende comercializar, fazendo um investimento massivo em marketing. Tal investimento conta com o respaldo de informações científicas acerca dos benefícios dos referidos produtos para a saúde, sejam alimentos, suplementos alimentares ou fármacos. Viana et al. (2017) relatam que, assim como a indústria farmacêutica, a indústria alimentícia também financia pesquisas e eventos na área de saúde. Nesse sentido, tais indústrias estabelecem uma relação comercial com a biomedicina, cujo principal desdobramento, anunciado pela mídia, é a produção de alimentos e remédios com composições condizentes com os últimos achados científicos – uma comoditização da ciência, segundo os autores.

Pode-se vislumbrar este fenômeno ao observar-se a participação cada vez maior de indústrias de alimentos ou farmacêuticas em eventos direcionados aos profissionais nutricionistas. Em estratégia similar à utilizada pela indústria farmacêutica na consolidação do Complexo Médico-Industrial, a indústria de alimentos vem apoiando e financiando pesquisas ou utilizando alguns outros subterfúgios, como o recrutamento de experts em determinadas áreas de conhecimento, para atuar como consultores, ou patrocinando eventos científicos direcionados, como citado anteriormente. Essas estratégias geram efeitos positivos à indústria de alimentos, como interpretações mais favoráveis dos estudos científicos; posições privilegiadas em recomendações de organizações profissionais, ou simplesmente a aceção, por parte da opinião pública, de que a indústria está investindo na busca de produtos melhores. (Viana et al., p. 454, 2017).

Entretanto, os autores destacam que a publicidade feita em cima dos produtos alimentícios supervaloriza os seus supostos novos benefícios. A indústria alimentícia, bem como a farmacêutica, “vem também influenciando o meio científico na construção de novos conceitos sobre dieta saudável.” (p.454). Marion Nestlé⁸⁴ (2018) publicou o livro “Uma verdade indigesta”, em que aborda essa questão da influência da indústria alimentícia nas pesquisas em nutrição. Neste trabalho, a autora discute o quanto os interesses em jogo na realização de uma pesquisa podem produzir resultados enviesados, isto é, tendenciosos para se adequar a determinadas expectativas – neste caso, expectativas da indústria alimentícia, que investe

⁸⁴ Marion Nestlé é professora emérita da Faculdade de Nutrição, Estudos Alimentares e Saúde Pública pela Universidade de Nova York.

recursos financeiros nestes estudos. Porém, Nestlé (2018) observa que embora nem todos os estudos financiados pela indústria favoreçam o financiador, o financiamento está associado ao resultado da pesquisa, porque as empresas querem vender seus produtos e porque os pesquisadores precisam de financiamento. Viana et al. (2017) citam Marion Nestlé (2002), que, por sua vez, “considera que o tema da alimentação saudável é eminentemente político e insinua-se a partir da pressão da indústria de alimentos e de sua publicidade em consolidar um conceito de alimentação saudável através de seus produtos.” (p.448). Nesse sentido, a racionalidade nutricional torna-se passível de ser questionada e flexibilizada. Dessa forma, olhar as recomendações científicas em nutrição com cautela e bom senso pode ser um ganho, tanto para o profissional de nutrição quanto para quem busca orientação nutricional. No artigo “Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional” (2009), Witt e Schneider consideram importante que os profissionais de saúde estejam atentos à publicidade de alimentos, aos modismos na alimentação, enfim, a novidades que se popularizam e que, portanto, grande parte da população passa a consumir. Estas autoras consideram que as prescrições de dietas saudáveis não podem estar descontextualizadas da forte influência da mídia, nem da cultura alimentar dos indivíduos, que envolve seus gostos e preferências.

Para a ciência da nutrição não devemos privar os indivíduos de comer aquilo que se gosta, pois sabemos que o ato de comer também é um ato de prazer. Considerando que a proibição não é o melhor caminho, pois a pessoa se sentirá frustrada e, por conseguinte, abandonará a dieta, o ideal é escolher junto ao cliente os alimentos que mais lhe apeteçam e encontrar formas ou técnicas de preparo que os tornem mais saborosos e nutritivos. (p. 3912).

Segundo Viana et al. (2017), a escolha do que se vai comer seria uma forma de expressar a subjetividade e também o grupo social ao qual o sujeito deseja estar associado, por ser supostamente mais valorizado. Então, a adoção de certos tipos de hábitos alimentares pode significar o desejo de pertencer a um grupo determinado. Para ilustrar, citam as “ontonormas”, abordadas por Annemarie Moll (2013):

Annemarie Mol chama a atenção para as “ontonormas” em seu artigo *Mind your plate!* termo para o qual não propõe definição, mas que sugere a ideia de escolha do alimento a partir de sua adequação, tanto ao grau de informação do comensal quanto ao seu estilo de vida. Tratar-se-ia, portanto, do reconhecimento de algum grau de racionalidade subjetiva ao escolher o que comer. (p. 450).

Além deste termo, também mencionam o *nutricionismo*, de Gyorgy Scrinis (2008, 2013), referindo-se ao aspecto ideológico da exacerbada racionalidade desenvolvida em torno da alimentação. Segundo Viana et al. (2017), em tal concepção, o “principal apelo dessa

ideologia é identificar o alimento como somatório de nutrientes, minimizando ou mesmo subtraindo os componentes socioculturais das comidas e da comensalidade” (p.450). Dessa forma, apontam que o nutricionismo é essencialmente reducionista, fazendo com que o alimento se resuma aos seus componentes nutricionais. Com a popularização de muitas informações acerca da funcionalidade dos nutrientes que compõe os alimentos – sobretudo se favorecem ao emagrecimento e à performance física – muitas pessoas começaram a se alimentar com o foco em tais nutrientes. A mídia, por sua vez, além de ter contribuído para a difusão destes termos, parece estar tirando proveito do sucesso destes conhecimentos para a publicidade de produtos alimentícios. Em “Relações entre alimentação, obesidade, perda de peso e consumo em revistas femininas” (2016), Prado et al. consideram que há uma “vulgarização da ciência” (p.1236), em que a composição dos alimentos e sua ação no organismo estão na linguagem popular e naturalizadas nas revistas desta pesquisa. São vitaminas, ferro, cálcio e tipos de alimentos como carboidratos e proteínas, por exemplo, que já fazem parte das conversas cotidianas sobre comida e alimentação.

Segundo Viana et al. (2017), a “ideia-força” que fundamenta o conceito de racionalidade nutricional não considera o aspecto socioantropológico da alimentação. (p.450). Destacam que tal aspecto tem despertado grandes e profícuas discussões e mostram sua “íntima relação com a reprodução biológica e social dos grupos humanos” (Contreras e Gracia, 2011 apud Viana et al., 2017, p.450). Nesse sentido, os autores consideram importante destacar as diferenças entre os termos: comida, alimento e nutriente. A comida agregaria a função cultural da identidade de um povo. O alimento, no entanto, estaria mais referido à sua condição de produto, mais próximo do contexto da economia de mercado, da produção e da distribuição de commodities, mas também de cuidados relacionados à segurança e inocuidade de seu consumo – parte do planejamento estratégico da vida urbana. O nutriente, como temos abordado, está referido à funcionalidade bioquímica do alimento, a partir de conhecimento específico advindo do método científico.

A racionalidade nutricional, bem como o nutricionismo, são apropriados pelos indivíduos e aplicados na relação com os alimentos e com a alimentação, principalmente por quem visa emagrecer e controlar o peso. Ser magro, sobretudo para as mulheres – como já discutimos – é uma condição e status social tão almejado, que mobiliza seu investimento a ponto de adotar o nutricionismo como ideologia. Observamos que, tanto adotar uma dieta saudável quanto ter o corpo magro são signos de um estilo de vida principalmente de quem pertence a classes média e alta. Uma das hipóteses do estudo: “Eating, drinking and being depressed: the social, cultural and psychological context of alcohol consumption and nutrition in a Brazilian

community” (2004) parte do conceito de *consonância cultural*. Segundo Dressler et al. (2004), este conceito “descreve o grau em que os indivíduos são capazes, em sua vida diária, de se aproximar, em seus comportamentos, de modelos amplamente compartilhados e prototípicos de como a vida deve ser vivida.”⁸⁵ (p.711, tradução nossa). Existem diferentes modelos de estilos de vida que foram sendo “instituídos” ao longo da história e de acordo com as diferentes culturas, que são amplamente compartilhados, fazendo parte do imaginário social. Ao mesmo tempo, os autores apontam que há fatores que podem prejudicar o grau de *consonância cultural*, principalmente o fator econômico. As diferenças de SES (Status Socioeconômico) têm impacto na *consonância cultural*, o que repercute nos tipos e quantidade de ingestão calórica, bem como na saúde nutricional dos indivíduos. Dressler et al. (2004) ressaltam que uma “baixa *consonância cultural* ou incapacidade de agir de acordo com um ideal cultural, é uma experiência profunda e cronicamente estressante, podendo levar a resultados deletérios para a saúde.”⁸⁶ (p.711, tradução nossa). Assim, segundo mostra esta pesquisa, as pessoas de classes sociais mais baixas, por terem mais dificuldades em adotar o estilo de vida das classes média e alta, tendem a maiores índices de depressão, maior ingestão de álcool – como uma estratégia adaptativa psicológica e nutricional à sua condição de vida – e maior ingestão calórica total. Nesse sentido, as pessoas das classes sociais mais baixas têm mais dificuldades em manter o corpo magro e adotar uma dieta saudável na sua rotina.

Segundo Gracia-Arnaiz (2010), houve uma confluência de pontos de vista acerca do corpo magro entre medicina, classe social e indústria, quando interesses de mercados específicos (seguros, moda, alimentos, farmácia) começaram a promover corpos magros como ideais de beleza e saúde. O fator classe social aparece também no artigo “Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições socioantropológicas para a pesquisa em nutrição” (Fonseca et al., 2009), que, inclusive, cita Gracia-Arnaiz:

O interesse das ciências sociais pelo fenômeno alimentar não é novo e abrange diversos campos de estudo das ciências sociais: Antropologia Cultural, Sociologia da Saúde, Sociologia do Consumo, Antropologia Social entre outros. De acordo com a análise feita por Contreras e Gracia Arnáiz (2005), a maior parte desses estudos não tinha a preocupação de construir teorias e métodos específicos para abordar o tema da alimentação, sendo uma novidade os esforços empreendidos a partir dos anos de 1980 para definir e conceituar o que poderia ser uma Socioantropologia da Alimentação. (p. 3854).

⁸⁵ No original: “[...] describe the degree to which individuals are able, in their daily lives, to approximate in their own behaviors the widely shared and prototypical cultural models of how life is to be lived.”

⁸⁶ No original: “[...] low cultural consonance, or the inability to act on a cultural ideal, is a profoundly and chronically stressful experience and can lead to deleterious health outcomes.”

Para Fonseca et al. (2009), a discussão acerca da pertinência do conceito de classe social como gerador de normas alimentares é um dos aspectos centrais do debate deste artigo. Os autores questionam de onde surgem as significações alimentares e mencionam que “Barthes alega que por meio da publicidade de alimentos pode-se compreender a vasta trama de temas e situações que envolvem essas significações mencionando três eixos de valores [...]” (p.3854). O primeiro diz respeito à memória e à tradição; o segundo eixo se refere ao consumidor moderno, em que recursos de publicidade permitem transferir para os alimentos informações subliminares, que podem expressar virilidade, força, leveza, modernidade, entre outras qualidades. O terceiro eixo é formado por valores que se referem ao conceito de saúde. Assim, o alimento e a alimentação ganham outras significações, além das biológicas. Nesse sentido, essas significações também expressam distinção de classe social. Mais adiante, os autores abordam a questão da preocupação com a alimentação saudável, que faz com que as pessoas frequentemente observem a composição nutricional dos alimentos e bebidas que ingerem. Com isso, surgiram “tribos alimentares”, de acordo com os tipos de alimentos que priorizam, como os veganos, os vegetarianos, os macrobióticos, os adeptos da dieta mediterrânea, os adeptos de dietas cetogênicas⁸⁷, entre várias outras. A escolha por fazer parte de determinada tribo também reflete a classe social, tanto pelo poder aquisitivo que permite tal escolha quanto pelo capital cultural associado a diferentes práticas alimentares. Segundo Fonseca et al. (2009), este fenômeno da formação de “tribos alimentares” pode ser entendido como uma espécie de “alimentalização da sociedade”, como uma forma de medicalização. (p.3855) – o que compõe a modernidade alimentar. Há também os que escolhem a dieta casando com as práticas de atividades físicas, para obter um corpo magro e malhado, como os adeptos da alimentação funcional e suplementação alimentar. Com isso, os alimentos termogênicos – como café, chá verde, cacau, canela, pimenta, gengibre, entre outros – também se tornaram populares para quem busca o corpo idealizado.

Gracia-Arnaiz (2010) afirma que as mudanças no padrão de comportamento alimentar foram resultantes do processo de *civilizar do apetite* e têm relação com a expansão do capitalismo, assim como o manejo médico das dietas. Mais adiante, a autora destaca a relevância do ambiente como forma específica de organização social, resultante de um processo histórico e construído no contexto capitalista:

O “ambiente” não é nebuloso e uma abstração complexa, mas uma forma específica e especificável de organização social, resultante de processos históricos igualmente conhecíveis. Dentro das sociedades contemporâneas,

⁸⁷ Dieta com significava redução na quantidade de carboidratos ingeridas em um dia.

isso significa fazer um sério esforço para compreender as condições econômicas e políticas associadas a capitalismo de consumo.⁸⁸ (p.225, tradução nossa).

Viana et al. (2017) afirmam que “a comoditização da ciência é um processo que, entre outras coisas, procura atender o interesse capitalista em desenvolver produtos que vão ao encontro dos interesses do novo perfil de consumidores.” (p.453) – considerando que a indústria alimentícia é um dos principais setores. Segundo os autores, o “novo” perfil de consumidores corresponde, em média, a pessoas que trabalham entre oito a doze horas por dia e, portanto, não têm tempo para cozinhar, mas querem consumir alimentos saudáveis e práticos. Com isso, a indústria começou a produzir refeições prontas congeladas, inclusive nas versões “light”, vegana e “low carb”, por exemplo, a fim de vender para as diferentes tribos alimentares e que poderiam ser levadas facilmente para o trabalho. Observamos que, ao mesmo tempo, a indústria veio aumentando a produção de alimentos processados e ultraprocessados, com a promessa de sabor “agradável” e praticidade. Além dos produtos alimentícios, houve uma proliferação de restaurantes que servem comida cobrada a quilo, apontam os autores, principalmente a preços mais populares. A nosso ver, ambas as situações podem ou não favorecer a comensalidade. Tanto as refeições feitas na copa da empresa quanto nos restaurantes, a sociabilidade vai depender de fazê-las solitariamente ou junto com colegas de trabalho.

Em relação à escolha do que comer, muitas vezes acaba sendo conflituoso optar entre a praticidade e baixo custo dos alimentos ultraprocessados e os alimentos “saudáveis”, que, como abordado em grande parte dos artigos, têm sido fortemente publicizados. Viana et al. (2017) apontam que há distorções nas informações acerca de alimentação e de nutrição que vêm sendo publicizadas e que atenderiam a interesses de setores ligados à produção de itens de consumo pessoal. Como exemplo destas distorções, os autores mencionam o marketing em cima de alimentos “rápidos”, isto é, que podem ser ingeridos rapidamente. Assim, tais alimentos são ““próprios ou adequados” para o consumo concomitante a outras atividades, como dirigir, digitar, falar ao telefone e que suas porções singulares afirmam conter os requerimentos energéticos e nutricionais de uma refeição (!).” (p.453). Observamos que, segundo a concepção desta propaganda, uma boa alimentação significa que a refeição seja composta pelas propriedades nutricionais adequadas, reduzindo os alimentos à racionalidade nutricional. Assim como os “shakes”, que teriam a composição nutricional de uma refeição

⁸⁸ No original: “The “environment” is not a nebulous and complex abstraction, but a specific and specifiable form of social organization resulting from equally knowable historical processes. In contemporary societies, this means making a serious effort to understand the economic and political conditions associated with consumer capitalism.”

menos calórica e seriam utilizados em substituição ao almoço ou jantar, geralmente por quem segue dieta para emagrecer. Os gostos, os hábitos, o prazer e a comensalidade não são considerados como componentes de uma boa alimentação e, muito menos, de uma alimentação que vise emagrecimento. Nesse sentido, Viana et al. (2017) questionam:

E o sentar à mesa e comer, como fica? Aqueles interesses parecem confundir o bem-estar físico com outro tipo, este último proporcionado pelo desejo fomentado pela indústria midiática de adquirir produtos que privilegiem qualidades pessoais, em detrimento de qualidades ou características que apresentem seu valor no convívio social, como é o caso da comensalidade. Tais interesses podem estar levando a alimentação e, em última instância, a saúde, à condição de mera mercadoria e não como um direito do cidadão de sentir-se bem, com disposição para a vida, para o amor, para o trabalho, criativo para enfrentar as batalhas cotidianas ou eventuais, as desventuras, as infelicidades. (p. 453).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há temáticas que se destacaram e foram recorrentes nos artigos: obesidade e sobrepeso como questões de gênero (feminino); sociedades ocidentais como *lipofóbicas* e *obesogênicas*; consumo; publicidade; indústrias ligadas à alimentação, saúde e moda; corpo magro como ideal; *estigma*; cultura; medicalização da comida, nutrição e risco em saúde. Todas corroboram as discussões da fundamentação teórica que apresentamos. Por outro lado, o artigo que discute o *estigma*, a partir da investigação das experiências de pessoas gordas, nos surpreendeu ao mencionar autores que defendem que o *estigma* social pode ser positivo e contribuir para o emagrecimento. No entanto, Malterud e Ulriksen (2009), que fizeram o estudo sobre o discurso norueguês acerca da obesidade, avaliaram, a partir de uma pesquisa com crianças gordas estigmatizadas, que a resposta social aos gordos pode ser mais prejudicial à saúde do que a própria gordura em excesso. Um aspecto interessante que observamos é o fato de que somente os autores que escreveram o artigo sobre *estigma*, Lewis et al. (2011), abordam este termo conceitualmente, isto é, como categoria analítica de que trata Goffman (1963). Inclusive, este é o único artigo que cita um autor que aborda *estigma* como conceito, no caso, Goffman (1963). Em relação a *estigma*, dos artigos selecionados a partir da busca no portal da CAPES, só dois discutem o tema: as pesquisas com nutricionistas gordas. Em “Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento” (Araújo et al., 2015), os temas mais significativos que emergiram dos relatos das participantes foram: constrangimento, *estigma*, culpa e sofrimento por não “caber” na sociedade. Já em “Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um

estudo exploratório” (Cori et al., 2014), o *estigma* aparece principalmente por parte das nutricionistas em relação aos pacientes.

Ainda em relação ao *estigma*, concluímos que, para os autores que abordam o tema, como vimos no primeiro tópico da nossa análise, o corpo magro como norma e como ideal é o que leva à estigmatização social dos indivíduos gordos. Segundo Goffman (1963), quando estamos diante de um estranho e podemos perceber evidências de que ele possui algum atributo que o torna diferente dos demais, pertencentes a determinada categoria de grupo que ele possa ser incluído, tendemos a estigmatizá-lo. Este atributo que o diferencia dos outros tem conotação negativa, como um desvio do que é o padrão esperado e recomendado. Assim, tal característica acaba sendo o foco das percepções acerca do indivíduo, isto é, a pessoa é reduzida à essa “qualidade”, que acaba marcando a sua identidade – a qual Goffman (1963) se refere como “identidade social virtual.” (p.6).

Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um *estigma*, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real. (Goffman, 1963, p.6).

Obesidade e sobrepeso aparecem nestas pesquisas como questões predominantemente femininas, sendo consideradas como questões de gênero por muitos autores, sobretudo pelas autoras feministas, cujos estudos foram precursores dos trabalhos sobre este tema. O livro de Orbach (1978), *Gordura é uma questão feminista*, foi o primeiro a abordar a relevância social do corpo gordo como questão de gênero. Concluímos que não há como discutir a implicação de fatores socioantropológicos na medicalização do corpo gordo sem abordar a obesidade e o sobrepeso como questões de gênero, especialmente na mulher. Nesse sentido, tornou-se imperativo integrarmos este tema à nossa dissertação.

Os autores que abordaram as sociedades ocidentais como *lipofóbicas* e *obesogênicas* relacionaram estes fenômenos ao consumo, tanto de alimentos que favorecem o ganho de peso, quanto de produtos e serviços visando uma busca por emagrecimento – estes últimos, por conta da lipofobia. O consumo, por sua vez, é fomentado por publicidade e propaganda contratadas pelas indústrias alimentícia, farmacêutica e todas as outras que compõem uma verdadeira indústria do emagrecimento. Ao mesmo tempo, há intensa oferta de produtos alimentícios, sobretudo os processados e ultraprocessados e com um agravante: são mais baratos e, portanto, mais acessíveis a classes baixas. Nesse sentido, Fonseca et al. (2009), Brewis (2015) e Gracia-Arnaiz (2010) discutem a implicação das desigualdades sociais que

diferenciam os grupos de indivíduos, isto é, as classes, pelo acesso que podem ter à alimentação saudável e a espaços urbanos de lazer adequados à atividade física. Gracia-Arnaiz (2010) ainda atribui ao neocapitalismo a responsabilidade por muitas pessoas e empresas verem na magreza e na gordura oportunidades de lucrar financeiramente. Podemos descrever este fenômeno como uma espécie de mercantilização da estética e da saúde, tão presentes nas sociedades ocidentais contemporâneas, as quais Prado et al. (2016) consideram viver a *Hipermodernidade* de Lipovetsky. Neste ponto, observamos semelhança com o que escreveram Viana et al. (2017) sobre consumo e medicalização da comida, associando a uma “comoditização da ciência” – descrita pelos autores como um processo, que visa atender ao interesse capitalista por desenvolver produtos compatíveis com as demandas do novo perfil de consumidor. Para tanto, buscam produzir informações que promovam certos produtos alimentícios, como por exemplo os alimentos funcionais. Lupton (1995) defende que numa “cultura de *commodities*”, como se vê nas sociedades ocidentais, se incentiva o consumo de bens e serviços em busca dos resultados das promessas ideais de saúde e beleza. É importante lembrar que, para a autora, ‘commodity’ tem sentido de ‘mercadoria’ e “trata das articulações entre corpo e consumo na contemporaneidade” (nota, p.22). Assim, as análises de Gracia-Arnaiz (2010), Prado et al. (2016) e Viana et al. (2017) corroboram esta tese de Lupton (1995), que aponta tal movimento de colocar a saúde e a beleza estética como bens de consumo.

A gestão de risco em saúde envolve o controle do peso e tem como principal orientação o controle da alimentação. Oliveira-Costa et al. (2015) observaram nos resultados de sua pesquisa que as orientações nutricionais, assim como os hábitos alimentares, passaram a ser adotados em função do controle de riscos em saúde. Nesse caso, também notamos a mediação de uma racionalidade nutricional nas escolhas dos alimentos. É importante lembrar que, para Viana et al. (2017), escolhas alimentares baseadas em orientação nutricional, a fim de controlar riscos em saúde, é um aspecto do conceito *racionalidade nutricional*. (p. 451). Estas escolhas, feitas com o intuito de prevenção de doenças, contudo, são diferentes das que apareceram nas outras pesquisas, em que a racionalidade nutricional era adotada para obter ganhos em saúde, aprimoramento e, principalmente, uma estética esbelta. Para Oliveira-Costa et al. (2015), os artigos que pesquisaram mostram que uma visão ‘patogênico-centrada’ prevalece em relação a perspectivas salutogênicas. Nesse sentido, falam em “patologização da alimentação”, considerando certas práticas alimentares como atitudes de risco. Além desta, patologizam os demais comportamentos que podem oferecer risco de doenças, como o sedentarismo e o tabagismo, por exemplo.

Para Viana et al. (2017), como vimos, a alimentação é instrumento de um novo modelo de saúde, no qual o risco é tratado como a própria doença. Este processo se assemelha ao que abordou Greene (2007), em relação aos fatores de risco para doenças cardiovasculares, que passaram a ser considerados doenças crônicas. Viana et al. (2017) ainda apontam um importante desdobramento desse processo de medicalização, que é a “tirania da saúde”, em que o indivíduo deve se manter dentro de uma margem de “saudabilidade” (p.448). O significado desta última expressão parece ter relação com a ‘saudização’ (“*healthism*”) de Crawford (1980), na medida em que faz parte dessa “cultura” da “tirania da saúde” e na medida em que a saudabilidade é alcançada através do autocuidado. Porém, controlar o risco em saúde através da patologização e da medicalização de práticas cotidianas, como no caso da alimentação, são consideradas por Oliveira-Costa et al. (2015) como “distorções da promoção da saúde” (p.1960). A questão é que, nesse caso, hábitos de prevenção e até medicamentos são prescritos a pessoas saudáveis e que não pertencem a grupos de risco.

A mensagem que a promoção da saúde passa é de que os hábitos preventivos sejam adotados no cotidiano, constituindo um novo estilo de vida. Como mencionamos na análise dos artigos, alguns autores afirmam que transtornos alimentares – como as dietas muito restritivas da anorexia – “passaram da condição de patologia para a categoria ‘estilo de vida’ (Goldenberg, 2005 apud Witt e Schneider, 2009, p. 3914)” e “o “estar de dieta” passou de condição temporária a permanente para a maioria das pessoas [...]” (Garner & Wooley, 1991 apud Gracia-Arnaiz, 2010). As pessoas que não adotam um estilo de vida considerado saudável – ou não conseguem adotar – além de sofrerem julgamento moral, sofrem julgamento de terem problemas psicológicos e até de incompetência intelectual – seguindo a linha da responsabilização individual e do *psicobiologismo*, abordado por Crawford (1980), como aparece no artigo “Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento” (2015). Araújo et al. (2015) fazem crítica a isso, como sendo mais uma forma de culpar unicamente o indivíduo por sua dificuldade em praticar hábitos saudáveis, convencendo-o de que ele têm que praticar tais hábitos.

No contexto atual, esse estilo de vida dito “saudável” é estimulado nas redes sociais, sobretudo no Instagram e no YouTube, pelos chamados *digital influencers*.⁸⁹ Entretanto, não compartilham seu estilo de vida somente por adotaram tais hábitos e porque acreditam nisso, mas principalmente porque ganham dinheiro de diferentes marcas para promover seus

⁸⁹ Os *influenciadores digitais* (tradução nossa) são pessoas que compartilham suas rotinas de alimentação (com dicas, dietas, receitas, vídeos e fotos dos pratos), atividade física (também com dicas, séries de exercícios e vídeos, além de fotos de “antes e depois”), moda, maquiagem e estilo de vida, principalmente.

produtos – os quais têm relação com o perfil de cada influenciador. Esses perfis se tornaram importantes instrumentos de marketing, pois os influenciadores digitais, como o próprio nome já diz, são formadores de opiniões nas redes, criando tendências e influenciando, desse modo, os comportamentos de consumo de uma gama enorme de pessoas. *Digital influencer* se tornou uma carreira profissional, em que, inclusive, há muitos profissionais de saúde, como principalmente nutricionistas e educadores físicos. Mas também há muitos médicos, de diferentes especialidades – dermatologistas, cirurgiões plásticos, endocrinologistas, entre outros – que se tornaram *digital influencers*. Existem vários nichos desse mercado digital e, entre os mais acessados, estão saúde e bem estar. Dentro de saúde e bem estar, se destacam os seguimentos: emagrecimento, fitness, moda e beleza. No contexto atual, são muitos os *digital influencers* que se destacam nessa carreira e influenciam nas tendências de estilo de vida. Todo o conteúdo que produzem para compartilhar é pensado para atingir determinado público e assim vender os produtos que divulgam. Com isso, mais marcas fecharão negócio com a página. Aqui podemos observar mais uma vez a atualidade da relação de consumo com a saúde. Nesse caso, sobretudo a relação da promoção da saúde com a publicidade – o que também pode ser positivo com relação a passar informações e esclarecimentos à população sobre saúde. Contudo, a publicidade e a comunicação em saúde ficam também atreladas à venda de produtos, que incluem o foco na estética. Paralelamente, há os *digital influencers* ativistas em favor da diversidade de corpos, como o “Movimento Corpo Livre”, da influenciadora Alexandra Gurgel e os que defendem a aceitação social do corpo gordo, como a ativista Prof^a Dr^a em filosofia Malu Jimenez e o publicitário Caio Revela. O principal foco destes influenciadores é o ativismo pela inclusão social de pessoas gordas e os apontamentos sobre os tipos de gordofobia que ocorrem nos mais diferentes setores da sociedade brasileira. A partir de postagens e vídeos abordando situações e eventos sociais em que eles e outras pessoas gordas aparecem se divertindo e se relacionando, buscam mostrar que gordos têm direito de viver com seus corpos como são ou estão. Tal como defende o “Movimento Corpo Livre” em sua Bio⁹⁰, no Instagram, uma mudança no olhar sobre beleza e que “todo corpo merece respeito e amor.” Estes ativistas também lançam mão de alguma publicidade em suas páginas a fim de venderem seus cursos, no caso da Malu, e seus livros, no caso da Alexandra. A Malu Gimenez é fundadora do grupo de estudos “pesquisa Gorda” e idealizadora do projeto “Lute como uma gorda.” A divulgação desse material busca conscientizar acerca dos atravessamentos sociais de ser gordo no Brasil.

⁹⁰ Bio se refere à uma espécie de biografia resumida em 150 caracteres. Isto é, trata-se de um espaço de apresentação e descrição do perfil, que fica logo abaixo do nome e da foto, no cabeçalho da página.

Os autores dos artigos que abordaram pesquisas feitas com conteúdos de mídias – revistas femininas e jornal Folha de São Paulo – Prado et al. (2016) e Oliveira-Costa et al. (2015), não mencionaram as mídias virtuais, que também veiculam matérias, propagandas e todos os demais conteúdos dos influenciadores digitais. Embora as pesquisas destes autores tenham sido feitas a partir de mídias impressas e específicas, poderia ser interessante que mencionassem a existência e crescimento destas redes digitais. Contudo, levantaram questões importantíssimas, que têm permeado os discursos da mídia e das pessoas, como a farmacologização da comida, o hiperconsumo e tudo o que envolve o estilo de vida saudável tão propagado. Estas mídias, ao mesmo tempo que mostram essa cultura de saudização (*healthism*), veiculam tudo o que os indivíduos precisam consumir para adotar tal estilo.

Os quatro tópicos que discutimos são atravessados pelas questões do autocuidado, controle de riscos em saúde e consumo (que envolve as indústrias e a publicidade). Podemos dizer que não é possível, numa sociedade capitalista, dissociar a questão do consumo dos cuidados com a saúde, tendo em vista que tais cuidados envolvem a aquisição de produtos – sejam estes farmacêuticos, alimentícios, coisas para o bem estar em casa, acessórios para atividade física ou outras utilidades indicadas – e serviços, bem como políticas públicas de saúde e urbanas (ecológicas). Contudo, observamos a partir da análise destas publicações, que há um excesso de consumo e de estímulo a isso. Como vimos nos artigos, as indústrias exploram esse mercado da saúde ao máximo, se valendo da publicidade e das pesquisas na área biomédica, fomentando, assim, um comportamento consumista por parte dos indivíduos que buscam estar dentro da norma e do ideal de saúde. O nicho da saúde passou a abranger prevenção, beleza, retardo do envelhecimento e aprimoramento (*enhancement*), que também passaram a ser objeto de medicalização.

A partir da análise dos artigos, concluímos que a medicalização do corpo gordo, no contexto atual, nas sociedades ocidentais, principalmente para as mulheres, tem função para além da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Tratar a obesidade, isto é, emagrecer, então, pode promover beleza estética, bem estar e mobilidade social, o que pode permitir ao indivíduo mais possibilidades de ascender socialmente e financeiramente. Por outro lado, a medicalização e a pressão dos padrões estéticos pode promover sofrimento psíquico e prejuízo nas relações sociais para os que não conseguem emagrecer, ou manter o corpo magro, seja por desigualdades sociais, fatores fisiológicos ou ambos. Relativizar o corpo magro como ideal e promover a diversidade de corpos pode ser um avanço muito positivo em vários sentidos: na diminuição do *estigma* e, com isso, podendo haver menos discriminação e mais equidade de acesso no campo profissional, por exemplo, entre outros ganhos. Ao mesmo

tempo, politizar a medicalização do corpo gordo, discutindo os interesses em jogo, como os lucros da indústria do emagrecimento, também urge. No campo médico, um passo importante pode ser discutir a desmedicalização do sobrepeso. Isso ainda não é uma questão para quem medicaliza, tendo em vista que defende o status de doença para o corpo gordo. Porém, certamente faria diferença para as pessoas gordas.

REFERÊNCIAS

ABESO. *Diretrizes Brasileiras de Obesidade*. 4ª ed. São Paulo: 2016.

ARAÚJO, K. L.; Pena, P. G. L.; Freitas, M. C. S. *Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, n.9, pp. 2787-96; Rio de Janeiro: 2015.

BAUDRILLARD, J. (1970). *A sociedade de consumo*. Lisboa: Elfos, 1995.

BOURDIEU, P. *Sociologia*. Organização da coletânea: Ortiz, R. Tradução: Monteiro, P. e Auzmendi, A. São Paulo: Ática, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde.

BREWIS, A. A. *Obesity: cultural and biological factors*. In: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2nd edition, v.17, pp. 82-87; 2015. [SL].

CANGUILHEM, G. (1966). *O normal e o patológico*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARVALHO, M. *Comunicação, Medicina e Evolucionismo: estudo de caso dos média brasileiros*. *Observatorio (OBS*) Journal*, 7 ; pp. 311-329; 2008. [SL].

CASTIEL, L. D.; GUILAM, Maria C. R.; FERREIRA, Marcos S. *Correndo o Risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2015.

CLARKE, A. E. et al. *Biomedicalization: technoscience, health and illness in the U.S*. Duke University Press; Durham e London: 2010.

CONRAD, P. *The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press; Baltimore: 2007.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Temple University Press; Philadelphia: 1992.

CORI, G. C.; Petty, M. L. B.; Alvarenga, M. S. *Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos: um estudo exploratório*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, n.2, pp.565-576; Rio de Janeiro: 2015.

CRAWFORD, R. *Healthism and the Medicalization of everyday life*. *International Journal of Health Services*, Baywood Publishing Co. Inc., v.10, n.3; 1980. [SL].

DRESSLER, W. W. et al. *Eating, drinking and being depressed: the social, cultural and psychological context of alcohol consumption and nutrition in a Brazilian community*. *Social Science & Medicine* 59; pp. 709–720; 2004. [SL].

FONSECA, A. B., et al. *Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições socioantropológicas para a pesquisa em nutrição*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.9, pp. 3853-62; Rio de Janeiro: 2011.

FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade. Curso no College de France (1975-1976), pp. 285-315; São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. Segurança, território, população. Curso no College de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GARD, M.; Wright, J. *The obesity epidemic: science, morality, ideology*. Routledge. Taylor & Francis group; New York and London: 2005.

GOFFMAN, E. (1963) *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Coletivo Sabotagem; 2004. [SL].

GRACIA-ARNAIZ, M. *Fat bodies and thin bodies: cultural, biomedical and market discourses on obesity*. Contents lists available at Science Direct Appetite 55, pp. 219–225; 2010. [SL]. Disponível em: <www.elsevier.com/locate/appet>

GREENE, J. A. *Prescribing by Numbers: drugs and the definition of disease*. Johns Hopkins University Press. Baltimore: 2007.

HALPERN, B. et al. *Obesity and COVID 19 in Latin America: a tragedy of two pandemics – official document of the Latin American Federation of Obesity Societies*. Obesity Reviews, v.22, issue 3, 23 November, 2020. [SL]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com>

HALPERN, B. *Você sabia? Quando ganhamos peso, aumentamos o número de células de gordura. Porém, quando perdemos, diminuímos apenas o tamanho, e não o número!*

Disponível em:

<<https://www.facebook.com/DrBrunoHalpern/photos/a.1225419254255189/2065001760296930/>> Acesso em: 16 de novembro de 2020.

_____. *Artigo publicado sobre “Obesidade Controlada.”* Disponível em:

<https://www.instagram.com/p/CElwUbSHs1r/?utm_medium=share_sheet> Acesso em: 1 de setembro de 2020.

HALPERN, B.; MANCINI, M. C. *Controlled obesity status: a rarely used concept, but with particular importance in the COVID-19 pandemic and beyond*. Italian Society of Endocrinology (SIE) *In: Journal of Endocrinological Investigation*. 2020. [SL].

ILLICH, I. *Medical nemesis: the expropriation of health*. Pantheon Books. New York: 1976.

LEWIS, S. et al. *How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study*. Social Science & Medicine 73; pp. 1349-1356; 2011. [SL].

LUPTON, D. *Corpos, prazeres e práticas do eu*. Tradução: Meyer, D. E. e Santos, L. H. S. Revisão da tradução: Bujes, M. I. E. – Cap. 5 da obra: *The Imperative of Health*. Londres: Sage, 1995.

_____. *Fat*. Routledge is an imprint of the Taylor & Francis Group. New York: 2013.

MANCINI, M. C. (Coord.) *Tratado de obesidade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MALTERUD, K.; Ulriksen, K. *Norwegians fear fatness more than anything else: a qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health*. Patient Education and Counseling 81; pp. 47–52; 2010. [SL]. Disponível em: <<http://www.elsevier.com/locate/pateducou>>

NESTLÉ, M. *Uma verdade indigesta: como a indústria alimentícia manipula a ciência do que comemos*. 2018. Tradução: Heloisa Menzen. Rio de Janeiro: Elefante, 2019.

OLIVEIRA-COSTA, M. S. et al. *Promoção da saúde da mulher brasileira e a alimentação saudável: vozes e discursos evidenciados pela Folha de SP*. Temas livres, pp.1957-64; 2015. [SL].

PARKER, R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (Orgs.). *Estigma e Saúde*, pp. 25-46; Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2013.

PRADO, S. D. et al. *Relações entre alimentação, obesidade, perda de peso e consumo em revistas femininas*. Demetra: alimentação, nutrição e saúde; pp. 1225-43. Rio de Janeiro: 2016.

ORBACH, S. *Gordura é uma questão feminista*. 1978. Tradução: Cinthia Barki. Rio de Janeiro: Record, 1986.

Organização Mundial de Saúde (OMS Brasil). Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_joomlabook&task=display&id=234&Itemid=232>

SEIXAS, C. M.; BIRMAN, J. *O peso do patológico: biopolítica e vida nua*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.19, n.1, pp.13-26; Rio de Janeiro: 2012.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia do Rio de Janeiro (SBEM RJ). Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/obesidade/>>

VIANA, M. R. et al. *A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n.2, pp.447-456; Rio de Janeiro: 2017.

VOGEL, E.; MOL, A. *Enjoy your food: on losing weight and taking pleasure*. Sociology of Health & Illness, v. 36, n. 2, pp.305-317. Amsterdam Institute of Social Science Research, University of Amsterdam; Amsterdam: 2014.

WITT, J. da S. G. Z. W.; SCHNEIDER, A. P. *Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional*. Ciência e Saúde Coletiva, v.16, n.9, pp. 3909-16; Rio de Janeiro: 2011

ZOLA, I. K. *Medicine as an institution of social control*. The Sociological Review. v.4, pp.487-504; 1972. [SL].

ZORZANELLI, R.T.; CRUZ, M. G. A. *O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970*. Interface – Comunicação, Saúde e Educação; pp.721-31; Botucatu: 2018.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JR., B. *Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010*. Ciência e Saúde Coletiva, v.19, n.6, pp. 1859-68; Rio de Janeiro: 2013.

ANEXO A

Artigos resultantes das pesquisas no portal da CAPES e no Science Direct

1 - Apresentação dos nove artigos pesquisados no portal de periódicos da CAPES

Os artigos se referem a quatro tipos de pesquisas: 1º) três artigos sobre matérias publicadas em mídias; 2º) dois trabalhos teóricos; 3º) duas revisões bibliográficas e 4º) dois estudos de campo com sujeitos de pesquisa. Os principais atravessamentos que encontramos nesses trabalhos são: a medicalização do corpo gordo; a epidemia da obesidade; saúde; padrões ideais; questão de gênero; indústrias alimentícia e farmacêutica; sociedade como ambiente obesogênico e, ao mesmo tempo, lipofóbico; cultura; propaganda e consumo. Todos esses temas e alguns desdobramentos são recorrentes nos diferentes artigos, como vemos na análise de conteúdo.

O primeiro artigo, **“Relações entre alimentação, obesidade, perda de peso e consumo em revistas femininas” (Prado, S. D. et al., 2016)**, analisa as mensagens sobre alimentação, obesidade e perda de peso presentes em revistas femininas. Tal pesquisa foi realizada durante o ano de 2014, a partir de duas revistas voltadas para o público feminino de classes sociais mais pobres.⁹¹ Estas mídias construía suas matérias em cima das narrativas de ex-gordas sobre suas experiências, num contexto político e econômico em que haviam ascendido ao consumo. Segundo Prado et al. (2016), este perfil se diferencia em potencial de consumo das classes A e B, para as quais outras revistas estão voltadas – tais como *Boa Forma*, *Marie Claire*, entre outras. Em sua busca bibliográfica acerca do consumo associado a revistas de produtos alimentares, medicamentos e outros itens associados à saúde, doença e autocuidado, os autores encontraram diversos trabalhos voltados para este perfil de classes A e B. O discurso veiculado tem como proposta levar informações, conselhos e “dicas”, através de matérias com celebridades, intelectuais, cientistas, entre outros, considerados pela sociedade referências em tais assuntos.

As revistas analisadas neste artigo foram a *VIVA! Mais* e *Sou Mais Eu*, que tinham “por base editorial a ênfase em depoimento de leitoras sobre os temas veiculados”. (p. 1228). As matérias que foram desenvolvidas a partir das narrativas de leitoras que emagreceram,

⁹¹ Segundo os autores, dados disponibilizados na página eletrônica “Publiabril”, mostraram que 94% do público que adquire estas revistas correspondem a mulheres, sendo a metade com idade entre 15 e 34 anos, 63% moradoras da região Sudeste do Brasil e a maioria pertencente a classes sociais C e D. (p.1227).

tornaram-se centrais e instrumentos para a venda de produtos e serviços ligados ao autocuidado.

Em ambas as mídias pesquisadas, havia seções tanto de estímulo aos cuidados com a estética do corpo e com a saúde, quanto a melhorar o desempenho sexual, a aprender novas formas de ganhar dinheiro, saber seus direitos e à religiosidade. Diversos especialistas estavam sempre presentes nessas reportagens, dizendo o que deveria ou não ser feito para emagrecer. Importante destacar que muitos deles eram vinculados a empresas que comercializam os produtos mencionados nas matérias e recomendados para o emagrecimento, ou vinculados a sociedades científicas ou a clínicas. Algumas falas ilustram:

“A mistura de óleos deixa o processo de digestão mais lento. Com isso, você se sente saciada por mais tempo e evita excessos na comida”, explica o nutrólogo (...nome...), da Associação Brasileira de Nutrologia (2016, p.1233 apud VIVA Mais!, 2014, 700).

“A espirulina age revestindo as paredes do estômago, criando sensação de saciedade”, explica a nutricionista (...nome...), da clínica (...nome...); (...nome...), nutricionista da Rede (...nome...), completa: “ela melhora a produção de serotonina, diminuindo a compulsão alimentar.” “Assim, fica mais fácil [...]”(2016, p.1233 apud VIVA Mais!, 2014, 756).

Dessa forma, os autores observam que, calorias, carboidratos, vitaminas, cálcio, magnésio, entre outros componentes, começaram a marcar presença na linguagem simples, direta e naturalizada das revistas que examinaram. Nesse sentido, destacam a associação entre discurso científico e publicidade mercadológica, que se vale do saber biomédico para comercializar seus produtos. Em seguida, abordam o conceito de *Hipermodernidade*, de Lipovetsky. Identificaram a expressão desse conceito no lançamento semanal de diversos novos produtos, de diferentes formas e em movimento ininterrupto. Nesse cenário, também aparece a ligação da medicalização do corpo gordo com o padrão da magreza e o mercado. Os autores falam do *hiperconsumo* e do *hipercientificismo*, que estariam sendo, cada vez mais, articulados na sociedade contemporânea. Assim, as pessoas acabam ficando reduzidas à condição de meros consumidores, sobretudo diante dos avanços da ciência. Essa situação se articula à lógica concorrencial do mercado e ao investimento da publicidade numa cultura em que tudo é efêmero, ou seja, tudo perde o valor muito rápido, há sempre o desejo, ou melhor, a necessidade de um produto novo, de um recurso novo e daí por diante.

Prado et al. (2016) utilizam em sua análise o conceito de *hipermodernidade*, ressaltando que um mundo de abundância de mercadorias e serviços configura um perfil humano hiperindividualista. Em relação à ciência, sobretudo pelos resultados objetivos

oriundos das pesquisas, seu valor de verdade vem sendo utilizado em abordagens similares a de autores que discutem a medicalização e a farmacologização social da vida contemporânea:

Em movimento orientado por uma específica racionalidade nutricional, a medicalização no âmbito da nutrição e a farmacologização da comida se expressam na intensificação do consumo de dietas e produtos associados aos ideais de corpo magro divulgados nas revistas aqui em exame. (2016, págs. 1234-1235).

Os autores fazem crítica à disseminação e popularização de dietas, ressaltando que especialistas de formação predominantemente biomédica, instituições acadêmicas e estudos científicos estavam sempre lá para comprovar a veracidade dos conhecimentos veiculados. Os autores afirmam ainda, que há uma “vulgarização da ciência” (p.1235), uma “pseudociência” (p.1235), que sustenta os produtos e serviços desse mercado de emagrecimento fácil e rápido. Essa cultura das dietas, mediada pela racionalidade nutricional e pelo incentivo ao consumo, acaba por reduzir a alimentação à ideia de dieta biomédica contemporânea, bem como o corpo gordo, visto pela lente da biomedicina, se constitui como obesidade, sendo situado como fenômeno biológico. Os autores apontam que o contexto histórico, a obesidade como fenômeno social e as relações sociais mediadas pela comida não são mencionados. A vida fica reduzida ao corpo em atividade bioquímica, fisiológica ou patológica. Assim, consideram necessária a desnaturalização das concepções biomédicas da alimentação, além da contextualização nessa sociedade hipermoderna e a análise dos interesses em jogo. Nesse cenário, observam uma forte desestruturação dos modos tradicionais de comer, conformando tempos simultaneamente *lipofóbicos* e *obesogênicos*. Cada um desses polos reflete as relações sociais e de poder, tanto produzidas a partir das pesquisas científicas em torno da obesidade, quanto a partir das indústrias e do mercado editorial. O discurso científico, tendo adquirido estatuto de “verdade”, se expressa na disciplinarização do indivíduo, que segue se ocupando com a busca de autodisciplinas para a perda de peso.

O segundo artigo sobre matérias de mídias, intitulado “**Comunicação, Medicina e Evolucionismo: Estudo de Caso dos Media Brasileiros**” (Carvalho, 2008), aborda uma discussão acerca da posição do médico Dráuzio Varella como porta voz do saber médico enquanto colunista do jornal *A Folha de São Paulo*. Assim, Carvalho (2008) classificou o trabalho de Dráuzio, que tem as funções de médico e jornalista ao mesmo tempo, como *Médico-jornalista*. A autora identificou o *médico-jornalista* como *intelectual-jornalista*, tal como definiu Bourdieu, na medida em que defende certa ordem estabelecida, tendo como base as concepções político-econômicas liberais atuais. Carvalho (2008) observou que Varella

defende veementemente o modelo darwiniano acerca da saúde, particularmente da obesidade como doença ou epidemia de origem ancestral. Se o contexto socioeconômico parece ter levado à chamada “*epidemia mundial de obesidade*” (OMS, 2003 apud Carvalho, 2008), no discurso médico e institucional, bem como nos meios de comunicação, a conduta alimentar individual aparece como a principal causa. Com isso, “passam a ser valorizadas políticas de controle de si, baseadas na culpabilização e responsabilização dos indivíduos sobre o que e quanto comer em um ambiente de acesso ou excesso ou de facilidades e fartura” (p.313). Paralelamente, há os que vêem essa epidemia a partir de aspectos genéticos, embora não seja a explicação predominante no meio científico. A abordagem evolucionista tem origem na teoria do “gene poupador”, do geneticista americano James Neel. Porém, a concepção evolucionista generaliza o conceito de gene poupador e explica a tendência à obesidade a partir da evolução humana, segundo a qual seríamos descendentes de homens e mulheres que sobreviveram a situações de penúria.

A autora destaca que tal perspectiva evolucionista tem outras implicações, como o fato de ser uma maneira de naturalizar a obesidade em pessoas pobres. Quando a obesidade é relacionada à pobreza, o determinismo fisiológico estende-se a um determinismo social, podendo levar à medicalização da própria pobreza - tendo em vista que, junto ao determinismo fisiológico, a pobreza está na raiz da “doença”, sendo um agravante da epidemia mundial. Carvalho (2008) ressalta que embora a obesidade tenha adquirido o estatuto de doença, deve-se considerar ainda todos os aspectos sociais e morais aos quais o obeso, ou o indivíduo com sobrepeso, está sujeito na atualidade.

Os veículos de comunicação fazem as escolhas das fontes, pautas e matérias de acordo com os critérios estipulados pelos jornalistas e interesses em jogo. Contudo, a autonomia do jornalismo é relativa, pois depende de forças externas exercidas por outros campos, sobretudo pelo setor econômico - tendo em vista que para exercer sua função, o jornalismo fica na dependência dos anunciantes, investidores e oscilações do mercado. Ao mesmo tempo, o campo jornalístico tem influência sobre outros campos e isso se dá a partir da enunciação do que Bourdieu denomina *veredictos*. São os balanços anuais e listas dos “melhores”, comuns nos veículos de notícias e que fazem subir ou descer a “cotação” de políticos, artistas, intelectuais, cientistas, etc. Tais *veredictos* são dados pelos *intelectuais-jornalistas*. A partir de seus pareceres acerca de determinada questão de seu campo de especialidade, o *intelectual-jornalista* também dá acesso ao público não especialista a um discurso novo e que pode auxiliá-lo em questões individuais e até coletivas. Dessa forma, o *intelectual-jornalista* passou a ter legitimidade no jornalismo. Além disso, esse personagem acaba por constituir-se

como “produto”, pois serve aos propósitos comerciais dos veículos de comunicação, além de transformar em produto o que diz e o modo de dizer. Carvalho (2008) observa que Dráuzio Varella se presta a ser o *intelectual-jornalista* do campo da saúde.

O lugar do *intelectual-jornalista* é um “meio-termo mal definido entre o esoterismo universitário e o esoterismo jornalístico” (Bourdieu, 1997, p.111 apud Carvalho, 2008, p.321). A autora nota que isso ocorre nas colunas de Varella, quando ele tende a não citar as fontes ou as referências científicas das quais se vale para construir seus argumentos e colocar suas ideias sobre saúde. É como se a suposta autoridade médico-científica de Varella bastasse para conferir legitimidade a afirmações que faz. Sua posição é de médico e jornalista ao mesmo tempo, expõe conteúdos do discurso biomédico de maneira direta e objetiva, muitas vezes lúdica e até sarcástica, como um jornalista. Sua postura é de um ‘educador em saúde para as massas’. Sua fala de médico-jornalista é legitimada pela mídia. Com isso, reveste-se de seu direito e também “faz uso de um discurso não científico, repleto de metáforas, “certezas” e juízos de valor, ou seja, cientificamente desqualificado, mas ainda assim estatutário” (p.322). Além disso, para Carvalho (2008), seu ponto de vista radicalmente evolucionista tem importante implicação quando trata da questão da obesidade, tema, inclusive, constantemente demandado a ele. Tal visão darwiniana acerca da obesidade e do sobrepeso é criticada pela autora, que a considera reducionista e tendendo à medicalização da pobreza – vista como importante fator no desencadeamento da obesidade. A radicalidade darwiniana, por sua vez, não se restringe ao tema da obesidade, inclusive, porque seu discurso não fica só na área da saúde, critica Carvalho (2008). Ele parte da saúde para fazer julgamentos sobre outras áreas e o faz segundo o mesmo ponto de vista evolucionista característico de seus argumentos – o que conduz à naturalização e à medicalização de questões sociais, particularmente da pobreza. A pobreza, então, passa a ser vista como um problema de saúde e não como um problema social.

O terceiro artigo acerca de matérias midiáticas é o **“Promoção da saúde da mulher brasileira e a alimentação saudável: vozes e discursos evidenciados pela Folha de SP” (Oliveira-Costa, M. S. et al., 2015)**. Este trabalho analisa o discurso de sete textos sobre o tema da alimentação e sua interface com a saúde da mulher, publicados em 2013, no jornal impresso Folha de São Paulo. Foi utilizada como metodologia a análise de discurso que, segundo as autoras, permite considerar as propriedades discursivas propagadas socialmente, por compreender o ato da linguagem como parte relevante do processo informacional e comunicacional. Os fundamentos que orientaram tal estudo consideraram a informação como discurso e a forma como as mídias agiram diante desse discurso. Foram identificadas as vozes

emissoras do discurso e as categorias discursivas que emergiram do texto midiático: “quem informa, sobre o quê e como informa e as implicações sociais dos textos jornalísticos na comunicação de informações e na construção de compreensões sobre a saúde da mulher e sua alimentação.” (p.1958)

Os sete artigos analisados foram: 11/02 - “Precisei ficar ‘presa’ no hospital para parar de comer”; 29/03 - “Você recupera o peso com a mesma facilidade com que perde”; 19/05 - “Cesárea pode ser causa de obesidade durante vida adulta”; 10/07 - “Reduzir estômago eleva risco na gravidez”; 17/08 - “Mulheres terão limites mais rígidos para colesterol ‘ruim’”; 26/11 - “Gordura emagrece?”; 22/12 - “Mulheres usam diários sobre a própria dieta para criar produtos” (p.1959). As autoras observaram que estes textos eram permeados pelo discurso científico, com recomendações a partir de pesquisas recentes, citação de periódicos e falas de pesquisadores e profissionais de saúde, de modo a legitimar o conteúdo publicado. Além dos representantes do saber médico, havia também falas de fontes ligadas à indústria alimentícia e usuárias que divulgam e vendem sua dieta.

Segundo Oliveira-Costa et al. (2015), em um dos textos havia um contraponto de um pesquisador a uma fonte ligada à empresa de suplementos alimentares, em que contestava o suposto benefício do óleo de coco propagado pela marca, argumentando que não havia comprovação sobre seu potencial de emagrecimento. Na mesma matéria havia os depoimentos das usuárias, ora comprovando o resultado positivo, ora apresentando efeitos colaterais negativos com o uso. Em outro texto, leitoras que passaram a lucrar com a divulgação de suas dietas, como uma advogada que criou um blog com suas receitas para emagrecer, ganharam voz e foram valorizadas pelas mídias que as publicaram. Os depoimentos dessas mulheres tornaram-se histórias de sucesso, não só pelo emagrecimento, mas também pelo movimento de empreender com as dietas. As autoras criticam o fato de que tal conteúdo é promovido pelo jornal sem nenhum contraponto, sobretudo por causa do risco das dietas veiculadas de forma indiscriminada. Em seguida, Oliveira-Costa et al. (2015) afirmam que as mulheres são as principais consumidoras de temas em saúde na imprensa, mas as falas de cidadãs comuns aparecem pouco nos artigos. Quando estas falas surgem, estão sempre atreladas a artifícios para emagrecer, sem citar os benefícios da alimentação saudável ou os riscos relacionados a dietas. Assim como os profissionais de saúde, que não incentivam explicitamente a mudança nos hábitos para uma alimentação saudável, apenas reforçam a ideia de atingir à meta. As autoras questionam qual seria essa meta, pois não se explica se é a saúde, ou só a redução do colesterol, deixando a informação vaga para o leitor.

Oliveira-Costa et al. (2015) destacam o conceito de risco à saúde e a sua relação com a prática alimentar, nutricional ou de suplementação, como onipresente na maioria dos artigos que analisaram. Tal onipresença do discurso do risco nas matérias jornalísticas reproduz, segundo a análise das autoras, o status atual que esse discurso ocupa em nosso tempo, que se refere a um controle social a partir do controle epidemiológico. Ainda ressaltam que a comunicação do risco feita pela mídia reforça a retórica do risco voltada ao estilo de vida. Conforme identificado nas matérias, observam que este discurso relaciona práticas inerentes à vida, como alimentar-se ou engravidar, a um comportamento de risco ou desvio.

Essa medicalização da sociedade vem assumindo novas expressões que encontram alicerce nas distorções da promoção da saúde, quando o controle da ciência médica passa para além do doente e é reforçado por meio dos conselhos e cuidados que devem ser dispensados a pessoas em perfeita saúde, a fim de controlar seu estilo de vida e com isso reduzir os possíveis riscos. Nesse sentido, de seres viventes que se alimentam passamos a pacientes, que controlam a dieta para evitar riscos cardiovasculares provocados pela ingestão de gorduras, ou a pessoas que consomem produtos específicos, como os óleos vegetais, a fim de manterem magros para com isso obter ou manter a qualidade de vida. (2015, p. 1960).

A vida medicalizada e a saúde como mercadoria fomentam a construção e outra categoria que também aparece nos textos, a “pílula mágica”, que são os medicamentos vendidos com a promessa de emagrecimento fácil e rápido. Além dos remédios, como instrumento de medicalização e consumo, destacam a cirurgia bariátrica. Oliveira-Costa et al. (2015) fazem uma crítica a esses instrumentos, sobretudo os remédios e as cirurgias, mas também as dietas radicais veiculadas pela mídia. Ao mesmo tempo, defendem o autocuidado como forma de prevenção e promoção de saúde. Nesse sentido, mencionam um congresso recente da Associação Latino Americana de Ciências da Comunicação (ALAIIC), em que apresentou-se o discurso produzido em 2011 sobre os emagrecedores em quatro revistas semanais brasileiras, sendo este discurso contrário, incompatível, à dimensão defensora da promoção da saúde. De acordo com Oliveira-Costa et al. (2015), os textos não conceituam adequadamente os riscos, omitem as controvérsias do campo científico e político e adotam como verdade absoluta apenas um lado da questão (p. 1961).

O discurso desses artigos da Folha de São Paulo, na visão das autoras, ao associarem informações científicas sobre alimentação e procedimentos médicos a exemplos de beleza, saúde e estilo de vida constroem ideais e estereótipos de saúde feminina. A busca por atingir esses ideais acaba sendo com ênfase nas soluções instantâneas, de concepção biológica e associadas ao consumismo de bens e serviços. Nesse sentido, Oliveira-Costa et al. (2015) criticam o fato de muitas mulheres não terem o amplo conhecimento dos riscos ligados aos

remédios e suplementos para emagrecer e atribuem a popularização dos uso de emagrecedores ao que chamam de “militarismo do peso”, isto é, ao padrão estético rigoroso da magreza.

Os padrões de beleza ao longo da história têm levado as mulheres, em particular, a fazer dietas variadas sem muito conhecimento de riscos e benefícios. Na análise dos discursos percebeu-se expressões contraditórias acerca do uso de sibutramina com a finalidade de controlar o peso.” “Trechos discursivos da reportagem intitulada “Você recupera o peso com a mesma facilidade com que perde” revelam tal dicotomia [...]

Oliveira-Costa et al. (2015) concluem que as informações que circulam na imprensa sobre saúde da mulher e alimentação impactam os sentidos atribuídos à saúde e qualidade de vida feminina, bem como sua relação com alimentação e com o peso. As reportagens evidenciam, sobretudo, os aspectos relativos à visão ‘patogênico-centrada’ e poucas são as iniciativas profissionais originalmente salutogênicas.” (p.1263). Finalmente, a medicalização e o risco são centrais nos discursos das matérias. Para as autoras, as instituições de formação do profissional de saúde devem fazer uma revisão quanto à capacidade crítico-reflexiva, sobretudo dos médicos, em relação ao uso de medicamentos como medida central da ação de saúde. Isso “imprime à academia maior responsabilidade quanto ao desafio de formar sujeitos capazes de tornar o usuário partícipe de sua saúde, em superação ou controle da doença, e que o cuidado seja a base de sua prática, não o lucro.” (p. 1263).

O primeiro trabalho teórico resultante da nossa pesquisa foi um ensaio intitulado “**O peso do patológico: biopolítica e vida nua**” (Seixas, C. M. e Birman, J., 2012). Neste artigo, os autores buscaram analisar a construção histórica da obesidade como doença, partindo de diferenciação entre o normal e o patológico. O texto faz uma crítica ao tratamento da obesidade e, a partir de uma leitura foucaultiana, visa apontar a mudança da perspectiva antiga do cuidado de si para uma medicalização da vida na atualidade.

Seixas e Birman (2012) abordam Agamben (2002), que usou a diferenciação grega entre *zoé* – o simples fato de estar vivo; a ‘vida natural’ – e *bios* – forma de viver própria a um indivíduo ou grupo; a ‘vida qualificada’, para mostrar o apagamento, na Modernidade, dos limites que delimitavam claramente as esferas natural e política da vida na Antiguidade. Nesse sentido, Seixas e Birman (2012) destacam a afirmação foucaultiana retomada por Agamben (2002): “o homem moderno é um animal em cuja política está em questão a sua vida de ser vivente” (1998, p.134 apud Seixas e Birman, 2012). Segundo os autores, em *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua*, Agamben (2002) usa uma figura do direito romano arcaico, o *homo sacer*, para evidenciar a relação entre vida politizada, poder soberano e a vida nua. O caráter da sacralidade vincula-se primeiramente à vida humana como tal. O

homo sacer, no entanto, não está nem na esfera sagrada e nem na humana; é aquele que, paradoxalmente, quem o matasse não estaria cometendo homicídio e, ao mesmo tempo, por ser sacro, não poderia ser objeto dos ritos de sacrifício. A vida nua do *homo sacer*, apontam os autores, é presentificada na atualidade pelos governos totalitários e, sobretudo, por meio de uma biopolítica que se expande por novos territórios. Destacam que para Agamben, “soberania é a esfera na qual se pode matar sem cometer homicídio e sem celebrar o sacrifício, e sacra, a vida que foi capturada nesta esfera” (2004, p.91 apud Seixas e Birman, 2012). Seixas e Birman (2012), então, ressaltam que este autor aponta para uma ampliação da decisão sobre a vida nua para outras figuras soberanas, como é o caso da medicina. Tendo em vista o valor político que a vida passou a ter, na vida moderna o biológico é também biopolítico e a decisão sobre a vida e a morte passa a ser do médico.

Levando essa discussão para a problemática da obesidade, Seixas e Birman (2012) colocam que “a determinação do emagrecimento como conduta esperada responde a uma estratégia política que visa, em última análise, ao avanço sobre as últimas fronteiras da individualidade moderna.” (p.22). Nesse contexto, ponderam que a sobrevivência apresenta-se de modos variados no intervalo entre a vida qualificada e a vida sem valor. “A obesidade, por seu valor negativo, do ponto de vista sanitário e estético, é uma das figuras da vida nua a ser normatizada pela medicina” (p.22).

O ponto crucial do texto é o tratamento da obesidade, que está sempre na berlinda. Segundo avaliação dos autores, aquilo que na Antiguidade consistia na busca da saúde referida na percepção do corpo, na Modernidade torna-se exigência de emagrecimento. Considerando a íntima relação entre política e o registro do corpo, observam que as orientações sobre emagrecimento reiteram um discurso medicalizante, em que a obesidade é uma doença a ser curada. Nesse sentido, Seixas e Birman (2012) falam sobre o livro de Gard e Wright, o *The Obesity Epidemic* (2005). Destacam que este trabalho busca identificar pontos obscuros nas teorias sobre a Obesidade, para os quais outros saberes também são convocados a opinar e a questionar os impasses do modelo médico-científico. Os autores mencionam que Gard e Wright (2005) propõe que a produção científica sobre a obesidade, assim como a crítica popular, são uma mistura complexa de incertezas científicas e concepções familiares, morais e ideológicas. Seixas e Birman (2012) apontam que o posicionamento crítico desses autores é radical e recoloca a discussão acerca dos limites científicos da medicina, assim como sua submissão aos dispositivos biopolíticos no que diz respeito ao controle da obesidade. Observam que o saber médico, então, expressão da soberania moderna, estabelece

como se deve viver e exclui com suas pesquisas e dados estatísticos o obeso do campo de possibilidades de vida.

Nesse cenário, o que vale como regra não é mais a ‘arte de viver’ que visa à justa medida de uma vida qualificada, muito menos a ‘normatividade vital’ na singularidade de cada um com seu meio, mas a regra comum que preza a saúde perfeita de um povo. O corpo obeso como vida nua expõe a precariedade de um campo aberto a novas intervenções, um corpo sem valor, matável por qualquer um que deseje sobre ele intervir, mas insacrificável, posto que tributário da fraqueza individual. Reitera-se, assim, o sofrimento centrado no sentimento de insuficiência que lança o indivíduo numa busca incessante de novas fórmulas e técnicas que possam fazê-lo adequar-se, ampliando sobremaneira essa zona de indistinção e de subjetivação. (Seixas e Birman, 2012, p.24).

Segundo os autores, a intenção desse artigo foi percorrer uma parte do caminho em direção ao que chamaram de “profanação do tratamento da Obesidade” (p.24) – aludindo ao *Elogio da profanação* (Agamben, 2007 apud Seixas e Birman, 2012). Concluem que o dispositivo médico desloca o corpo e a alimentação para a esfera do sagrado, retirando, com isso, a possibilidade de uso que se pode fazer de ambos. O sacrifício das dietas, com seus rituais próprios, é o que veicula tal deslocamento, que por sua vez, só pode ser atravessado por sua profanação. Nesse atravessamento, é preciso fazer advir um sujeito e que ele possa, nas palavras dos autores, “‘colocar as mãos’ na sua dieta e que ‘jogue’ com seu corpo e sua alimentação, se apropriando dessa relação e do que deseja.” (p.25). Por fim, consideram que a busca incessante pelo emagrecimento nos mostra o paradoxo da forma com que se dá a medicalização: “a exposição de uma impossibilidade de usar o corpo e nele morar e viver.” (p.25).

O segundo trabalho teórico também foi um ensaio, intitulado “**A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil**” (Viana, M. R. et al., 2017). Este trabalho se baseia em uma reflexão teórico conceitual acerca do conceito racionalidade nutricional e sua relação com a medicalização da comida. Os autores buscaram apontar a influência da ciência nas práticas alimentares, sobretudo a partir da suposição de sua hegemonia como detentora de um saber sobre a saúde e de seu discurso de promoção da saúde. A racionalidade nutricional influencia o processo de medicalização da comida na medida em que há recomendações e prescrições do que se deve comer, todas baseadas no que seria ‘bom para a saúde’. Assim, Viana et al. (2017) apontam que a ideia de risco de suposta alimentação inadequada também passou a impactar os hábitos alimentares. Dentro deste escopo do que faz bem para a saúde está o emagrecimento. Com isso, diversas dietas e suplementos alimentares se popularizaram. Nesse sentido, os autores observam que as

peessoas, então, passaram a se preocupar mais com o aspecto nutricional da alimentação em detrimento do aspecto social, agregador nas relações intersubjetivas.

Viana et al. (2017) destacam que muitos fenômenos parecem estar associados à acentuada racionalidade em torno do que comer, como a vasta oferta de alimentos industrializados; a complexidade dos rótulos dos alimentos; as políticas públicas voltadas para veicular a concepção de alimentação saudável; bem como o aumento da criação de sistemas alimentares, cada vez mais sofisticados, além de ploriferação crescente de informações em torno da funcionalidade dos alimentos. A partir da influência do discurso midiático e das informações nos rótulos dos alimentos industrializados, o indivíduo enquanto consumidor é levado a apropriar-se de determinados conceitos nutricionais, fazendo escolhas cada vez mais racionais para sua alimentação. Segundo a visão dos autores, essa atitude racional frente à comida ganhou dimensão expressiva, colaborando para o processo de medicalização. Uma das consequências do processo de medicalização teria sido o surgimento da *tiranía da saúde*, cuja proposta impele o indivíduo se manter sempre saudável e a buscar permanecer dentro desse espectro de *saudabilidade* durante a maior parte de sua vida. Dentro desse processo, surgem as buscas pelo padrão alimentar facilitador da vida saudável. Nesse sentido, a hipótese dos autores é que a racionalidade nutricional colabora para o processo de medicalização da sociedade.

Por conta desse cenário, suspeita-se que a racionalidade nutricional colabora no processo de medicalização da sociedade nos seguintes pontos: 1) descredenciamento do sujeito em escolher a própria comida e por isso sentir-se impelido a buscar maiores informações acerca do tema; 2) elevação de uma suposta má alimentação a uma funcionalidade negativa por atribuir-lhe excessiva responsabilidade em consequências nefastas à saúde sem levar em conta outras particularidades individuais; e 3) na ideia de que comer bem é comer de acordo com princípios científicos, mesmo que não tenha se observado qualquer “descompensamento” alimentar ou dietético nutricional. (p.448).

Viana et al. (2017) fazem uma diferenciação entre as expressões “racionalidade alimentar” e “racionalidade nutricional”(p.450). A primeira surge como o “modelo de dieta a seguir, principalmente em função de objetivos dominantes [...]” (Lima, 1997; Rodrigues, 2007 apud Viana et al., 2017, p.450), como a alimentação do trabalhador, a fim de aumentar sua força de trabalho. Por outro lado, apontam que Rodrigues (2007) mostra que a expressão ‘alimentação racional’ foi fruto do interesse acadêmico articulado a políticas estatais de integração nacional, que marcaram a história política do Brasil nesse mesmo período, do chamado Estado Novo. A segunda, por sua vez, é mais recente e refere-se à prevenção de risco que a não adoção de dieta nutricionalmente equilibrada pode oferecer. A racionalidade

nutricional parte da premissa de que maior racionalidade em torno da escolha alimentar superaria a desinformação que envolve os riscos relacionados a doenças e à obesidade. Viana et al. (2017) destacam o movimento “tirania da saúde”, descrito por Camargo Jr. (2013), em que a questão alimentar e nutricional é levada com rigor, desde a redução das quantidades de comida à proibição do uso de determinados alimentos, pela possibilidade de desencadear algum processo patológico.

Segundo os autores, a medicalização da alimentação é um processo que começou a acontecer com a contribuição de alguns fatores, entre os quais, novas práticas de alimentação associadas à saúde e em busca de beleza, vigor e juventude. O conceito de *gastro-anomia*, de Claude Fischler (1979), foi apontado por Viana et al. (2017) como um facilitador da consolidação de advertências médicas acerca das práticas de alimentação dos indivíduos, na década de 1980. Os autores destacam que, segundo Fischler (2011), na atualidade, as pessoas se sentem desconfortáveis e cheias de conflitos e medos sobre o que deveriam comer e de que forma. O aumento da veiculação de informações relacionadas à alimentação, corpo e saúde feita pela mídia seria uma das causas da *gastro-anomia*. As pessoas passaram a ser expostas a múltiplas e contraditórias informações, além de conselhos conflituosos sobre o que deveriam comer ou não. Tudo isso teria influência no desejo individual, que se expressa nas escolhas alimentares e seria facilitado pelo processo de “comoditização da ciência” (p. 453), em que ocorre a produção de informações que promovem determinados produtos alimentares, como os alimentos funcionais.

Segundo Viana et al. (2017), as novas práticas associadas à saúde e pautadas na valorização da “tríade beleza-vigor-juventude” (p. 453) têm como palco principal as academias de ginástica, que passaram a desempenhar um papel relevante no processo de medicalização da alimentação. Esses espaços de atividade física se propõe a auxiliar nas modificações corporais pautadas nesta tríade, bem como no aumento da performance. A alimentação, por sua vez, antes vista como possibilidade de encontro social com a família ou os amigos, agora encarada como uma via para obter saúde e boa forma.

Os alimentos funcionais ou nutracêuticos adquiriram, dentro da idealização de sistemas alimentares, equivalência axiológica a drogas medicamentosas, aproximando as ideias de medicalização da alimentação e farmacologização desta. (p.452).

De acordo com Viana et al. (2011), os estudos da Nutrição atribuem um sentido ao comer predominantemente racionalizado e biologicista, característico da concepção biomédica hegemônica no âmbito da saúde e desvinculado das questões sociais acerca do

alimento e do comer. Isso se reflete na clínica nutricional, pois, muitas vezes, as prescrições deixam a esfera da prevenção e passam a uma intervenção rígida, transformando o risco em quase-doença. Destacam o papel desempenhado pelas indústrias farmacêuticas e alimentícias em fomentar a medicalização da comida. A fim de comercializar seus produtos, apresentam os que pretendem atender a novas necessidades em saúde, baseadas na "tríade beleza-vigor-juventude" (p.453), criando um nicho mercadológico muito lucrativo para estas indústrias.

A conclusão é que, com a popularização de estudos científicos e resultados de pesquisas – os quais apontam para o papel da alimentação na promoção de um novo modelo de saúde (que busca a "supernormalidade e trata o risco como doença")(p.454) – e considerando a credibilidade da ciência, a funcionalidade dos alimentos vem sendo explorada por determinados setores (como a indústria de alimentos e a publicidade), em busca da criação de novas necessidades nutricionais e alimentares na população, gerando novas demandas - como por exemplo, os suplementos, até então inexistentes. Nesse sentido, os autores ressaltam que a preocupação é a possibilidade de se perder de vista a simplicidade do almoço em família ou do petisco entre amigos, práticas tradicionalmente tomadas como, no mínimo, atitudes de vida saudável.

A primeira revisão bibliográfica é intitulada "**Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional**" (Witt e Schneider, 2009). Neste artigo, as autoras têm por objetivo avaliar a valorização da imagem corporal através do cuidado nutricional, subsidiado pela prática da atenção nutricional. Consideram que "saúde" e "boa forma" são preocupações que perpassam todos os segmentos da sociedade tanto pelos diferentes gêneros, principalmente o pelo público feminino, quanto por diferentes faixas etárias e classes sociais. Um corpo considerado bonito expressa um padrão estético que se destaca desde o início do século: "corpos fortes, torneados, magros e perfeitos." (p.3910). As autoras observam que tal padrão de beleza seria uma imposição da sociedade de consumo atual, que por sua vez, desconsidera as desigualdades e diversidades existentes. Além disso, o padrão de beleza do corpo magro é veiculado como significando "sucesso, controle, aceitação e felicidade." Conseqüentemente, as "mulheres acreditam que, sendo magras, poderão alcançar todos os seus objetivos, sendo a perda de peso a solução para todos os seus problemas." (p.3910). Entretanto, este padrão, que foi imposto como o ideal, não respeita a diversidade de biotipos, o que, segundo as autoras, induz mulheres a se sentirem feias e a desejarem o emagrecimento. Assim, "diversas mulheres caem na armadilha da dieta e aderem a práticas inadequadas" (p.3910), sem se preocupar com a saúde.

A pesquisa bibliográfica foi feita a partir dos seguintes bancos de dados selecionados: SCIELO, LILACS e MEDLINE. Foi pesquisado nos idiomas: português, inglês e espanhol e definidos os seguintes descritores: beleza, corpo, estética, aconselhamento nutricional, nutrição estética e alimentação saudável. Os levantamentos de estudos referentes ao tema escolhido priorizaram o período de 2000 a 2008, para que a pesquisa contasse com dados mais recentes, não excluindo publicações de datas anteriores que possuíssem material pertinente ao estudo e que fossem atuais ainda hoje. Além disso, foram pesquisados livros técnicos, sites de internet e revistas científicas relacionados ao tema principal do estudo.

As autoras destacam a importância que a imagem corporal tem para os indivíduos e para a sociedade - o que é constantemente estimulado pelos meios de comunicação, que se encarregam de “criar desejos e reforçar a imagem padronizando corpos” (p. 3910). Esses corpos, por sua vez, como já mencionado, são corpos idealizados, “corpos perfeitos”. Ressaltam que é notório e predominante nos dias de hoje o culto ao corpo e ao belo, que passaram a ser, inclusive, associados a prestígio.

Pode-se afirmar que o final do século XX e o início do século XXI serão lembrados como o momento em que o culto ao corpo se tornou uma verdadeira obsessão. E a associação corpo e prestígio se tornou um elemento fundamental da nossa cultura brasileira. A busca por um modelo ideal de beleza que nunca foi tão estimulado e valorizado. (p. 3910).

Segundo Witt e Schneider (2009) essa idealização do corpo magro e o aumento da exigência para que as pessoas se enquadrem nesse padrão pode ocasionar ao indivíduo uma relação entre seu estado nutricional e um sentimento de insatisfação. Isto é, quanto mais insatisfeito com sua estética, que não seria de um corpo magro o suficiente, menos se alimenta e, com isso, mais alterado fica seu estado nutricional. Tal insatisfação pode influenciar o comportamento alimentar das pessoas no sentido de buscar dietas que prometam uma “rápida perda de peso e sem sofrimento.” (p. 3910).

As autoras pontuam que a mídia veicula um padrão de beleza que é possível apenas a uma parcela da população mundial, tendo em vista que para atingir esse padrão envolve despesas para diferentes classes sociais e culturais. Mas todos são impactados por esse padrão, de alguma forma, principalmente nas culturas ocidentais. Assim, até indivíduos com o peso dentro dos parâmetros de normalidade, podem sentir-se acima do peso desejado. Segundo Kawalski e Ferreira (2007), citam as autoras, “o corpo ocidental está em plena metamorfose. Não se trata mais de aceitar como ele é, mas sim de corrigi-lo, transformá-lo e reconstruí-lo.” (p. 3911).

A busca e a expectativa das pessoas em atingir esse padrão de beleza é o que provavelmente interliga uma variedade de fenômenos cada vez mais comuns, como a maior incidência de anorexia e bulimia nervosa (Neto, PP; Capari, SNC, 2007 apud Witt e Schneider, 2009). Outra observação muito interessante diz respeito ao fato de que tais distúrbios passaram da condição de patologia para a categoria ‘estilo de vida’ (Goldenberg, M., 2005 apud Witt e Schneider, 2009).

Em relação à nutrição, colocam que o profissional da área de saúde e nutrição não pode estar alheio ao que se passa no mercado midiático com relação a alimentos, tendo em vista toda a conotação simbólica que envolve a comida e o ato de se alimentar. Dessa forma, acreditam que não adianta prescrever dietas e práticas alimentares saudáveis descontextualizadas da forte influência da mídia. Porém, é assim que os discursos sobre práticas alimentares para emagrecimento são transmitidos, representando os interesses de algum segmento. Nesse sentido, Witt e Schneider (2009) observam que são vendidos o tempo todo produtos e serviços que colaboram tanto com a obesidade, quanto com um padrão estético perfeito, construindo, assim, um paradoxo.

Por fim, falam sobre “aconselhamento nutricional”, como “o processo pelo qual os clientes são efetivamente auxiliados a selecionar e a implementar comportamentos desejáveis em nutrição e estilo de vida.” (p. 3913). O nutricionista, “conselheiro nutricional” é, então, apenas um facilitador das mudanças de comportamento. E concluem que a preocupação com a beleza é um processo que tem um impacto negativo sobre a autoimagem, principalmente das mulheres, que se sentem obrigadas a ter um corpo magro. “A pressão cultural para emagrecer é um elemento fundamental da etiologia dos transtornos alimentares, que interage com fatores biológicos, psicológicos e familiares.” (p. 3914). Dessa forma, ressaltam a importância da dimensão educativa dos nutricionistas e profissionais de saúde para a população em geral, “particularmente para as mulheres”, acreditando que o corpo pode e deve ser visto em suas diferentes formas, não se restringindo a padrões estéticos.

A segunda revisão bibliográfica é intitulada “**Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições socioantropológicas para a pesquisa em nutrição**” (Fonseca, A. B., et al., 2009). Neste trabalho, Fonseca et al. (2009) buscaram pesquisar o que o conceito de modernidade alimentar representa para a sociologia e a antropologia, sobretudo a partir de formulações de autores contemporâneos. Os autores privilegiaram abordar as questões relacionadas à alimentação e a mudanças no mundo do trabalho, à ampliação do comércio, à

feminização da sociedade e a identidades. Consideram que tudo isso influenciou diretamente o comensal moderno e determinou suas novas relações com a alimentação.

O conceito de Modernidade Alimentar sintetiza e representa os impactos que a alimentação tem sofrido em função das transformações sociais, econômicas e culturais ocorridas na sociedade contemporânea. Os aspectos centrais deste debate se referem desde uma discussão sobre o grau de estabilidade-desestruturação da alimentação contemporânea ou ainda discussões sobre a pertinência do conceito de classe ou de diferenciação social como geradores de normas alimentares. (p. 3854).

Os autores mencionaram a abordagem de Roland Barthes sobre o fenômeno alimentar. Este autor promove uma discussão sobre a comunicação e a publicidade dirigida ao consumo de alimentos, para abordar a relação do consumidor com a comida. Sua concepção da alimentação na sociedade contemporânea, inspirada na semiologia, fala da comida “percebida como um sistema de comunicação, um corpo de imagens, um protocolo de usos, situações e condutas”. (p. 3854). Após ser comprado e consumido, um alimento passa a ser um signo, que comunica, que traz informações de determinada situação, tornando-se significante. “Na linguística, o signo representa a união de significado - entendido como conceito - e significante, que pode ser uma imagem acústica ou gráfica do elemento.” (p. 3854). Assim, os autores colocam a questão: “de onde surgem as significações alimentares?” (p. 3854). Usam Barthes para responder que por meio da publicidade de alimentos podemos compreender a vasta trama de temas e situações que envolvem essas significações, mencionando três eixos de valores: O primeiro diz respeito à memória e à tradição, em que a comida remete a lembranças de momentos significativos e que se tornaram histórico, perpetuando algumas tradições. O segundo eixo foca no consumidor moderno, utilizando através da publicidade recursos que permitem transferir para os alimentos informações subliminares e, assim, associando-os ao “desejo de querer ser dos consumidores. Podem expressar virilidade, força, leveza, modernidade, associando a comida a uma nova esfera de situações psico-afetivas.” (p. 3854). O terceiro eixo é formado por um conjunto de valores ambíguos referentes ao conceito de saúde. Segundo os autores, o alimento ganha novas significações, para além das funções fisiológicas. Os cuidados com a saúde por meio da alimentação passam a ser cada vez mais valorizados.

Algumas questões contemporâneas, como as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, pela a ampliação do comércio e pela feminização da sociedade, e as novas relações entre o indivíduo e a coletividade, destacam os autores, influenciaram diretamente o comensal moderno e determinaram suas novas relações com a alimentação. A preocupação com a alimentação saudável ganhou destaque e, com isso, as pessoas passaram a observar a

composição nutricional daquilo que ingerem. *Tribos alimentares* se formaram a partir dos diferentes tipos de alimentos consumidos, como alimentos orgânicos, os vegetarianos, macrobióticos, entre outros. Observam que o fenômeno poderia ser entendido como uma espécie de “*alimentalização da sociedade*, numa compreensão similar a existentes acerca das discussões sobre *medicalização*.” (p.3855). O conceito *modernidade alimentar* é definido nesse contexto.

Em seguida, Fonseca et al. (2009) afirmam que “parte das evoluções ocorridas na indústria de alimentos foram impulsionadas por uma tendência social mundial, a qual Fischler (1995) chama de *feminização da sociedade*.” (p.3855). Tal fenômeno foi potencializado principalmente pelo movimento feminista nas décadas de 1960 e 1970, levando a uma feminização do mundo do trabalho na década de 1980. Essa tendência, ressaltam os autores, “tem gerado mudanças marcantes na estrutura e nas relações familiares, além de repercutir de forma considerável no conjunto da sociedade.” Mencionaram a pesquisa “Hábitos Alimentares na Sociedade Brasileira” (2007), cujo resultado apontou que o preparo das refeições, com a exceção do lanche, bem como a elaboração do cardápio, ainda é de responsabilidade da mulher em cerca de 2/3 dos lares pesquisados. As mulheres profissionais, então, vivem a tensão de precisar dividir seu tempo entre a carreira e a família – o que, segundo os autores, estaria gerando uma crise na percepção da sua identidade e de seu papel na sociedade. Esta *crise na identidade feminina* passou a ser um tema explorado pela mídia, que veicula o estereótipo da *super-mulher*. Além desse aspecto, características consideradas femininas, como sensibilidade, criatividade e intuição, estariam em alta, seriam mais valorizadas. Nesse sentido, foi possível aos autores perceberem que homens têm adotado condutas alimentares que eram, até pouco tempo, consideradas femininas, como dietas para emagrecer e consumo de refeições mais leves, em consonância com a *preocupação dietético-cosmética* da modernidade alimentar. De uma forma geral, algumas práticas consideradas próprias da cultura feminina, tendem a ser adotadas gradativamente pelos homens e, por outro lado, também identificam processos de masculinização de mulheres em ambientes dominados por homens – com exceção das mulheres de classes sociais mais baixas.

Fonseca et al. (2009) apontam que as mulheres, então, têm um papel importante nessa adoção de novos hábitos, além de serem reconhecidas como “*cuidadoras* da saúde da família por intermédio da *alimentalização*”, ou seja, por recorrer a diferentes dietas de acordo com as necessidades e doenças de cada um do grupo familiar. O foco vai para as propriedades nutricionais e qualidades funcionais dos alimentos. Tais orientações dietéticas, inclusive, estão cada vez mais presentes nas receitas culinárias, observam os autores. Dessa forma,

Fonseca et al. (2009) consideram importante discutir o papel das identidades em relação à alimentação e seu significado na contemporaneidade. Destacam que “o comensal precisa se identificar com o alimento para reconhecê-lo e significá-lo.” (p.3856). Porém, no contexto atual, essa identificação com os alimentos, principalmente os industrializados, é dificultada pelo desconhecimento do consumidor acerca de sua origem e de seu preparo. Nesse sentido, um dos movimentos que observam é a *reidentificação do alimento*, de onde surgiria o selo de qualidade, a busca da garantia da origem dos alimentos. A marca cumpriria uma função simbólica similar, sendo “um nome, uma referência e uma identidade em potencial para os produtos e, conseqüentemente, para os consumidores” (p.3856). O comensal moderno está familiarizado com os alimentos industrializados e tira proveito de sua regularidade e comodidade de uso, além do status de modernidade. Contudo, apontam os autores, a nostalgia da cozinha caseira permanece viva e é nomeada: como *o feijão da mãe* e *o bolo da tia*, por exemplo.

Aspectos da vida social são pré determinados por tradições, como o casamento e a educação das crianças, reproduzindo certos modelos, não muito questionados e instituídos a partir de interesses familiares e religiosos. Todavia, Fonseca et al. (2009) observam que nas sociedades urbanas contemporâneas, tais determinismos vêm diminuindo substancialmente. Os indivíduos passaram a ter que fazer suas próprias escolhas e se distanciaram do âmbito coletivo, favorecendo, assim, o exercício da autonomia individual. Nesse sentido, apontam que Fischler defende a tese de que essa autonomia, que é crescente, é também “portadora de anomia, compreendida como a ausência de normas e regras [...]” (p.3857), considerando que seria uma “situação de flutuação anômica, de férias dos princípios sociais aceitos” (p.3857), o que traz conseqüências importantes para as representações e práticas relativas à alimentação. Os comensais, com isso, ficam submetidos aos múltiplos apelos da abundante e diversificada oferta de comida da contemporaneidade, bem como a variadas prescrições dietéticas.

Partindo desse contexto, Fonseca et al. (2009) apontam dois conceitos propostos por Fischler: *polifonia dietética* e *cacofonia alimentar*, justamente para representar essa profusão e difusão de informações. Segundo os autores, para Fischler, uma *polifonia dietética* se instalou nas sociedades contemporâneas: “o Estado, o movimento organizado dos consumidores, os médicos de diversas especialidades, a indústria, a publicidade e a mídia, contribuem com essa situação, de maneira mais ou menos confusa e contraditória para o comensal” (p.3857). Esta *polifonia dietética* se funda em uma *cacofonia alimentar*, segundo a qual “os discursos dietéticos se mesclam, se confrontam ou se confundem com os discursos culinários e gastronômicos, os livros de regime com os livros de receitas, os manuais de

nutrição com as guias gastronômicas”. (p.3857). Crescem as prescrições, proibições e padrões de consumo e, nessa *cacofonia alimentar*, o comensal ficaria desnorteado, em busca de critérios de escolha desejaria, sobretudo, “nutrir suas incertezas”.

Neste artigo também é abordado o conceito de *gastro-anomia*, elaborado por Fischler. Os autores observam que existe um interessante jogo linguístico na diferenciação entre *sociedades gastro-nômicas* e *sociedades gastro-anômicas*. Fonseca et al. (2009) pontua que, para Fischler, as sociedades tradicionais que seguem regras alimentares rígidas podem ser classificadas como *gastronômicas*. “Inversamente, ele qualifica as tendências mais modernas da alimentação como *gastroanômicas*, pois tendem a flexibilizar as regras e permitem uma maior liberdade individual” (p.3858). Os comensais dos grandes centros urbanos já não adotam as condutas alimentares tradicionais. “Estudos, tanto no âmbito da epidemiologia nutricional, saúde pública, sociologia e antropologia, têm identificado mudanças nos hábitos alimentares e nas refeições” (p.3858). Houve uma pesquisa, “Hábitos Alimentares na Sociedade Brasileira” (2006),⁹² que não identificou situações de *gastro-anomia* por parte dos entrevistados e mostrou que a profusão de informações parece não ter produzido tensão nos indivíduos. Fonseca et al. (2009) apontam que “segundo a autora, a alimentação foi geralmente relacionada ao prazer, à união familiar e à comensalidade.” (p.3858). Dessa forma, os autores concluem que para pensar o consumo alimentar na sociedade brasileira contemporânea é preciso considerar que há contextos sociais em que as pessoas experimentam a *gastro-anomia* e que há contextos em que associam a alimentação ao prazer. No cenário brasileiro também não se pode excluir as situações de fome e pobreza, que abrangem as sensações e estratégias alimentares envolvidas na escassez ou ausência de alguns alimentos.

Ao final, abordam as transformações no mundo do trabalho, a partir de meados do século XX, em que se estabeleceu uma nova composição social, marcada pela urbanização e pelos desenvolvimentos tecnológico e econômico, articulados a uma reordenação do tempo. Fonseca et al. (2009) destacam que o estilo de vida pouco ativo do contexto urbano tem influência no aumento da obesidade, como tem sido abordado na literatura científica e em discussões acerca de uma *sociedade obesogênica*. Observam que, embora o gasto energético médio tenha diminuído, o mesmo não ocorreu com o consumo alimentar. Dessa forma, “as disparidades sociais em relação ao consumo alimentar e ao gasto energético são consideráveis e implicam na distribuição social da gordura e da obesidade” (p.3859). Ao mesmo tempo,

⁹² realizada pelo Centro de Altos Estudos de Propaganda e Marketing da ESPM (CAEPM) e pela Toledo & Associados.

estudos mostram o aumento no consumo de alimentos pré preparados e prontos e das refeições fora de casa.

Outro aspecto importante na modernidade alimentar abordado no artigo é o que Fischler chama de *sincretismo culinário generalizado*. Com a ampliação do mercado, o aumento na exportação de diversos produtos alimentares, até então considerados raros e exóticos, aumentou e diversificou o consumo. Fonseca et al. (2009) observam que alguns outros autores defendem que os novos alimentos industrializados tendem à padronização, isto é, a uma homogeneização cultural da alimentação, “levando a uma mundialização dos gostos e dos costumes alimentares.” (p.3860). Por outro lado, argumentam que Fischler considera que seria um erro acreditar que a industrialização da alimentação e a distribuição de massa só podem desagregar e igualar as particularidades locais e regionais. Na realidade, em certos casos, a modernidade não exclui, pelo contrário, favorece a formação de particularidades locais. Dessa forma, consideram que se torna imperativo pensar a alimentação e a sua relação com a sociedade e a educação em saúde.

Concluem que “a presença de crenças, valores e significados precisa ser considerada nos estudos sobre consumo alimentar.” (p.3860). Mencionam que no Brasil ainda não há uma produção teórica que dê conta desse fenômeno das mudanças no padrão alimentar. Sendo assim, recomendam um olhar atento para as discussões sobre modernidade alimentar. Os estudos atuais devem compreender o consumo alimentar como um fenômeno social.

O primeiro estudo de campo com sujeitos de pesquisa é intitulado “**Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento**” (Araújo, K. L. et al., 2015). Este trabalho buscou discutir os significados do cuidado em saúde adotados por nutricionistas obesas de Salvador/ BA e compreender suas experiências com a obesidade no cotidiano. A pesquisa foi realizada em 2013, nos espaços de trabalho de serviços de saúde de Salvador e nos domicílios de oito nutricionistas obesas – ou que se sentiam obesas – de 30 a 62 anos. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, de forma que garantisse a integralidade da fala das entrevistadas, seguidas de transcrição na íntegra dos relatos obtidos, além de anotações das observações realizadas no momento da entrevista, em um diário de campo. A interpretação das repostas e observações visou categorizar as temáticas que emergiram dos relatos, as quais versaram sobre o conceito de obesidade, constrangimento, estigma, culpa e sofrimento por não “caber” na sociedade.

Os autores ressaltam a importância do conceito de *estigma* para o “diagnóstico social da obesidade”, que “apresenta uma fronteira entre o corpo proporcional (“normal”) e o que

tem gordura - e esse limite é constantemente negociado com as ciências da saúde e a cultura.” (p.2788). O obeso, então, é desvalorizado e discriminado na sociedade – o que revela a existência de um *estigma* social significativo. Nesse sentido, apontam que “a representação do estado de saúde/doença como in (capacitação) para o trabalho é tradicional nas classes trabalhadoras.” (p.2788). Dessa forma, se excesso de gordura corporal é doença, os gordos estariam incapacitados para o trabalho. Ao considerarem a obesidade uma enfermidade que atinge também profissionais de nutrição, os autores buscaram debater acerca da condição de obesa das mulheres nutricionistas por eles pesquisadas. Para tanto, fez-se necessário conhecer o caminho percorrido por elas em busca do emagrecimento, pautando-se em sua concepção sobre o “processo saúde-doença-cuidado”. (p.2789).

Araújo et al. (2015) destacam que no caso das nutricionistas obesas o paradoxo entre as premissas da sua profissão e seu estado de morbidade torna mais complexo o debate, tendo em vista que a dificuldade de controlar o próprio peso gera um conflito com sua identidade profissional. Esta pesquisa, então, problematizou a dimensão subjetiva dessas nutricionistas, buscando discutir os significados do cuidado em saúde por elas adotados, em face ao seu saber técnico, além de ter buscado compreender suas vivências como obesas. A hipótese da pesquisa foi a de que as explicações acerca do fenômeno da obesidade não seriam aceitas pela sociedade em relação a nutricionistas, justamente por seu conhecimento técnico sobre alimentação, que deve orientar a relação do indivíduo com o alimento e suas implicações na saúde e na regulação do peso. Entretanto, observam os autores, “pautar as práticas alimentares de nutricionistas em função apenas de achados científicos, desconsiderando o sistema socioeconômico e cultural que as cercam é, seguramente, uma desconexão com a vida cotidiana desses sujeitos.” (p. 2790). Além disso, apontam que seria negar o poder da “globalização alimentar”, cujo estímulo ao consumo de alimentos é condizente com as premissas da ciência médica e exerce grande influência na sociedade contemporânea.

A discussão dos resultados se deu através de cinco categorias de análise produzidas nos discursos das nutricionistas:

- 1) “Modelos explicativos da obesidade” - todas as nutricionistas entrevistadas “construíram “modelos explicativos” sobre a sua obesidade na condição simultânea de obesa e profissional que domina as técnicas de emagrecimento.”
- 2) “O imperativo da magreza para a nutricionista: trajetórias percorridas em busca do emagrecimento” – os autores observaram, a partir das narrativas, que as entrevistadas tentavam se apropriar de um corpo que parecia não ser delas. Todas as tentativas de emagrecimento relatadas eram motivadas pela busca de aceitação social, tendo em vista que

sua condição obesa afetava negativamente suas relações familiares e de trabalho. Araújo et al. (2015) observaram também que havia variados métodos e recursos para emagrecimento, tais como: “chás, shakes, pílulas, programas, receitas e dietas que prometem ser milagrosos. [...]”. Acerca do uso de medicamentos, as participantes relataram sua não efetividade a longo prazo. Sobres outras tentativas de emagrecimento, como dietas da moda, afirmaram que também se mostraram falhas. Por fim, os autores observaram que as nutricionistas pesquisadas acessavam dietas que fugiam ao discurso acadêmico, não diferindo de estratégias da população leiga.

3) “Estranhamento da obesidade: no outro, em si” – nos auto relatos sobre obesidade, as entrevistadas pareciam se distanciar do problema para falar da obesidade de outro e não da sua. Ao serem questionadas sobre o conceito de obesidade, duas participantes afirmaram: “É o acúmulo de tecido adiposo. [...]. Mas não necessariamente uma pessoa obesa é uma pessoa doente. [...]. Nem todo obeso vai ser dislipidêmico.” (Beatriz, 30 anos) (p. 2792). “É uma doença que precisa ser tratada com esclarecimento porque as pessoas estão desinformadas.” (Grazy, 42 anos) (p. 2792). Os autores perceberam que, na visão das entrevistadas, o corpo passa a ser sentido como adoecido, pois além do excesso de peso, essa condição aparece nos resultados de exames clínicos laboratoriais.

4) “Com o paciente, a autoridade sou eu!” – os autores inferiram que para a nutricionista obesa traçar diretrizes de práticas alimentares saudáveis junto aos pacientes, faz-se necessário estabelecer um vínculo que propicie a confiança na conduta prescrita. A narrativa de uma das mulheres desse estudo, enquanto nutricionista e paciente, mostrou que a consulta se configura numa relação de obediência e implica na desqualificação daquele que não alcança as metas estabelecidas no tratamento, prescrito pelo nutricionista. Uma delas, ao ser questionada sobre sua atitude diante de um paciente que venha a contestar sua conduta dietoterápica, disse:

“Quando vai me questionar eu já falo de forma técnica. [...] Eu já mostro a ele (paciente) que quem manda na situação sou eu. [...] Eu tenho um tom de voz alto, além de gorda eu sou alta, então eu intimido”. (Beatriz, 30 anos) (p. 2793).

A análise que Araújo et al. (2015) fizeram desse ponto foi que Beatriz parecia “ignorar a sua vivência enquanto “sujeito social”, ao falar como se não considerasse a angústia de quem ouve as proibições do “sujeito profissional”. (p. 2793). Tentou mediar sua relação com o paciente “através da autoridade conferida pelo conhecimento técnico para superar o (possível) olhar crítico do paciente para sua condição obesa”. (p. 2793). Esse manejo, partindo de um “olhar tecnicista, fragmentador e gélido (conforme registro do diário de campo),

quando vem da sociedade sobre si, ignora a angústia da nutricionista – e do mesmo modo ela o faz com o paciente [...]”. (p. 2793).

5) “A culpa do gordo: a obesidade da nutricionista como cárcere” – justificam tal assertiva com relatos de suas entrevistadas, que, segundo eles, revelaram que a experiência da enfermidade (de estar obesa) afeta o corpo, as relações sociais e afetivas. E completam: “as entrevistadas evidenciam que têm fome de ser outra, de ser aquela admirada pelos holofotes da contemporaneidade” (p. 2794). Para os autores desse estudo, na sociedade não há lugar para o “corpo diferente”, como as nutricionistas revelaram em suas narrativas:

Eu passei 08 anos sem ir a eventos sociais porque conhecidas me olhavam e perguntavam: ‘Nossa, por que você está gorda assim?’ A sensação era de que eu tinha cometido um crime. [chora]. Gordo é feio! [ênfase na voz] [...] Ser gordo é crime porque você é que quer ser gordo. [...] A obesidade para mim é um cárcere privado. [...]. Então, ficar em casa para mim era o melhor lugar. Esses quilos me trouxeram a prisão. Eu me aprisionei nesse lugar. [Silêncio e choro]. (Carol, 39 anos). (p. 2794).

Araújo et al. (2015) interpretaram que o fato de não querer aparecer publicamente a protegia contra a violência advinda dos olhares e palavras de outro. Para essa entrevistada, quem lhe dizia estar obesa era o olhar do outro – que constrangia e culpava - e não apenas seu IMC. Os autores pontuam que a obesidade se constitui a partir da aparência de um corpo que não tem lugar na sociedade. Nesse sentido, “para ela, há um corpo que se configura como um cárcere e a casa como refúgio.” (p. 2794). Então, avaliam que a gordura afeta mais a saúde em decorrência do *estigma* do que pela “doença que habita o organismo.” (p. 2794).

Concluíram que este estudo revelou que “a obesidade é vista e sentida através das dificuldades enfrentadas por essas nutricionistas gordas em seu meio social e profissional.” (p. 2795). Além disso, mencionaram que ao acessarem dietas da moda, não condizentes com seu conhecimento técnico científico, essas nutricionistas estariam tendo “condutas pessoais ou hábitos de risco” (p. 2795) – que também são observados em outros profissionais de saúde, como cardiologistas obesos e pneumologistas que fumam. Dessa forma, consideram que esta pesquisa apontou para a necessidade de aprofundamento da interlocução entre as ciências biológicas e as ciências sociais, visando “descortinar modos de construção de estigmas em torno de enfermidades que envolvam diretamente o trabalho e a prática profissional.” (p. 2795). Consideram que as instituições de educação e saúde pública devem se implicar nesse problema, desconstruindo a culpa alocada no indivíduo e no profissional e formulando estratégias de orientação para os que vivem dilemas semelhantes, de modo que, neste caso, o tratamento esteja comprometido com o sujeito obeso e seu contexto de vida.

O segundo estudo de campo com sujeitos de pesquisa é intitulado **“Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório” (Cori, G. C. et al., 2014)**. O objetivo desse trabalho foi “identificar atitudes de nutricionistas em relação à obesidade; envolvendo crenças sobre características atribuídas a pessoas obesas, fatores de desenvolvimento e a obesidade em si”. (p.565). A pesquisa foi realizada com nutricionistas contatados pelo Conselho Regional de Nutrição, CRN-3, que divulgou para o mailing dos profissionais para que respondessem a questões online. Este foi um estudo transversal descritivo, realizado no período de novembro de 2012 a janeiro de 2013, recebendo 344 respostas (252 completas) - aproximadamente 11,5% do mailing do CRN-3. As questões foram traduzidas e adaptadas dos trabalhos internacionais de Harvey et al.(2002) e Foster et al (2012), realizadas com nutricionistas e médicos no Reino Unido e Estados Unidos. Os sujeitos de pesquisa foram caracterizados “quanto à idade, sexo, estado nutricional (peso e altura referidos), tempo de conclusão de curso, instituição de graduação, formação em pós-graduação e área de atuação profissional.” (p. 566).

Segundo as autoras, os profissionais de saúde também seriam fonte de preconceito mencionada pelos pacientes obesos. Apontam que as atitudes em relação aos obesos podem ser influenciadas por visões negativas sobre eles, as causas de sua obesidade e até pelo fato dos profissionais se sentirem pouco capacitados a tratá-los. Há pouquíssimos trabalhos sobre esse tema no Brasil, inclusive sem foco específico nas atitudes do profissional ou sem aprofundamento da questão. Assim, e “considerando que nutricionistas estão envolvidos diretamente na terapêutica da obesidade, avaliar atitudes com relação ao tema e aos pacientes envolvidos é de grande importância para discussão e proposta de tratamento mais humanizado, abrangente e eficaz.” (p. 566).

De acordo com Cori et al. (2015), os participantes “tinham perfil jovem, eminentemente feminino e eutrófico; atuavam essencialmente em nutrição clínica e saúde pública e eram bem qualificados, a maioria com pós-graduação.” (p. 569). Dos 344 nutricionistas que responderam, 97,1% eram mulheres, com idade média de 34,5 anos e IMC médio de 23,2 Kg/m². A maior parte (73%), encontrava-se eutrófica, 2,6% em baixo peso, 17,5% em sobrepeso, e 6,7% classificada em obesidade. (p. 569). As respostas dos nutricionistas entrevistados para “os fatores listados como “causas” da obesidade tiveram entre as de maior concordância: 1) inatividade física; 2) alterações emocionais e de humor; 3) vício ou dependência de comida; 4) comer mais que o necessário; 5) comer alimentos inadequados e 6) baixa autoestima.” (p. 569). Chamou atenção das autoras que o fator inatividade física - assim como alterações emocionais e vício em comida – tenha recebido

mais respostas “importante” do que outros, “como alterações metabólico-hormonais, situação financeira e social, e fazer dietas repetidamente.” (p. 569). Cori et al. (2015) relatam que nos estudos de Foster et al. também apareceu inatividade física e “comer demais” entre as principais respostas. Em Harvey et al. a inatividade física também foi listada como causa mais importante de obesidade, seguida de humor, comer “comidas erradas”, dietas repetidas e “fatores interpessoais.” (p. 569). As autoras consideram que essas crenças sobre a etiologia da obesidade podem influenciar no fato dos obesos serem tradicionalmente responsabilizados por sua condição. Ressaltam que a interação entre os fatores genéticos e ambientais também é fundamental e, no entanto, “a genética e o aumento da disponibilidade de alimentos estiveram nas últimas posições de importância nas respostas, e a situação financeira/social ficou na última posição, com maior percentual de respostas “pouco importante”.” (p. 569). Em seguida as autoras falam que o estilo de vida atual facilita o desenvolvimento da obesidade, com o aumento do consumo de alimentos processados de alta densidade energética e o sedentarismo, em um ambiente no qual a comida é “onipresente, conveniente, barata [...]” (p. 569).

Cori et al. (2015) destacam a importância de se considerar que a “obesidade influencia a trajetória social, aumentando a dificuldade de acesso ao ensino superior e promoção profissional. Assim sendo, a estigmatização dificulta a evolução do indivíduo e acaba por marginalizá-lo”. (p.570). Contudo, os participantes dessa pesquisa colocaram em último lugar os fatores sociais e financeiros como relacionados ao desenvolvimento da obesidade, o que as autoras vêem como um resultado preocupante. Já entre as respostas com maior concordância, estava “vício em comida”, algo que também acreditam que merece atenção, pois consideram que “pensar na comida como droga ou dependência não é adequado; na verdade, o gatilho para o chamado “vício” seria a dieta restritiva”. (p.570). Em relação à resposta frequente “gostar muito de comer” como “causa” de obesidade as autoras vêem como “enviesada e disfuncional” e questionam como gostar de comer pode ser um problema. “Para ter saúde é preciso não gostar de comer?” Para elas é uma distorção e que tem como base uma visão de que o “prazer engorda”, refletindo a ideia de que apenas “prazeres moderados” têm lugar na vida saudável. (p.570). Daí, muitas vezes os alimentos prazerosos são relacionados à culpa e proibição. Dessa forma, cria-se uma oposição entre a comida prazerosa e a saudável. A disciplina proposta pela Promoção da Saúde, então, desconsidera que o sabor dos alimentos, assim como o prazer de comer, podem influenciar a motivação de um pessoa na mudança de comportamento.

Houve também respostas frequentes de que alguém se tornaria obeso por não considerar o excesso de peso um problema e por “falta de consciência”. As autoras

consideram tais respostas “preocupantes e refutáveis”, pois “atribuir a obesidade à falta de consciência sobre a questão é uma visão estigmatizada, assim como dar um peso tão grande a baixa autoestima e a “falta de força de vontade”.” (p.570). Para Cori et al. (2015), a baixa autoestima “comum entre os obesos” “parece ser mais uma consequência da estigmatização do que causa da obesidade” (p.570). Outros aspectos subjetivos que ficaram nas primeiras posições, foram as alterações emocionais e de humor. As autoras defendem que ter uma visão mais ampla sobre a obesidade poderia ajudar nas atitudes negativas para com os indivíduos obesos.

Com relação a respostas sobre as características atribuídas aos obesos foi observado que a maioria era no sentido da qualidade negativa, tendo recebido maior concordância: “1) Guloso; 2) Não atraente; 3) Desajeitado; 4) Sem determinação e 5) Preguiçoso”. (p.571). Essas qualidades negativas e estigmatizantes podem ser encontradas entre profissionais que tratam a obesidade, ainda que em menor prevalência do que na população. Cori et al. (2015) observam que a questão da humanização do paciente é abordada nos manuais de atendimento, incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS) e que, sendo assim, o que falta é por em prática essa visão.

Ao analisarem as respostas a crenças sobre obesidade e indivíduos obesos, observaram que refletem a culpabilização individual, os estereótipos preconceituosos atribuídos aos obesos e, para a maioria, os profissionais da saúde deveriam se manter no peso adequado, para serem exemplos. Mulheres obesas, sobretudo, “incorporam inconscientemente os estereótipos”, segundo as autoras, “apresentaram maior frequência de compulsão alimentar e se engajaram menos em tratamentos para emagrecer.” (p.571). Observam que os indivíduos que se sentem estigmatizados estão mais predispostos a desenvolver comportamento alimentar não saudável e são mais resistentes a mudanças de comportamento. Então, para as pesquisadoras, o *estigma* desfavorece o emagrecimento. Somando-se a isso, segundo Cori et al. (2015), a maioria “discorda que pessoas obesas possam ser tão autoconfiantes quanto as de peso normal; e discorda que pessoas obesas possam ser tão saudáveis quanto as de peso normal”. (p. 572). As autoras ressaltam que esta última discordância é incongruente com a resposta para “existem obesos metabolicamente saudáveis”, cuja maioria concordou. Em seguida, apontam que há estudos que atestam a evidência de obesos metabolicamente saudáveis. Além da saúde, outros pontos como, sucesso profissional e relacionamentos amorosos foram analisados:

No presente trabalho, uma parcela concorda que obesos são menos bem sucedidos no trabalho, que pessoas de peso normal não se casariam com obesos e mais da metade concorda que as pessoas se sentem desconfortáveis

em serem associados com obesos. Tais resultados chamam atenção para uma avaliação moral que é feita em relação à obesidade. Devemos tratá-la por suas questões de saúde ou trata-se de um problema moral? Esta visão pode encaminhar o paciente para tratamentos que visam somente à perda rápida de peso e não uma mudança de comportamento que atenda sua real necessidade. (p. 572).

2 - Apresentação dos artigos resultantes da pesquisa no Science Direct

O primeiro artigo é um estudo teórico intitulado “**Obesity: Cultural and Biological Factors**”⁹³ (2015), da autora: Brewis, Alexandra A. (Arizona State University, Tempe, AZ, USA). Fonte: Elsevier Ltd. Neste trabalho, a autora faz uma crítica à medicalização do corpo gordo, tomando como base as teorias sociais que, segundo Brewis (2015), fornecem perspectivas críticas sobre a “medicalização da obesidade”⁹⁴ (p.82, tradução nossa) e desafiam visões difundidas, que a tratam como um sinal de falha moral individual. A autora aponta também que as teorias culturais, bioculturais e ecológicas ajudam a explicar tanto a ascensão quanto à resistência a quaisquer soluções fáceis. Inicialmente, Brewis (2015) faz uma crítica ao uso do Índice de Massa Corporal (IMC) como critério diagnóstico na clínica, tendo em vista que obesidade refere-se tecnicamente a uma quantidade excessiva de tecido adiposo (gordura corporal) e diz, inclusive, que é uma forma de rotular um adulto como obeso, se o IMC for maior ou igual a 30. Menciona que esse ponto de corte corresponde aproximadamente ao nível de gordural corporal em que a saúde começa a ficar visivelmente comprometida, colocando as pessoas em risco aumentado para desenvolver diabetes tipo II, hipertensão e doenças cardíacas. Porém, ressalta: “vários estudos também mostram que muitas pessoas com peso “normal” têm perfis metabólicos com triglicerídeos altos, pressão arterial alta ou resposta insuficiente à insulina, que são considerados um corolário de ser obeso e que geralmente é o nível de condicionamento físico que conta e não o nível de gordura”.⁹⁵ (McAuley and Blair, 2011; Ruderman et al., 1998 apud Brewis, 2015, p.82, tradução nossa). Contudo, os estudos acerca da incidência de obesidade nas populações são feitos a partir do IMC como parâmetro.

⁹³ Em português: Obesidade: Fatores Culturais e Biológicos. (tradução nossa).

⁹⁴ No original: “[...] medicalization of obesity [...]”

⁹⁵ No original: “But several studies also show that many ‘normal’ weight people have metabolic profiles with high triglycerides, blood pressure, or insufficient insulin response that are considered a corollary of being obese, and that it is often fitness level rather than fatness level that counts.”

Ao longo do artigo, Brewis (2015) aborda diversos fatores envolvidos no aumento da prevalência da obesidade em diferentes partes do mundo. A autora começa falando de modelos ecológicos de obesidade. Segundo Egger e Swinburn (1997), menciona Brewis (2015), “muitas abordagens das ciências sociais reconhecem alguns ambientes sociais ecológicos como sendo *obesogênicos* e outros como *leptogênicos*.”⁹⁶ (p.83, tradução nossa). Esta abordagem ecológica da obesidade vem ganhando força na saúde pública, pois enfatiza a normalidade em ganhar peso ao viver em certos ambientes e sugere que a mudança ecológica no nível do bairro é a melhor maneira de reduzir o risco de obesidade em populações. A questão da mobilidade local acessível faz diferença para o risco de obesidade, assim como a disponibilidade de espaços para lazer e atividades físicas, como o acesso a parques – que é desigualmente distribuído; áreas de maior renda tendem a ter melhores parques (instalações mais acessíveis, mais seguras e melhores). Por fim, a questão importantíssima da alimentação: “as paisagens urbanas têm distribuições desiguais de acesso a alimentos frescos e saudáveis que tornam mais fácil ou mais difícil comer uma dieta ideal”.⁹⁷ (p.83, tradução nossa). As cidades se desenvolvem, então, de forma a favorecer as áreas de maior poder aquisitivo, assim, “[...] áreas de baixa capacidade de locomoção e os chamados desertos alimentares são frequentemente agrupados em bairros de baixa renda e no centro da cidade.”⁹⁸ (p.83, tradução nossa). Toda essa distribuição desigual de acesso urbano, tanto a áreas de lazer, quanto à alimentação saudável “[...] torna o risco de obesidade uma questão de 'justiça ambiental' para alguns”⁹⁹ (Taylor et al., 2006; Cutts et al., 2009 apud Brewis, 2015, p.83, tradução nossa) e “fornece um explicação por que as minorias podem estar em maior risco de obesidade, mesmo quando fatores socioeconômicos são levados em consideração”¹⁰⁰ (Chang, 2006; Robert e Reither, 2004 apud Brewis, 2015, p.83, tradução nossa).

A autora aborda também explicações genéticas e epigenéticas acerca da obesidade. Segundo Brewis, os padrões de distribuição de gordura corporal mostram hereditariedade.

⁹⁶ No original: “Many social science approaches thus recognize some social ecological environments as being ‘obesogenic’ and others as ‘leptogenic’

⁹⁷ No original: “Cityscapes have uneven distributions of access to healthy, fresh, and affordable foods that make it easier or harder to eat an optimal diet.”

⁹⁸ No original: “Given the way cities develop, favoring the needs of the powerful, areas of low walkability and so-called food deserts are often clustered in lower income and minority inner city neighborhoods.”

⁹⁹ No original: “The uneven distribution of worse exercise and food amenities in lower income and minority neighborhoods makes obesity risk an ‘environmental justice’ issue for some.”

¹⁰⁰ No original: “and provides one explanation why minorities can be at higher risk of obesity even once socioeconomic factors are taken into account.”

Modelos epigenéticos, que mostram como fatores genéticos e ambientais interagem entre gerações para criar variação no risco de obesidade, são cada vez mais considerados fatores que também explicam escaladas rápidas do ganho de peso no nível populacional e obesidade nos contextos dessas variantes genéticas.

Em seguida, fala sobre os aspectos demográficos e socioeconômicos relacionados à incidência de obesidade. Existem importantes variações demográficas, como por gênero, etnia e status de imigrante, em que o índice de obesidade também varia. Na maioria das amostras nacionais, no caso de gênero, predominou a obesidade feminina – “o que é pelo menos parcialmente explicado por construções sociais de gênero que moldam diariamente padrões de exercício.”¹⁰¹ (p.83, tradução nossa). Em relação a imigrantes, relata que “o status de minoria é frequentemente discutido nos Estados Unidos como um dos principais determinantes do risco.”¹⁰² (p.83, tradução nossa). Brewis (2015) aponta que “o status socioeconômico (SES) é um dos melhores preditores de risco de obesidade nos países.”¹⁰³ (p.83, tradução nossa). Na atualidade deste artigo, quanto maior o SES em um país de baixa renda é provável que o IMC seja mais alto e quanto menor o SES em um país rico, é possível que o IMC seja maior.

O ponto seguinte trata dos significados culturais que marcam os corpos gordos. Segundo Brewis (2015), houve estudos etnográficos realizados nas décadas de 1980 e 1990 que detalharam contextos sociais nos quais os corpos gordos das mulheres expressavam beleza, capacidade de casar, atratividade e uma variedade de atributos morais positivos, como controle dos desejos, generosidade, responsabilidade familiar, pertencimento social, entre outros. (por exemplo: Brown e Konner, 1987; Brown e Sweeney, 2009; Popenoe, 2004; Sobo, 1994). A autora cita como um importante exemplo o estudo de Popenoe (2004) com árabes de Azawagh, em Níger, o qual demonstra como as mulheres usavam corpos grandes para atingir seus objetivos sociais e econômicos, como através de um casamento melhor. Uma pesquisa etnográfica de aculturas, por Brown e Konner (1987), sugeriu que a maioria das sociedades humanas prefere tradicionalmente os corpos gordos das mulheres, em nítido contraste com o ideal da magreza, como valor predominante no Ocidente nas últimas décadas.

Por outro lado, traz uma análise interpretativa de Susan Bordo (1993), que discute a importância do corpo de uma mulher magra como expressão cultural do domínio de um

¹⁰¹ No original: “[...]that is at least partially explained by social constructions of gender that shape daily exercise patterns.”

¹⁰² No original: “Minority status, is often discussed in the United States as a major determinant of risk.”

¹⁰³ No original: “Socioeconomic status (SES) is one of the best predictors of obesity risk within countries.”

indivíduo sobre seus desejos. Nesse sentido, cita ainda outros autores (Caputi, 1983; Moreno e Thelen, 1993), que falam da magreza como associada à “autodisciplina e controle, mas também à saúde, beleza, inteligência, juventude, riqueza, atratividade, graça e bondade.”¹⁰⁴ (p.84, tradução nossa). Já “gordura e obesidade são, por contraste, associadas à feiura, falta de sexo e a ser indesejável, mas também a falhas morais especificamente, como falta de autocontrole, irresponsabilidade social, inaptidão e preguiça.”¹⁰⁵ (Becker, 1995; Cordell e Ronai, 1999; Garine e Pollock, 1995; Martin, 1989; Stunkard e Sobal, 1995; Turner, 1984 apud Brewis, 2015, p.84, tradução nossa). Dessa forma, ressalta que para as mulheres, em particular, o aspecto do corpo gordo predomina em relação aos outros que compõe sua formação identitária, tendo em vista todos esses significados culturais.

O *estigma* social que atende a julgamentos morais sobre corpos gordos e explica os altos índices de discriminação relatados por norte americanos. Os indivíduos tecnicamente obesos (aqueles com IMC maior ou igual a 30) têm menor acesso à educação e menor carreira profissional, têm salários mais baixos, pior serviço de saúde e são significativamente mais propensos a serem demitidos, intimidados, provocados e rejeitados romanticamente. Nesse sentido, a autora destaca a questão da culpabilização individual, pois, dado o modelo cultural predominante de que a falha moral individual subjaz ao ganho de peso, a saúde pública e as abordagens clínicas geralmente colocam a culpa do fracasso no indivíduo. Por fim, Brewis (2015) aponta da implicação da mídia no *estigma* social. Cita o trabalho de Anne Becker em Fiji, que mostra que a exposição a mídias, como a televisão, muda a maneira como as pessoas vêem seus corpos grandes no contexto do eu e da sociedade, pautando-se por um ideal mais esbelto.

Brewis (2015) pondera que obesidade é um bom exemplo de uma condição humana que tem se tornado cada vez mais medicalizada nas últimas décadas. Observa que, se por um lado a medicalização pode ser útil na redução do estigma, amenizando a responsabilização individual, por outro lado pode promover o estigma, rotulando os corpos gordos como doentes, independentemente da saúde real do indivíduo. Por fim, outra crítica importante feita pela autora se refere à epidemia da obesidade, tão alardeada pela medicina, fazendo coro à crítica de outros cientistas sociais:

¹⁰⁴ No original: “Slimness is associated with self-discipline and control, but also health, beauty, intelligence, youth, wealth, attractiveness, grace, and goodness.”

¹⁰⁵ No original: “Fatness and obesity are by contrast associated with ugliness, sexlessness, and undesirability, but also with specifically moral failings such as a lack of self-control, social irresponsibility, ineptitude, and laziness.”

Alguns cientistas sociais sugeriram que a obesidade nos contextos modernos é uma forma de 'pânico moral', em que um massivo alarme global sobre obesidade como 'bomba-relógio' e 'epidemia' fala mais sobre as maneiras pelas quais se pensa que a obesidade prejudica a sociedade, do que boas evidências científicas. Assim, alguns argumentam que a epidemia de obesidade é, em grande parte, uma fabricação que permite que poderosos grupos (como a indústria comercial da dieta) promovam seus próprios interesses pelo uso seletivo de evidências.¹⁰⁶ (Campos et al., 2006 apud Brewis, 2015, p.85, tradução nossa).

Brewis (2015) aponta a obesidade como um problema complexo, que não depende somente da vontade individual e, portanto, também é um problema perverso – tendo em vista todas as questões socioeconômicas, culturais e políticas envolvidas. Dessa forma, afirma que os conhecimentos sobre as bases sociais da obesidade são extremamente necessários para que a saúde pública enfrente sua crescente incidência em todo o mundo, referida como epidemia. Brewis (2015) observa:

[...] particularmente, os estudos das ciências sociais até o momento sugerem que a melhor abordagem para reduzir a obesidade populacional é através de abrangentes transformações institucionais, como no ambiente construído e nas normas sociais, e não através de comportamentos individuais ou intervenções médicas.¹⁰⁷ (p.85, tradução nossa).

O segundo artigo é um estudo teórico baseado em revisão de literatura e parte de uma pesquisa maior, é intitulado **“Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on Obesity”**¹⁰⁸ (2010) de Gracia-Arnaiz, Mabel (Rovira i Virgili University, Department of Social Anthropology, Tarragona, Spain and Departament d’Antropologia, Filosofia i Treball Social, Facultat de Lletres, Universitat Rovira i Virgili, Avda. Catalunya, 35, 43002 Tarragona, Spain). Fonte: Elsevier Ltd. (Appetite).

Neste artigo, Gracia-Arnaiz (2010) questiona por quê dieta, saúde e cuidados com o corpo passaram a desempenhar um papel tão central no cotidiano e explora a relação dessas práticas com o surgimento de obesidade como um problema social e de saúde. A autora aponta que a relação entre dieta, beleza e saúde foi apropriada e reelaborada como estratégia

¹⁰⁶ No original: “Some social scientists have suggested that obesity in modern contexts is a form of ‘moral panic’ in which massive global alarm over obesity ‘time bombs’ and ‘epidemics’ speaks more to the ways in which obesity is thought to damage society, rather than good scientific evidence. Thus, the obesity epidemic is argued by some to be largely a fabrication that allows powerful groups (such as the commercial diet industry) to promote their own interests by selective use of evidence.”

¹⁰⁷ No original: “Particularly, social science studies to date suggest the better approach to curtailing population obesity is through comprehensive institutional transformations, such as in the built environment and social norms, rather than through individual behavioral or medical intervention.”

¹⁰⁸ Em português: Corpos gordos e corpos magros. Discursos culturais, biomédicos e de mercado sobre obesidade. (tradução nossa).

de marketing, que tanto passa mensagens incentivando o emagrecimento, quanto alertando para o perigo de anorexia e bulimia, entre as possíveis consequências de dietas excessivamente restritas e atividade física excessiva. Tal apropriação do marketing tem consequências culturais importantes. Nesse sentido, a autora destaca: ““Estar em dieta” não é mais apenas uma questão de biologia, nutrição, medicina ou ciência; é também sobre cultura, política e sociedade.”¹⁰⁹ (p.219, tradução nossa).

Este artigo é parte de um estudo maior que tem como objetivo analisar como e por quê comportamentos alimentares específicos se tornaram problemas sociais e como as normas alimentares são construídas nas sociedades industrializadas, particularmente na Espanha. Gracia-Arnaiz (2010) coloca como objetivo mostrar que a problematização do excesso de peso e do consumo de alimentos está relacionada a processos de medicalização, individualização e mercantilização que, por sua vez, estão ancorados em um processo histórico mais amplo de *civilizar o apetite*. Segundo a autora:

Nas últimas cinco décadas, esse processo civilizador se intensificou, resultando em quatro fenômenos distintos, mas intimamente ligados: primeiro, o estabelecimento do peso corporal ideal e de normas dietéticas; segundo, a construção da magreza como um atributo de saúde, autodisciplina e distinção social; terceiro, o reconhecimento da obesidade como uma doença e quarto, a transformação da saúde e do corpo em oportunidades de negócios. A análise das interações entre esses quatro fenômenos torna possível mostrar como a medicalização dos alimentos e do peso corporal abriu o caminho para a comercialização da saúde e demonstrar por quê uma questão global como a obesidade requer uma abordagem holística e não uma abordagem individualista.¹¹⁰ (2010, p.219, tradução nossa).

Inicialmente, Gracia-Arnaiz (2010) fala sobre regulação alimentar do corpo e a normatização do consumo de alimentos, como sendo formas de regular e controlar o comportamento através da dieta. A influência da biomedicina, afirma a autora, ajudou a priorizar as funções biológicas da alimentação e não apenas ao longo do tempo, mas também no espaço. Nesse sentido, fala de ‘medicalização dos alimentos’, que pode ser atribuída aos tratados hipocráticos em saúde e aos cuidados do corpo, cuja recomendação é: *que o alimento seja o seu remédio*.

¹⁰⁹ No original: ““Being on a diet” is no longer only a matter of biology, nutrition, medicine or science; it is also about culture, politics and society.”

¹¹⁰ No original: “In the past five decades this civilizing process has intensified, resulting in four distinct but closely linked phenomena: first, the establishment of ideal body weight and dietary norms; second, the construction of thinness as an attribute of health, self-discipline and social distinction; third, the recognition of obesity as an illness; and fourth, the transformation of health and the body into business opportunities. The analysis of interactions between these four phenomena makes it possible to show how the medicalization of food and body weight paved the way for the marketing of health and demonstrate why a global issue such as obesity requires a holistic rather than an individualistic approach.”

A autora faz um percurso histórico acerca da medicalização da comida e menciona a metáfora do corpo como máquina, adotada pelo médico britânico George Cheyne (1773 apud Turner, 1982) para explicar como a comida constituía o combustível para a máquina humana. Nessa época, se passou a dar maior atenção a qualidades saudáveis dos alimentos. A regulação da comida não atende somente aos interesses da medicina, mas também vem atendendo a interesses políticos e econômicos ao longo da história. Gracia-Arnaiz (2010) relata que durante o século XIX, à medida que a produção de alimentos aumentou e a distribuição se tornou mais equitativa nas sociedades ocidentais, começou a haver tentativas de impor limites ao consumo excessivo. Assim, se constituiu o processo que foi denominado *civilizando do apetite*¹¹¹ (Mennell, 1985 apud Gracia-Arnaiz, 2010, p. 219, tradução nossa). Isto implicou uma mudança gradual de padrões de comportamento, sobretudo em resposta a restrições ecológicas, econômicas e simbólicas, mas também “em resposta a restrições internas, exercidas pelos indivíduos sobre si mesmos através de dieta, higiene e exercício”¹¹² (p.220, tradução nossa). Ainda em relação a esse processo, a autora menciona o trabalho de Turner (1999), que observa “uma afinidade entre o manejo médico da dieta e a expansão do capitalismo: disciplina e restrição impediam a gula entre as elites e nutrição suficiente mantinha os trabalhadores trabalhando.”¹¹³ (p.220, tradução nossa).

“A nutrição se tornou parte integrante da cultura, da economia e da saúde quando o Estado surgiu como regulador social e a produção e consumo de alimentos passaram a ser sua responsabilidade.”¹¹⁴ (Trentman & Just, 2006 apud Gracia-Arnaiz, 2010, p.220, tradução nossa). Com isso, fome e pobreza foram consideradas problemas sociais e de saúde pública e a provisão de alimentos tornou-se um direito humano básico concedido com uma dimensão moral. A autora ressalta que a ideia de uma *dieta ideal*, baseada em pesquisa fisiológica sobre ingestão e gasto calórico e a inclusão de requisitos como proteínas, gorduras, minerais e vitaminas tornou-se a base sobre a qual os métodos utilizados em estudos alimentares foram padronizados, trazendo amplas repercussões.

¹¹¹ No original: “[...] “civilizing the appetite”.

¹¹² No original: “[...] in response to internal constraints exercised by individuals directly over themselves through dieting, hygiene and exercise.”

¹¹³ No original: “[...] an affinity between the medical management of diet and the expansion of capitalism: discipline and restriction prevented gluttony among the elite, and sufficient nutrition kept the workers working.”

¹¹⁴ No original: “Nutrition became an integral part of culture, economy and health when the state emerged as a social regulator and food production and consumption became a state responsibility.”

Houve uma significativa mudança na perspectiva do que significa uma alimentação adequada e saudável. A autora relata que, se até as décadas de 1950 e 1960, as classes trabalhadoras das sociedades europeias pensavam que comer bem significava comer bastante, agora, a maioria das pessoas pensa que come demais, porque é constantemente incentivada a comer menos. O foco das recomendações nutricionais contemporâneas está na qualidade e na variedade, exigindo prudência no consumo, tanto na quantidade quanto na qualidade de alimentos muito calóricos. Segundo Gracia-Arnaiz (2010), especialistas em saúde apontam que transformações econômicas, tecnológicas e sociais vivenciadas por muitas populações nos últimos anos foram acompanhadas por um aumento de doenças crônicas como diabetes, hipertensão e obesidade. A autora aponta que tal associação evidencia a relação entre modernização, surgimento imediato de problemas alimentares e de saúde pública. Dessa forma, a recomendação atual por uma dieta mais tradicional, isto é, rica em vegetais, é uma resposta a estilos de vida sedentários e alimentação rica em gordura e açúcares. Tais recomendações biomédicas acabaram sendo úteis também a interesses econômicos, como proteção da agricultura local e exportação desses produtos para mercados internacionais. Gracia-Arnaiz (2010) menciona como exemplo dessa confluência de interesses a chamada “Dieta mediterrânea”, proposta em 2009 como candidata pelo status de Patrimônio Cultural Imaterial da UNESCO, com apoio dos governos da Espanha, Grécia, Itália e Marrocos.

Gracia-Arnaiz (2010) fala sobre *normatização do peso corporal*, abordando a mudança da norma social a qual o peso corporal deveria estar adequado. Analisa que a formulação de recomendações alimentares corre paralela à medicalização e comercialização progressivas do peso corporal. As práticas alimentares e os comportamentos de cuidados com o corpo sofreram importantes mudanças nos últimos 100 anos, particularmente em relação a alimentos altamente calóricos e corpos gordos. “No início do século XX, a maioria das pessoas ainda via corpulência como sinal de saúde, e alimentos com alto teor de gordura eram mais desejáveis em muitas sociedades da Europa Ocidental.”¹¹⁵ (Flandrin & Montanari, 1996 apud Gracia-Arnaiz, 2010, p.220, tradução nossa). A autora observa que ““ser gordo” é mais sedutor quando magreza significa fome, doença e pobreza”¹¹⁶ (p.220, tradução nossa). Segundo Gracia-Arnaiz (2010), ““ser gordo” era uma condição para a qual muitos aspiravam,

¹¹⁵ No original: “At the beginning of the 20th century most people still saw corpulence as a sign of health, and foods with high fat content were more desirable in many Western European societies.”

¹¹⁶ No original: ““Being fat” is more seductive when thinness means hunger, illness and poverty.”

mas nem todos poderiam alcançar.”¹¹⁷ (p.220, tradução nossa). Porém, “nas sociedades industriais, o fenômeno da lipofobia - uma aversão sistemática à gordura na dieta e o medo de engordar - se estabeleceu ao longo do século XX”¹¹⁸ (Fischler, 1995 apud Gracia-Arnaiz, 2010, p.220, tradução nossa), período em que a biomedicina começou a considerar corpulência como patológica.

Durante as primeiras décadas, o excesso de gordura corporal passou a ser considerado risco à saúde, foi estabelecido o Índice de Massa Corporal (IMC), como indicador para definir níveis patológicos de peso em relação à altura do indivíduo. Surgiu então, segundo Gracia-Arnaiz (2010), um consenso cultural em torno do corpo magro, através da convergência entre medicina, classe social e indústria, quando interesses de mercados específicos (seguros, moda, alimentos, farmácia) começaram a promover corpos magros como forma de corpo ideal. Esse ideal de corpo se refere também à saúde.

À medida em que a gordura passou a ser equiparada à doença e foi estigmatizada não apenas como doença evitável, mas também como sinônimo de gula e preguiça, a magreza deixou de ser um sinal de problemas de saúde e pobreza e tornou-se um locus para a produção de novos significados. Atributos morais de autocontrole ou auto indulgência e seus correlatos comportamentais foram inferidos a partir da aparência física. Atributos morais de autocontrole ou auto indulgência e seus correlatos comportamentais foram inferidos a partir da aparência física. O corpo magro foi associado “à boa saúde, autodisciplina, e distinção social.”¹¹⁹ (p.221, tradução nossa).

Este ideal e as recomendações para mantê-lo tiveram “maior impacto nas mulheres do que nos homens nos países na vanguarda da chamada “idade do progresso””¹²⁰ (Brumberg, 1988 apud Gracia-Arnaiz, 2010, p.221, tradução nossa). Havia um controle social do corpo e da imagem da mulher, que envolvia fatores culturais, econômicos e políticos. “O corpo ideal feminino tornou-se mais alto, mais leve e tonificado pela dieta e atividade física. Inicialmente as classes altas e, subsequentemente, as classes médias, optaram por distinguir-se das classes

¹¹⁷ No original: ““Being fat” was a condition to which many aspired, but not everyone could achieve.”

¹¹⁸ No original: “[...] in industrial societies the phenomenon of lipophobia – a systematic aversion to dietary fat and the fear of becoming fat – became established over the course of the 20th century.”

¹¹⁹ No original: “As fatness came to be equated with illness and was stigmatized not only as a preventable disease but also as a synonym for gluttony and laziness, thinness ceased to be a sign of ill health and poverty, and became a site for the production of new meanings. Moral attributes of self-control or self-indulgence and their behavioral correlates were inferred from physical appearance. A slim body was associated with good health, self-discipline, and social distinction.”

¹²⁰ No original: “[...] had a greater impact on women than on men in the countries at the forefront of the so-called “age of progress”.”

trabalhadoras, adotando esse corpo ideal.”¹²¹ (Bourdieu, 1988, p.188 apud Gracia-Arnaiz, 2010, p.221, tradução nossa). A fim de normatizar o peso, “a evitação ou restrição alimentar, os exercícios físicos, os medicamentos moderadores de apetite, os alimentos de baixa caloria e a cirurgia tornaram-se instrumentos de autocontrole que facilitariam mobilidade social ascendente...”¹²² (p.221, tradução nossa) – tendo em vista que o corpo magro se tornou signo de classe alta.

Em relação ao manejo clínico da obesidade, Gracia-Arnaiz (2010) apontou para uma mudança, no sentido de evitar obesidade em vez de tentar curá-la, ou seja, o foco passou do tratamento para a prevenção. O objetivo passou a ser a manutenção de um peso corporal considerado saudável ao longo da vida, através de uma dieta equilibrada – menor quantidade e maior variedade de alimentos – e atividade física regular. Paradoxalmente, no entanto, ressalta a autora, programas de prevenção da obesidade, no contexto atual ainda funcionam seguindo diretrizes padronizadas para alcançar um estilo de vida saudável, em vez de abordar os problemas subjacentes a condições estruturais que favorecem o desenvolvimento de uma *sociedade obesogênica*. Assim, para Gracia-Arnaiz (2010), apesar do reconhecimento dos aspectos obesogênicos das sociedades, a principal estratégia continua sendo a motivação individual, ao invés de desenvolver um amplo consenso social sobre dieta e práticas alimentares, além de uma modificação nos fatores estruturais que condicionam estilos de vida.

A autora discute o importante papel da dieta na prevenção e tratamento da obesidade, que tanto pode favorecer quanto prejudicar a saúde com distúrbios alimentares – como muitas vezes ocorre a partir de dietas muito restritivas. Gracia-Arnaiz (2010) menciona que muitos psiquiatras e nutricionistas têm condenado o culto à magreza, produzido e sustentado pela cultura de massa. Estes profissionais têm alertado acerca dos efeitos nocivos de uma dieta não controlada e sua relação com a obesidade e com os transtornos alimentares.

Uma observação que também merece destaque se refere ao fato de que as pessoas estão expostas diariamente a mensagens conflitantes, pois, hora se pede para restringir a ingestão de alimentos e fazer mais exercícios, para evitar a obesidade, hora se alerta contra dietas excessivamente rigorosas e atividade física excessiva, que podem levar a anorexia e bulimia. Como resultado, produziu-se um círculo vicioso de perda e recuperação de peso. O “estar de dieta” passou de condição temporária a permanente para a maioria das pessoas – o

¹²¹ No original: “The ideal feminine body became taller, lighter, and toned by dieting and physical activity. First the upper classes, and subsequently the middle classes, chose to distinguish themselves from the working classes by adopting this body ideal.”

¹²² No original: “Food avoidance or restriction, physical exercise, appetite-suppressing drugs, low-calorie food products, and surgery became instruments of self-control that facilitated upward social mobility...”

que demonstrou, paradoxalmente, que muitos casos de obesidade originam-se desse tipo de dieta.

Por fim, a autora aborda a *lipofobia em contextos obesogênicos*, enfatizando como a publicidade e muitas indústrias fomentam esse fenômeno: “o neocapitalismo fez profundas incursões culturais, não apenas incentivando a transformação do excesso de peso corporal e consumo de alimentos em problema de saúde e social, mas transformando magreza e gordura em oportunidades de negócios.”¹²³ (p.224, tradução nossa).

Gracia-Arnaiz (2010) conclui este artigo afirmando que muitas explicações para a crescente incidência e prevalência de obesidade, bem como as estratégias propostas para revertê-la, baseiam-se menos em fatos cientificamente demonstrados do que em prováveis fatores causais e relacionados. Ainda destaca que isso é preocupante por vários motivos, entre os quais, o alto custo dos recursos atualmente mobilizados para prevenir a obesidade. Embora se reconheça que a obesidade também é parcialmente determinada por causas sociais, poucos estudos exploraram seriamente as fontes sociais e econômicas de certos comportamentos alimentares, aponta a autora. Todos os cuidados com a saúde e as práticas alimentares variam de acordo com o nível socioeconômico, status, gênero, idade e origem étnica. Contudo, prevenção da obesidade se dá a partir de uma concepção biológica do fenômeno e, portanto, “reducionista e homogeneizante de boas práticas dietéticas (uma dieta ideal) e estilos de vida saudáveis (exercício regular)”¹²⁴ (p.225), em que a obesidade e suas comorbidades podem ser combatidas se o comportamento individual for adequadamente alterado.

O terceiro artigo se refere a uma pesquisa com estudo de campo intitulada “**How do obese individuals perceive and respond to the different types of Obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study**”¹²⁵ (2011), dos autores: Lewis, Sophie a; Thomas, Samantha L. b; Blood, R. Warwick c, h; Castled, David J. d; Hyde, Jim e, g; Komesaroff, Paul A. f

Neste trabalho, os autores buscaram investigar como é a experiência de indivíduos obesos com diferentes tipos de *estigma* no seu cotidiano. Segundo Lewis et al. (2011), este

¹²³ No original: “Neo-capitalism has made deep cultural inroads, not only encouraging the transformation of excess body weight and food consumption into a health and social problem but turning thinness and fatness into business opportunities.”

¹²⁴ No original: “[...] reductionist and homogenizing conception of good dietary practice (an optimum diet) and healthy lifestyles (regular exercise) [...]”

¹²⁵ Em português: Como os indivíduos obesos percebem e respondem aos diferentes tipos de *estigma* de obesidade que encontram em suas vidas diárias? Um estudo qualitativo. (tradução nossa).

estudo avançou no conhecimento sobre o *estigma* baseado no peso, “documentando como adultos obesos (a maioria mulheres) descreveram os diferentes tipos de estigma da obesidade que enfrentavam, como respondiam a esse *estigma* e como os diferentes tipos de *estigma* afetavam a saúde e o bem-estar social.”¹²⁶ (p.1349, tradução nossa). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, entre abril de 2008 e março de 2009, com uma amostra diversificada de 141 adultos australianos obesos. Os pesquisadores se guiaram pela categorização de Link e Phelan (2006) de diferentes tipos de discriminação. Dessa forma, as experiências dos sujeitos de pesquisa foram agrupadas em três tipos distintos de *estigma*: “1) Direto (por exemplo, sofrer abuso ao usar transporte público); 2) Ambiental (por exemplo, não poder caber nos assentos em aviões); e 3) Indireto (por exemplo, pessoas olhando para o conteúdo do carrinho de supermercado).”¹²⁷ (p.1349, tradução nossa). Os participantes descreveram que formas mais sutis de *estigma* tiveram o maior impacto em sua saúde e bem-estar social.

Inicialmente, os autores justificam sua pesquisa falando sobre o quão comum e frequente são as situações de vivência de *estigma* por parte dos obesos e mencionando alguns estudos sobre o *estigma* da obesidade, com diferentes achados. Relatam que o *estigma* da obesidade existe em muitas instituições e contextos culturais e observam que a maioria dos estudos sugere que experiências estigmatizantes têm um impacto negativo na saúde, nos comportamentos e relações sociais dos indivíduos:

Indivíduos obesos são propensos a isolamento e exclusão social (Miller, Rothblum, Barbour, Brand e Felicio, 1990; Strauss & Pollack, 2003); estão menos dispostos a participar de atividades de promoção da saúde (atividade suchasphysical) e serviços de saúde (Amy, Aalborg, Lyons e Keranen, 2006; Drury e Louis, 2002); são mais relutantes em envolver-se com mensagens de saúde pública sobre obesidade (Lewis, Thomas, Hyde et al., 2010); e experimentam depressão, ansiedade, baixa auto estima, má imagem corporal e estresse psicológico relacionados ao *estigma* (Friedman et al., 2005; Thomas, Karunaratne. et al., 2010)¹²⁸. (p.1350, tradução nossa).

¹²⁶ No original: “[...] documenting how obese adults (mostly female) described the different types of obesity *stigma* that they faced, how they responded to this *stigma*, and how different types of *stigma* impact on health and social wellbeing.”

¹²⁷ No original: “1) Direct (e.g. being abused when using public transport); 2) Environmental (e.g. not being able to fit into seats on planes); and 3) Indirect (e.g. people staring at the contents of their supermarket trolley).”

¹²⁸ “No original: “Obese individuals are prone to social isolation and exclusion (Miller, Rothblum, Barbour, Brand, & Felicio, 1990; Strauss & Pollack, 2003); are less willing to engage in health promoting activities

No entanto, Lewis et al. (2011) apontam que alguns estudos indicam que o *estigma* da obesidade pode motivar os indivíduos a perder peso. Os autores relatam que mais recentemente houve um debate sobre a possível eficácia do *estigma* em estimular a mudança de comportamento. Alguns argumentaram que o *estigma* da obesidade pode ser realmente positivo, motivando as pessoas a se engajarem na perda de peso, com o objetivo de melhorar os resultados da saúde, podendo ser um fator-chave na manutenção sucessos na perda de peso. Contudo, Lewis et al. (2011) observam que não há evidências consistentes de que tal abordagem possa ser positiva ou mesmo ética para ações da Promoção da Saúde.

Os autores afirmam que muitos fatores contribuem para a estigmatização de indivíduos obesos, como a construção social da magreza como ideal de saúde e beleza, que foi perpetuado por várias agências, incluindo a mídia, a indústria do emagrecimento, a indústria da moda, o governo, a política, a academia e a medicina. Essas agências relacionaram magreza, boa saúde, beleza e cidadania responsável. Embora cada uma reforce o ideal de magreza de maneiras diferentes, é a interação entre elas que levou a uma intensificação do *estigma* da obesidade. Nesse sentido, Lewis et al. (2009) falam sobre o trabalho de Goffman (1963), que definiu o conceito de *Estigma* e “identificou três fontes distintas de *Estigma*: aqueles com “abominações do corpo”, cuja aparência viola a estética cultural normativa da beleza; aqueles com “manchas de caráter individual”, como fraqueza de vontade e disposições morais que ofendem as normas culturais contemporâneas; e aqueles com “*estigma tribal*” que afeta todos os membros da família e é passado de geração em geração.”¹²⁹ (p.1250, tradução nossa). Lewis et al. (2011) observam que os indivíduos obesos se enquadram nas duas primeiras categorias.

Segundo Lewis et al. (2009), duas abordagens distintas surgiram na literatura na tentativa de compreender as causas e efeitos do *estigma* da obesidade em obesos adultos. A primeira, que deriva predominantemente das ciências sociais da saúde, enfoca o papel e o impacto de atitudes negativas em relação aos indivíduos obesos, na medida em que atitudes são convertidas em representações estigmatizantes. O foco principal desta abordagem está na

(suchasphysical activity) and health care services (Amy, Aalborg, Lyons, & Keranen, 2006; Drury & Louis, 2002); are more reluctant to engage with public health messages about obesity (Lewis, Thomas, Hyde et al., 2010); and experience stigma-related depression, anxiety, low self esteem, poor body image and psychological stress (Friedman et al., 2005; Thomas, Karunaratne et al., 2010).”

¹²⁹ No original: “Goffman identified three distinct sources of stigma: those with “abominations of the body”, whose appearance violates normative cultural aesthetics of beauty; those with “blemishes of individual character”, such as weakness of will and moral dispositions that offend contemporary **cultural** norms; and those with a “tribal stigma” which affect all members of the family and are passed from generation to generation.”

redução do *estigma* para melhorar o envolvimento na promoção da saúde. “A segunda abordagem emergiu da sociologia, da antropologia médica e estudos socioculturais para criticar discursos dominantes sobre obesidade e respostas institucionais à “gordura””¹³⁰ (Campos et al., 2006; Cooper, 2010; Gard e Wright, 2005; Kwan, 2009; Monaghan, 2005; Pieterman, 2007 apud Lewis et al., 2011, p.1250, tradução nossa), a fim de expor as maneiras pelas quais eles também geram estruturas culturais de natureza estigmatizante. Essas duas abordagens fornecem ideias diferentes sobre as causas e soluções para o *estigma* da obesidade nas sociedades modernas. Em seguida, destacam que há estudos que mostram a existência de atitudes extremamente negativas em relação a adultos obesos na sociedade moderna.

Segundo os autores, “até o momento, a maioria das pesquisas nessa área explorou o impacto de *estigma* da obesidade por meio de interações sociais diretas (por exemplo, de profissional saúde para paciente; de professor para aluno; de empregador para funcionário)”¹³¹ (Puhl & Heuer, 2009 apud Lewis et al., 2011, p.1250, tradução nossa.). Com isso, Lewis et al. (2011) objetivaram realizar um estudo para analisar e elaborar a natureza e os impactos do *estigma* do ponto de vista de indivíduos obesos sobre si mesmos.

O estudo teve três objetivos principais: descrever e classificar fenômenos recontados pelos participantes em relação à suas vidas diárias, que poderiam ser interpretados como indicativos de *estigma*; explorar as maneiras pelas quais os participantes responderam aos diferentes tipos de *estigma* assim identificados e descrever como os participantes consideraram que esses diferentes tipos de *estigma* influenciou suas vidas. Para auxiliar no esquema classificatório, os autores adaptaram e utilizaram a categorização de Link e Phelan (2006) de diferentes tipos de discriminação (discriminação direta, discriminação estrutural e discriminação insidiosa), definindo *estigma direto*, como qualquer demonstração de abuso verbal ou negação de serviços; *estigma do meio ambiente*, como associado ao ambiente físico, tais como assentos inadequados e *estigma indireto*, como os sentimentos de ser olhado e julgado, temendo discriminação ou humilhação pública.

A metodologia deste estudo contou com entrevistas semiestruturadas feitas por telefone, com gravação digital e áudio com duração de 60 a 90 min., entre abril de 2008 e março de 2009. Quanto aos sujeitos de pesquisa, recrutaram indivíduos de grupos sócio demográficos mais altos, buscando em universidades e, estrategicamente, grupos

¹³⁰ No original: “The second approach has emerged from sociology, medical anthropology and cultural studies, and uses socio-cultural theories to critique dominant obesity discourses and institutional responses to ‘fatness’.”

¹³¹ No original: “To date most research in this area has explored the impact of obesity *stigma* through direct social interactions (e.g. from health professional to patient; from teacher to student; from employer to employee).”

socioeconômicos mais baixos, buscando em mídias de massa (como artigos de jornal). Utilizaram a técnica bola de neve (por exemplo, participantes passando os detalhes do estudo para o parceiro, familiar ou amigo). Além destes espaços, também recrutaram em academias de ginástica, lugares de atividades recreativas, centros de emagrecimento e lojas de roupas tamanho grande. Por fim, selecionaram um pequeno grupo de indivíduos envolvidos ativamente no movimento de defesa do corpo gordo, através do *Fat online* - grupo de aceitação do corpo. Foi oferecido aos sujeitos de pesquisa um voucher de US\$10 como pagamento por participar do estudo. Os participantes eram principalmente do sexo feminino (nº 105), com idades entre 19 e 75 anos, casadas ou em algum relacionamento (nº 91). Oitenta e oito participantes concluíram o curso universitário, enquanto 33 completaram o ensino médio e 20 não concluíram o ensino médio. A maioria nasceu na Austrália (nº ¼ 102). O IMC variou entre 30,0 e 71,7 kg / m² (média 39,3).

Lewis et al. (2009) relatam as narrativas das experiências que satisfazem os critérios de *estigma direto* e as que satisfazem os critérios de *estigma indireto*. Estes tipos de *estigma* vieram de interações com diferentes tipos de indivíduos e dentro de diferentes configurações sociais. O *estigma direto* foi baseado em julgamentos morais sobre as razões pelas quais o participante estava acima do peso, em particular, preguiça, gula e consumo excessivo. Além disso, muitos descreveram como sua gordura foi usada por outros para questionar seus papéis e habilidades mais amplas, como, por exemplo, uma estudante de medicina que foi aconselhada por amigos e familiares a perder peso para ser respeitada por seus pacientes. Outros relatos descreveram como foi frequentemente reforçado que eles não pertenciam a certos espaços. Em particular, foram experiências de *estigma* ao comprar roupas, sobretudo sofridas pelas mulheres, pela abordagem inadequada e excludente de vendedoras e pela falta de variedade de roupas com número maior. Sobre o “*estigma indireto*, foram os tipos de experiências de estigmatização mais comumente discutidas (nº 104), mas também eram mais sutis, subjetivas e difíceis de responder.”¹³² (p.1353, tradução nossa). Algumas vezes, o *estigma indireto* foi completamente baseado na percepção de por quê certos eventos haviam ocorrido. Por exemplo, participantes mais jovens perceberam que seus amigos eram menos propensos a convidá-los para bares, boates ou jantares, porque estariam preocupados com o fato de serem vistos com seu “amigo gordo”, supondo que isso prejudicaria sua credibilidade social. Os participantes também perceberam que outros estavam constantemente julgando

¹³² No original: “indirect stigma were the types of experiences of stigmatization most commonly discussed (n ¼ 104), but were also more subtle and subjective and difficult to respond to.”

seus corpos. Isso foi mais recorrente para aqueles que estavam na faixa de IMC “severamente obeso” (IMC acima de 40). Muitos desses tipos sutis de experiências de estigmatização foram agravados ainda mais pelos próprios sentimentos de culpa e de vergonha dos participantes, destacam os autores. Os sujeitos de pesquisa também comentaram que havia maior atenção da mídia e do governo sobre a epidemia da obesidade, o que significava que seria improvável que esse tipo de *estigma* terminasse.

Os pesquisadores também relatam as narrativas (nº 69) de experiências que satisfazem os critérios de *estigma ambiental*. Tais experiências, segundo observaram nos relatos dos participantes, “causaram uma sensação aguda de diferença, desvio e isolamento.”¹³³ (p.1352, tradução nossa). Na prática, se referem a espaços proporcionais de assento – não só nos meios de transporte, mas também nos locais de trabalho e estabelecimentos de saúde – e mobilidade nos espaços urbanos. As respostas aos diferentes tipos de *estigma* também foram variadas, mas os participantes raramente desafiaram as atitudes estigmatizantes que experimentaram e muitas vezes se culpavam por tais experiências, apontam os autores. Eles descobriram que era mais difícil responder a tipos mais sutis de *estigma*, vendo-os como inevitáveis, fugindo ao seu controle.

Por fim, Lewis et al. (2009) falam dos impactos de experiências estigmatizantes descritas pelos participantes. Eles descreveram como os diferentes tipos de *estigma* impactavam sua saúde, bem-estar e oportunidades sociais. Um dos impactos mais comuns das experiências de estigmatização foi sobre saúde emocional e bem-estar (nº 64), em particular sobre fragilizar ou comprometer sua auto estima (nº 42). Além destes, os pesquisadores observaram que as experiências de *estigma* impactaram o senso de identidade dos sujeitos entrevistados. Alguns afirmaram que sua identidade foi comprometida porque seu corpo não se encaixava nesse ideal de beleza e que ser gordo foi o resultado de uma falha pessoal em seu caráter. Houve também alguns participantes (principalmente homens e pessoas com “baixa” obesidade) que não mencionaram experiências sugestivas de *estigma*. Os pesquisadores consideram que esta é uma descoberta muito interessante, afirmando que uma análise mais aprofundada dos dados pode fornecer informações adicionais sobre como os contextos culturais, relações interpessoais e os significados que os indivíduos atribuem à sua própria gordura influenciam as experiências.

Os autores concluem que o *estigma* da obesidade é generalizado, mas, como demonstrado por este estudo, se manifesta sistematicamente por suas relações com os

¹³³ No original: “[...] caused an acute sense of difference, deviance, and isolation.”

diferentes discursos sociais. “Esses discursos, por sua vez, são diversos, estendendo-se desde aqueles de controle pessoal e probidade moral, a ideais de beleza, sexualidade, maternidade, confiabilidade, responsabilidade e valor social.”¹³⁴ (p.1254, tradução nossa).

O quarto artigo representa um estudo feiro a partir de matérias de jornais noruegueses, intitulado **““Norwegians fear fatness more than anything else”—A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health”**¹³⁵ (2009), dos autores: Malterud, Kirsti; Ulriksen, Kjersti (Research Unit for General Practice, Unifob Health, Kalfarveien 31, N-5018 Bergen, Norway).

Este trabalho teve como objetivo “explorar aspectos normativos do discurso norueguês sobre obesidade.”¹³⁶ (p.47, tradução nossa) e “expandir o entendimento dos profissionais de saúde sobre a complexidade da obesidade como questão pessoal, em vez de repetir evidências conhecidas sobre riscos à saúde relacionados ao peso.”¹³⁷ (p.47, tradução nossa). Segundo os autores, mensagens normativas são definidas como “prescrições ou comentários sobre como as pessoas obesas são ou deveriam ser, ou conteúdo sobre um corpo “bom”.”¹³⁸ (p.48, tradução nossa). Foi realizado um estudo qualitativo com dados coletados de cinco jornais noruegueses – sendo três jornais com cobertura nacional (Aftenposten, Dagbladet, Verdens Gang) e dois jornais locais (Bergens Tidende, Bergensavisen) - durante um período de três meses no ano de 2007. Malterud e Ulriksen (2009) informam que as entradas de jornais sobre obesidade foram identificadas por uma mídia de serviço de recuperação de dados (Opoint), que oferece busca digital contínua de todos os meios de comunicação em massa noruegueses registrados na web. Contudo, este recurso não incluía uma amostra completa do conteúdo do jornal. Os pesquisadores, portanto, compararam os dados digitalizados com os dados impressos completos de edições dos jornais por um período de duas semanas. Foram escolhidos os seguintes termos de pesquisa: comida, emagrecimento, excesso de peso, peso,

¹³⁴ No original: “These discourses are in turn diverse, extending from those of personal control and moral probity to ideas of beauty, sexuality, motherhood, reliability and trustworthiness, to social responsibility and social worth.”

¹³⁵ Em português: Os noruegueses temem a gordura mais do que qualquer outra coisa " - Um estudo qualitativo de mensagens normativas de jornais sobre obesidade e saúde. (tradução nossa).

¹³⁶ No original: “To explore normative aspects of the Norwegian discourse on obesity.”

¹³⁷ No original: “[...] to expand the understanding of health care providers about the complexity of obesity as a personal issue, rather than repeating well known evidence about weight related health risks.”

¹³⁸ No original: “[...] prescriptions or comments on how obese people are or should be, or content about a “good” body.”

peso corporal, IMC, redução de peso, nutrição, obesidade, gordura, robusto e estilo de vida. O foco da análise de discurso foram as “atitudes culturais”¹³⁹(p.48, tradução nossa) – nas palavras dos autores – concentrando-se nas 26 mensagens mediadas por entradas explícitas normativas, considerando as entradas restantes como um contexto estrutural. Os pesquisadores destacam que esta análise de discurso foi utilizada como uma inspiração e não como procedimento, com foco em mensagens mediadas pelo texto e não buscando detalhes de linguística. Por fim, acerca da metodologia, ainda observam que algumas entradas incluíam conteúdo que criticou certas atitudes ou declarações. No entanto, para eles, declarações críticas forneceriam uma triangulação de como essa opinião é percebida por um espectador. “Finalmente, os achados empíricos foram utilizados para elaboração teórica, com perspectivas de *estigma* e cultura como nossos pontos de partida.”¹⁴⁰ (p.48, tradução nossa).

Partindo da premissa de que a saúde é mais do que gordura corporal e de que quase todo mundo é, de alguma maneira, afetado por fatores culturais, por mensagens sobre peso corporal, os pesquisadores desejaram focar no “contexto cultural que molda a estrutura de identidade e enfrentamento relacionados ao peso corporal na Noruega.”¹⁴¹ (p.47, tradução nossa). Para os autores, a mídia de massa é responsável por disseminar e manter discursos sobre a obesidade, inclusive definindo a agenda cultural para esses discursos “na sociedade moderna com informação, comentários, discussões e até entretenimento onde peso corporal e dieta são focados.”¹⁴² (p.47, tradução nossa). Nesse sentido, afirmam que as pessoas obesas experimentam condenação social e sua imagem denegrida de modo generalizado. Mencionam o estudo de dois autores, Puhl e Heuer (2009), que indica que os indivíduos com excesso de peso têm “maior vulnerabilidade a depressão, baixa autoestima, imagem corporal pobre, comportamentos alimentares inadequados e evitação de exercícios”¹⁴³ (p.47, tradução nossa).

Os resultados mostraram que dois domínios normativos principais do discurso da obesidade foram identificados: 1º - a obesidade do ponto de vista estético, como sendo um

¹³⁹ No original: “[...] Cultural attitudes [...].”

¹⁴⁰ No original: “Finally, the empirical findings were used for theoretical elaboration, with perspectives of stigma and culture as our points of departure.”

¹⁴¹ No original: “[...] cultural context which shapes the framework for identity and coping related to body weight in Norway.”

¹⁴² No original: “[...] in modern society with information, comments, discussion, and even entertainment where body weight and dieting are focused.”

¹⁴³ No original: “[...] increased vulnerability to depression, low self-esteem, poor body image, maladaptive eating behaviours, and exercise avoidance.”

corpo não atrativo, em que a magreza é vinculada à beleza e felicidade. Assim, mostrou que nesse contexto o obeso é visto como feio e infeliz. 2º - obesidade do ponto de vista da saúde, referindo-se à falta de controle na pessoa obesa, vinculando à gula, falta de responsabilidade e a problemas de saúde. Dentro desse domínio, as pessoas gordas foram exibidas como indisciplinadas e gananciosas, devendo se envergonhar por isso.

Os pesquisadores relatam que vários itens do material de análise tratavam de meninas adolescentes, que demonstraram vulnerabilidade diante de uma enorme pressão para se adequar aos padrões estéticos, expressando forte medo de não serem aceitas. Contudo, observam que também encontraram em seus dados várias referências indicando que os homens - especialmente os jovens - também não escapam dessa pressão. Alguns homens com distúrbios alimentares e outros se dopando para ficarem musculosos, tentam se adequar.

“Ser esbelto não está associado apenas à beleza, mas também a sucesso, glamour e felicidade.”¹⁴⁴ (p.49, tradução nossa). Por outro lado, vários “dados destacam as associações entre ser gordo, velho, preguiçoso e feio.”¹⁴⁵ (p.49, tradução nossa). Há também comentários sobre ideais corporais que apontam para conexões estreitas entre peso, estilo de vida bem-sucedido e jovialidade. Em uma pesquisa pública sobre quais problemas de saúde recomendariam prioridade a autoridades de saúde, a obesidade obteve a classificação mais alta e, em seguida, cuidados com os idosos, câncer, psiquiatria e doenças cardiovasculares. Destacam que na introdução do relatório sobre a pesquisa foi anunciado assim: “Os noruegueses temem a gordura mais do que qualquer outra coisa”.¹⁴⁶ (p.49, tradução nossa).

Segundo Malterud e Ulriksen (2009, um autor, de um dos jornais, comentou que várias matérias fazem associação de atratividade com felicidade. Tal associação seria regida pelas ideias correntes sobre feminilidade e, com isso, a indústria da beleza enganaria a todos nós vendendo produtos, dietas e cirurgias plásticas, com a promessa de atingir esses ideais. Nesse sentido, citam um relatório sobre dieta que revela que mais noruegueses reduziram seu peso para melhorar sua aparência do que aqueles que fizeram isso por fins de saúde. Para exemplificar, citam um trecho de um debate em jornais sobre encontros on-line que diz: “namorar requer não apenas força interior e autoconfiança, mas também um corpo bonito.”¹⁴⁷ (p.49, tradução nossa).

¹⁴⁴ No original: “Being slim is not only associated with beauty, but also with success, glamour, and happiness.”

¹⁴⁵ No original: “[...] data underline the associations between being fat, old, lazy, and ugly.”

¹⁴⁶ No original: “Norwegians fear fatness more than anything else.”

¹⁴⁷ No original: “Dating requires not only inner strength and self-confidence, but also a good-looking body [...]”

Em determinado grupo de entradas, os pesquisadores verificaram que a obesidade é interpretada como uma falha no autocontrole e pessoas gordas são colocadas como indisciplinadas e gananciosas. Ao mesmo tempo, várias entradas descrevem a magreza como representando um autocontrole bem sucedido, enquanto a pessoa obesa é estigmatizada e desprezada. Um relato biográfico descreveu uma ampla gama de atitudes críticas encontradas por uma mulher gorda, como desprezo, discriminação, culpa e bullying. Segundo Malterud e Ulriksen (2009), ela ainda acrescenta que parece legítimo discriminar pessoas gordas e até crianças. Os autores mostram dados dessa pesquisa, que ilustram como “as pessoas são mais ou menos explicitamente responsabilizadas por seu peso corporal, referindo-se a sua falta de disciplina doentia.”¹⁴⁸(p.49, tradução nossa).

Malterud e Ulriksen (2009) destacam um relatório de uma pesquisa que descreve como evolui o excesso de peso em crianças que são excluídas, desprezadas e intimidadas. Em certa medida, o excesso de peso e tal sofrimento podem acompanhar a criança durante toda a infância. Dessa forma, os autores avaliam que “a resposta social ao excesso de peso corporal é considerada um ônus mais sério para a saúde do que a própria gordura.”¹⁴⁹ (p.49, tradução nossa). Citam uma chamada publicitária que dizia que as crianças não deveriam beber coca em vez de subir em árvores. Sobre isso, os autores ponderam que “as relações dos indivíduos com a comida, peso, corpo e alimentação não são mais apenas uma preocupação pessoal, mas uma preocupação pública atribuída à responsabilidade pessoal e culpa correspondente.”¹⁵⁰ (p.50, tradução nossa). Nesse sentido, citam um pensamento corrente no imaginário social de seu país, o qual afirma que pais respeitáveis não permitiriam que crianças engordassem - o que poderia ser comparado à negligência infantil.

Malterud e Ulriksen (2009) verificaram que a obesidade na Noruega é percebida como ameaça mais séria à saúde pública do que câncer e doenças mentais, mediada em jornais noruegueses com um poderoso desprezo contra pessoas gordas. Os autores também apontam que a representação de mídia americana da epidemia de obesidade tem como foco principal as mulheres, reforçando a obesidade como uma questão de gênero – embora na Noruega, este

¹⁴⁸ No original: “[...] people are more or less explicitly held responsible for their body weight, referring to their unhealthy lack of discipline.”

¹⁴⁹ No original: “The social response to excess body weight is regarded as a more serious burden for health than the fat itself [...]”

¹⁵⁰ No original: “Individuals’ relations to food, weight, body, and eating are no longer only a personal concern, but a public concern attributed to personal responsibility and corresponding blame.”

foco também tenha alcançado homens jovens. Nesse sentido, citam Boero (2007), que conclui:

[...] embora todos estejam ‘em risco’ de obesidade, a epidemia é de gênero, em que as mulheres sempre foram os alvos centrais da indústria da perda de peso e são mantidas numa posição mais rígida de padrão de tamanho corporal do que os homens.¹⁵¹ (p.50, tradução nossa).

Segundo os autores, variações do valor da disciplina pessoal ainda estão vivas na cultura norueguesa na contemporaneidade. Como exemplo, citam uma análise antropológica de Gullestad (2006), que sugere que “os valores culturais na Noruega - pelo menos para as mulheres - têm forte ênfase nos valores morais relativos à obediência, responsabilidade e uma ética de trabalho protestante ligada à ideia de ‘ser útil’”¹⁵² (p.51). Comenta que, sabendo disso, é possível compreender melhor o impacto e a força da culpa nas mensagens dos jornais dirigidos a pessoas obesas.

As descobertas dessa pesquisa demonstraram, então, para os pesquisadores, que há contextos culturais em que mensagens de culpa e vergonha estão associadas à obesidade, se estendendo para a própria vida e identidade do indivíduo – como ocorre com obesos noruegueses. Portanto, um atendimento de qualidade a pessoas com obesidade implica que a saúde pública e a medicina reconheçam o ônus do *estigma cultural* e desenvolvam estratégias para combatê-lo. Malterud e Ulriksen (2009) acreditam que o *estigma* não ajuda pessoas a adotarem comportamentos mais saudáveis. Sugerem que haja sensibilização para os preconceitos culturais acerca do peso corporal e defendem que, dessa forma, “os médicos poderiam neutralizar a estigmatização dos obesos e contribuir para o empoderamento e para a saúde, ajudando o paciente a mobilizar recursos para sua saúde pessoal”¹⁵³ (p. 51, tradução nossa).

O quinto artigo se refere à uma pesquisa com estudo de campo intitulada “**Eating, drinking and being depressed: the social, cultural and psychological context of alcohol**

¹⁵¹ No original: “[...] though everyone is ‘at risk’ for obesity, the epidemic is gendered in that women have always been the central targets of the weight-loss industry and are held to a more rigid standard of body size than are men.”

¹⁵² No original: “[...] cultural values in Norway – at least for women – have strongly emphasized moral values concerning obedience, responsibility and a Protestant work ethic, tied to the idea of ‘being of use’.”

¹⁵³ No original: “[...] doctors could counteract the stigmatization of the obese and contribute to empowerment and health by assisting the patient in mobilizing their personal health resources.”

consumption and nutrition in a Brazilian community¹⁵⁴ (2004), dos autores: Dressler, William W., a; Ribeiro, Rosane P., b; Balieiro, Mauro C., c; Othsa, Kathryn S., a; Santos, José E., d.

Nesta pesquisa, os autores buscaram investigar a implicação de questões socioeconômicas nas diferenças de hábitos alimentares em uma cidade brasileira, Ribeirão Preto, em São Paulo. A partir da análise dos dados, os pesquisadores mostram que uma compreensão do impacto das diferenças de SES (Status Socioeconômico) na ingestão calórica envolve caminhos socioculturais e sociopsicológicos que influenciam a ingestão de uma substância que é frequentemente considerada fora da dieta: o álcool. Uma análise mais completa dos dados sugere que “uma renda mais baixa leva a uma menor *consonância cultural*, o que, por sua vez, leva a maiores índices de depressão, maior ingestão de álcool e maior ingestão calórica total.”¹⁵⁵ (p.709, tradução nossa). Dressler et al. (2004) observam que nesse modelo, “a ingestão de álcool pode ser vista como uma estratégia adaptativa psicológica e nutricional à marginalidade econômica, social e cultural em uma sociedade altamente estratificada.”¹⁵⁶ (p.709, tradução nossa). Todas essas questões serão melhor explicadas mais adiante.

Segundo os autores, o “(SES) é um fator que tem sido investigado como precursor do comportamento alimentar e estado nutricional nos países mais desenvolvidos e países em desenvolvimento.”¹⁵⁷ (De Walt, 1983; Gerber et al., 1991; Irala-Estevez et al., 2000 apud Dressler et al., 2004, p.709, tradução nossa). Dressler et al. (2004) pontuam que há diferenças entre a associação do status socioeconômico e status nutricional nessas duas grandes categorias de desenvolvimento das sociedades. Especificamente em relação à obesidade, existe uma relação inversa entre sua prevalência e o SES em sociedades (países) desenvolvidas. Isto é, quanto maior o SES, menor incidência de obesidade e vice versa. Nos países em desenvolvimento, por sua vez, a relação é mais direta, ou seja, taxas mais altas de obesidade e sobrepeso tendem a ser encontradas em grupos com maior SES. Por outro lado, também nas sociedades em desenvolvimento, altas taxas de deficiências nutricionais podem

¹⁵⁴ Em português: Comer, beber e estar deprimido: o contexto social, cultural e psicológico do consumo de álcool e nutrição em uma comunidade brasileira. (tradução nossa).

¹⁵⁵ No original: “[...] lower income leads to lower cultural consonance, which in turn leads to higher depression, higher alcohol intake, and higher total caloric intake.”

¹⁵⁶ No original: “[...] alcohol ingestion can be seen as both a psychological and nutritional adaptive strategy to economic, social and cultural marginality in a highly stratified society.”

¹⁵⁷ No original: “[...] (SES) is a factor that has been investigated as a precursor of dietary behavior and nutritional status in both more developed and developing countries.”

ser observadas nos grupos com níveis mais baixos de SES. Contudo, os autores destacam que o conceito do “SES continua sendo um instrumento contundente que limita nossa capacidade de compreender a dinâmica sociocultural envolvida nesses processos.”¹⁵⁸ (p.710, tradução nossa).

Neste estudo, os pesquisadores relatam que compararam quatro bairros, diferindo no SES em um contínuo, do mais pobre ao mais rico, em tamanho moderado (pop = 500.000). Os bairros incluíam: uma favela ou casas extremamente pobres; uma comunidade da classe trabalhadora com indivíduos semiquilificados; uma comunidade de classe média com trabalhadores qualificados e uma comunidade de classe média alta. Dentro de cada bairro, amostras aleatórias simples de famílias foram escolhidas, usando uma lista completa de habitações ocupadas em cada um. Foram selecionados 40 domicílios por bairro. Cada indivíduo deste grupo todo foi entrevistado quatro vezes. Na primeira entrevista, todos os aspectos socioculturais e dados psicológicos foram coletados. A segunda e a terceira consistiram em recordações alimentares de 24 horas, e a quarta entrevista consistiu na coleta de dados clínicos. Dressler et al. (2004) observam que as estimativas da ingestão de álcool foram derivadas das entrevistas de recordação alimentar. Além destas, incluíram as covariáveis: idade, sexo, renda familiar, IMC e sintomas depressivos - que foram avaliados usando a subescala Brief Symptom Inventory (BSI-D). Observaram que não há diferenças significativas entre os bairros em relação à ingestão calórica total (da mesma forma, não há diferenças entre os bairros de ingestão calórica ajustada por idade, sexo e IMC) Porém, existem diferenças significativas entre os quatro bairros em praticamente todas as outras variáveis. Foi encontrada uma associação curvilínea entre composição corporal e SES que diferiram em homem e mulher. Assim, homens e mulheres na favela tinham baixos índices de massa corporal (IMC), baixa porcentagem de gordura e uma alta proporção de massa corporal magra para os homens (o homem comum na comunidade seria considerado desnutrido). Segundo essa pesquisa, para homens e mulheres, todos esses índices aumentaram à medida que o SES aumentou. Observaram que todos os índices estão achatados no bairro de classe média alta, embora as mulheres desse bairro também tendessem a ser magras. Dressler et al. (2004) afirmam que esse padrão de associação pode ser entendido em termos de uma “confluência de fatores sociais e culturais.”¹⁵⁹ (p.710, tradução nossa).

¹⁵⁸ No original: “[...] SES remains a blunt instrument that limits our ability to understand the sociocultural dynamics involved in these processes.”

¹⁵⁹ No original: “[...] confluence of social and cultural factors.”

Os autores trazem as questões da nutrição e da privação entre brasileiros com menor SES e mencionam o trabalho de Nancy Scheper-Hughes (1992), fruto de uma pesquisa de campo no Nordeste brasileiro. Contudo, destacam que uma comparação direta da comunidade por eles estudada e a comunidade estudada por Scheper-Hughes é problemática, porque realmente o Brasil pode ser considerado dois países: um norte menos desenvolvido e um sul próspero e desenvolvido. Especificamente sobre os nordestinos, Scheper-Hughes demonstra que estão sujeitos à fome crônica como resultado de ingestão calórica inadequada.

Dressler et al. (2004) esperavam encontrar diferenças substanciais na ingestão calórica total por SES na comunidade por eles estudada. Porém, surpreenderam-se, como já mencionado, com o fato de não terem encontrado tais diferenças. Este achado os estimulou a um exame cuidadoso dos padrões de ingestão calórica, cujo resultado apontou para a ingestão de álcool como sendo a chave para essa questão. Segundo os pesquisadores, a ingestão excessiva de álcool em lugares com baixo SES, como nas favelas, teria uma função, a de compensar, compondo o que parece ser uma ingestão calórica adequada. Dessa forma, trazem como questões dessa pesquisa: “O que explica o excesso de consumo de álcool por muitos na favela?”¹⁶⁰ (p.710, tradução nossa) e “Por que recursos escassos são desviados para o álcool enquanto poderiam ser usados para outros alimentos?”¹⁶¹ (p.710, tradução nossa). Nesse sentido, Dressler et al. (2004) se reportam ao “modelo unificado de substâncias ingeridas”¹⁶² (p.710, tradução nossa), de Hunt e Barker (2001, p. 177) para “mostrar que o uso de álcool e o comportamento alimentar podem ser entendidos no contexto de um único conjunto de aspectos socioculturais e determinantes sociopsicológicos.”¹⁶³ (p.710, tradução nossa).

Segundo os pesquisadores, a análise desenvolvida neste artigo deve ser considerada exploratória e no contexto da construção de teorias em oposição a rigorosas testagens de hipóteses. A pesquisa foi guiada pelas hipóteses de Dressler (2001) sobre fontes culturais de estresse psicofisiológico, partindo do conceito *consonância cultural*.

Dressler introduziu o conceito de *consonância cultural* para descrever o grau em que os indivíduos são capazes, em suas vidas diárias, de aproximar em seus próprios

¹⁶⁰ No original: “What accounts for the excessive alcohol intake of many in the favela?”

¹⁶¹ No original: “Why are scarce resources diverted to alcohol that could be used for other foods?”

¹⁶² No original: “[...] unified model of ingested substances.”

¹⁶³ No original: “[...] to show that the use of alcohol and dietary behavior can be understood in the context of a single set of sociocultural and social–psychological determinants.”

comportamentos os modelos culturais amplamente compartilhados e prototípicos, de como a vida deve ser vivida.¹⁶⁴ (p.711, tradução nossa).

Dressler argumenta que há uma série de modelos – como estilos de vida, que são amplamente compartilhados e que definem como a vida deve ser vivida. Ao mesmo tempo, fatores (principalmente econômicos) podem intervir para limitar a capacidade de um indivíduo realmente agir de acordo com esses modelos. Consequentemente, *consonância cultural* em um determinado domínio pode ser amplamente diversa. O autor defende que “baixa *consonância cultural* ou a incapacidade de agir de maneira culturalmente ideal, é uma experiência profunda e cronicamente estressante, podendo levar a resultados deletérios para a saúde.”¹⁶⁵ (p.711, tradução nossa).

Neste estudo, os quatro bairros em que foi feita a etnografia diferem no SES e significativamente em fatores de risco cardiovascular, bem como nos níveis de estresse percebidos e sintomas de depressão. Segundo os pesquisadores, essas diferenças brutas de SES são, no entanto, mediadas por níveis de *consonância cultural*. Nesse caso, a “*consonância cultural* foi mensurada em dois domínios: estilos de vida materiais e apoio social.”¹⁶⁶ (p.711, tradução nossa). Foram coletados dados sobre os relatos dos comportamentos dos entrevistados e não sobre a importância cultural dos itens, como foi feito com os informantes. Então, “*consonância cultural* no estilo de vida é uma variável contínua, simetricamente distribuída, que descreve o grau ao qual o estilo de vida de um indivíduo corresponde ao estilo de vida prototípico culturalmente.”¹⁶⁷ (p.711, tradução nossa). Já *consonância cultural* em suporte social é uma variável categórica com três níveis: um grupo de pessoas respondeu perguntas exatamente da mesma maneira que o modelo cultural; um segundo grupo foi quase exato em suas respostas e um terceiro grupo se afastou amplamente das respostas. Estes grupos são referidos como alto, moderado e baixo em *consonância cultural* no apoio social.

¹⁶⁴ No original: “Dressler introduced the concept of ‘cultural consonance’ to describe the degree to which individuals are able, in their daily lives, to approximate in their own behaviors the widely shared and prototypical cultural models of how life is to be lived.”

¹⁶⁵ No original: “[...] low cultural consonance, or the inability to act on a cultural ideal, is a profoundly and chronically stressful experience and can lead to deleterious health outcomes.”

¹⁶⁶ No original: “Cultural consonance was measured in two domains: material lifestyles and social supports [...]”

¹⁶⁷ No original: “[...] cultural consonance in lifestyle is a symmetrically distributed continuous variable describing the degree to which an individual’s lifestyle corresponds to the culturally prototypical lifestyle.”

Os pesquisadores relatam que um dos desafios desta pesquisa foi amostrar adequadamente toda a variação da gama de fatores socioeconômicos na cidade. Surpreenderam-se com o fato de que, apesar das claras evidências de diferenças socioeconômicas entre os quatro bairros, descobriram apenas pequenas e insignificantes diferenças nos modelos de estilos de vida e apoios sociais em todos os bairros. Observaram que os modelos prototípicos para esses os domínios geralmente são compartilhados entre os bairros. “Resumindo, as diferenças socioeconômicas entre esses bairros se refletem em estilos de comportamento de bebida, bem como na habitação, educação e estilos de vida.”¹⁶⁸ (p.713, tradução nossa). Os pesquisadores destacam que, além de mediar as diferenças de SES no estado de saúde, a *consonância cultural* também pode desempenhar um papel nas diferenças de SES na ingestão calórica associada com comportamentos de beber bebidas alcoólicas. Além disso, dado que a *consonância cultural* também está associada ao sofrimento psicológico e dado que existem evidências de que o consumo de álcool é usado como estratégia de enfrentamento por pessoas em sofrimento psíquico, depressão também foi incluída na análise – justificam os pesquisadores.

Dressler et al. (2004) questionam: “por que as pessoas bebem?”¹⁶⁹ (p.715, tradução nossa). A hipótese era que *consonância cultural* e depressão mediariam diferenças socioeconômicas no comportamento da bebida. Analisando o comportamento de beber, falam de uma variável que é uma dicotomia de consumir 5 ou mais bebidas / dia, versus consumir menos de 5 bebidas / dia. Nesse sentido, apontam que “a probabilidade de consumir 5 ou mais bebidas / dia é aumentada se o entrevistado for mais jovem, do sexo masculino e tiver uma renda familiar mais baixa.”¹⁷⁰ (p.715, tradução nossa). Além disso, sintomas depressivos e menor *consonância cultural* nos dois domínios estão associados a um aumento da probabilidade de consumir 5 ou mais bebidas / dia. Dressler et al. (2004) ressaltam que essas variáveis explicam completamente a associação de SES (como indicado aqui pela renda familiar) e comportamento de beber.

Os resultados dessa pesquisa indicam que a maior parte da associação de SES com ingestão calórica é resultado de baixo SES, levando a baixa *consonância cultural*, que leva a sintomas depressivos, que levam a mais comportamentos de beber, que por sua vez,

¹⁶⁸ No original: “To summarize, the socioeconomic differences among these neighborhoods are reflected in styles of drinking behavior, as well as in housing, education, and material lifestyles.”

¹⁶⁹ No original: “why do people drink?”

¹⁷⁰ No original: “The likelihood of consuming 5 or more drinks/day is increased if a respondent is younger, male and has a lower family income.”

contribuem para maiores ingestões calóricas relatadas em um diário alimentar de 24 horas. Há também uma pequena associação direta entre *consonância cultural* no estilo de vida e ingestão calórica total, apontam os autores. Entre os indivíduos de baixo SES, o comportamento de beber é o principal precursor de uma ingestão calórica total, principalmente por causa da quantidade de álcool consumida numa favela, por exemplo. Ao mesmo tempo, destacam os autores, “favelados não consomem grandes quantidades de álcool simplesmente porque são pobres.”¹⁷¹ (p.716, tradução nossa). Ao contrário, sublinham, “a pobreza leva a uma incapacidade de adotar os comportamentos codificados em modelos culturais de estilos de vida e relacionamentos amplamente compartilhados.”¹⁷² (p.716, tradução nossa). Os autores consideram que beber muito pode ser uma estratégia adaptativa entre os pobres – não necessariamente uma estratégia adaptativa saudável e eficaz – tanto do ponto de vista fisiológico, nutricional, quanto do ponto de vista sociológico – no que tange ao enfrentamento das dificuldades inerentes à sua condição social.

Por fim, Dressler et al. (2004) observam que os resultados desse estudo fornecem exemplo de como a distribuição desigual de riqueza pode resultar em saúde precária para os mais marginais no sistema. Além disso, consideram que essa pesquisa elabora uma estrutura crítica por mostrar que os âmbitos social, cultural e psicológico são caminhos pelos quais as diferenças de classe social operam. Os autores concluem que “o que esses resultados sugerem é que a ingestão dietética e o estado nutricional são verdadeiramente parte de um complexo processo biocultural, que vincula fatores macroestruturais para o indivíduo, via caminhos sociais, culturais e psicológicos.”¹⁷³ (p.319, tradução nossa).

¹⁷¹ No original: “[...] favelados do not consume large amounts of alcohol simply because they are poor.”

¹⁷² No original: “[...] poverty leads to an inability to adopt the behaviors encoded in widely shared cultural models of lifestyles and social relationships.”

¹⁷³ No original: “What these results suggest is that dietary intake and nutritional status are truly a part of a complex biocultural process that links macro-structural factors to the individual, via social, cultural and psychological pathways.”

ANEXO B

Os trabalhos que excluimos em nossa seleção foram:

Busca no portal da CAPES

- 1- “Eu sou como você: reflexões sobre a formação e práticas em nutrição a partir de blogs de aceitação do corpo gordo.” Ribeiro, Alana F. et al. *Food, Nutrition & Health*, 2017, v.12, n.3, p.575. O foco deste trabalho é a estigmatização, embora articule com a prática profissional de nutricionistas.
- 2- “Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea.” Vilhena, Junia de ; Novaes, Joana de V.; Rocha, Livia. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, June 2008, v. 8, n.2, pp.379-406. Este trabalho parte da perspectiva da psicanálise.
- 3- “Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos cadastrados no programa hiperdia.” Pinheiro, Raul H. O. et al. *Cogitare Enfermagem*, 01 March 2013, v.18 n.1, pp.78-83. Ponto de vista biomédico.
- 4- “Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas.” Langdon, Esther Jean. *Ciencia & Saude Coletiva*, April, 2014, v.19, n.4, pp.1019-11. Embora parta da perspectiva antropológica, não aborda corpo gordo.
- 5- “O corpo, a cirurgia estética e a Saúde Coletiva: um estudo de caso.” Leal, Virginia C. L.V. et al. *Ciência & Saúde Coletiva*, January, 2010, v.15, n.1, p.77. Ainda que aborde estética e medicalização, não discute corpo gordo.
- 6- “Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica.” Moreira, Martha C. N.; Gomes, Romeu ; Calheiros de Sá, Miriam R. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014, v.19, n.7, p.2083. Este artigo aborda as discussões em torno de doenças crônica em crianças e adolescentes de forma abrangente, não focando em obesidade e sobrepeso. Além disso, com corte estabelecido para essa faixa etária.
- 7- “Antropologia e nutrição: um diálogo possível?” Canesqui, Ana Maria; Garcia, Rosa W. D., January, 2005. (Livro). Apesar de partir da antropologia e fazer articulação com nutrição e saúde, temas afins à nossa temática, este é um livro que traz um estudo muito amplo, mas não aborda obesidade e sobrepeso.
- 8- “Os corpos gordos merecem ser vividos.” Paim, Marina B. *Revista Estudo Feministas*, 2019, v.27, n.1. (Resenha de livro). Além de ser uma resenha de livro, o foco está na gordofobia – que não é o foco da nossa busca.
- 9- “Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional.” Bonotto, Gabriel M.; Mendoza-Sassi, Raul A.; Susin, Lulie R. O. *Ciencia & Saude Coletiva*,

- 2016, v.21, n.1, pp.293-10. Esta é uma pesquisa epidemiológica, que quantifica os hábitos em saúde que podem ser fatores de risco em determinado grupo. Sendo assim, não discute os aspectos qualitativos, como medicalização, nem obesidade e sobrepeso (medicalização do corpo gordo).
- 10-Guia alimentar para a população brasileira: complementação por meio de representações gráficas.” Almeida, Jussara de C. et al. Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, 2018, v.12, n.71, pp.316-13. Estritamente sobre educação nutricional.
 - 11- “Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.” Coimbra Jr., Carlos E. A.; Santos, Ricardo V.; Escobar, Ana Lúcia, January, 2003. (Livro). Além de ser uma pesquisa quantitativa, o tema é totalmente diferente do que buscamos pesquisar.
 - 12-“Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena.” v. 1 Barros, Denise C.; e Silva, Denise O.; Gugelmin, Silvia Â., January, 2007. (Livro). Tema também muito específico e diferente dos nossos objetivos e pesquisa.
 - 13-“Análise das narrativas sobre a menopausa de um site brasileiro da internet.” Separavich, Marco A.; Canesqui, Ana M. Interface: Comunicação Saúde Educação, 2012, v.16, n.42, pp.609-14. Outro tema completamente diverso do que buscamos.
 - 14-“Representações do corpo masculino na revista Men's Health.” Eufrásio, José J. G.; Nóbrega, Terezinha P. da. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, January – March, 2017, v.39, n.1, pp.31-38. Embora se refira a corpo, estética, saúde e beleza nas sociedades consumistas – conforme descrito no resumo, temática pertinente para nossa busca, tem corte por gênero e não aborda diretamente corpo gordo e nem medicalização.
 - 15-“Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa.” Alves, Railda F. January, 2011. Trabalho partindo do ponto de vista da psicologia, diferente da nossa perspectiva.
 - 16-“Sociabilidades “positivas” em rede: narrativas de jovens em torno do HIV/Aids e suas tensões cotidianas.” Silva, Luís A.V. da. Physis, 2017, v.27, n.2, pp.335-355. Tema específico acerca de HIV/Aids, diferente do que buscamos.
 - 17-“Obesidade nos corpos das mulheres e os olhares sobre os discursos medicalizantes.” Almeida, Rogério de. Sociedade e Estado, May – August, 2013, v.28, n.2. (Tese). Embora seja um tema muito próximo ao que buscamos discutir e, portanto, passível de ser incluído em nossa pesquisa, trata-se de uma tese e que faz recorte por gênero.
 - 18- “Sociologia da obesidade.” Poulain J.P. Ciência & Saúde Coletiva, 2017, v.22, n.2, pp.661-2. Cengage Learning, Inc. (Resenha de livro). Tema também pertinente para nossa pesquisa, mas trata-se de uma resenha.

- 19-“Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010.” Zorzanelli, Rafaela T.; Ortega, Francisco; Bezerra Jr., Benilton. *Ciência & Saúde Coletiva*, June, 2014, pp.1859-68. Artigo fundamental para nosso embasamento teórico acerca da medicalização, cuja contribuição será valiosa para os pressupostos conceituais da dissertação. Contudo, não entrará como objeto de análise, pois não aborda especificamente a medicalização do corpo gordo.
- 20-“Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde.” Costa, Bruna V. L. et al. *Ciência & Saúde Coletiva*, Jan, 2013, v.18, n.1, pp.95-8. Específico sobre saúde nutricional de quem faz atividade física em uma “academia da cidade” em Belo Horizonte – MG, segundo consta no resumo. Não aborda a discussão sobre medicalização do corpo gordo.
- 21-“Saúde da criança e do adolescente em perspectiva.” Lamy, Zeni C. *Ciência & Saúde Coletiva*, October, 2011, v.16, n.10, p.3976. Artigo de saúde pública, com enfoque mais amplo dentro deste recorte etário.
- 22-“Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida.” Soares, Giovana B.; Caponi, Sandra. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, 2011, v.15, n.37, p.437-10. Embora aborde medicalização da vida, o tema discutido é depressão.
- 23-“Adolescent and youth health policies in the Portuguese-Brazilian context: specificities and approximations.” Schaefer, Rafaela et al. *Ciência & Saúde Coletiva*, September, 2018, v.23, n.9. Específico sobre políticas de saúde para crianças e adolescentes no contexto português – brasileiro.
- 24-“O diagnóstico de deficiência androgênia do envelhecimento masculino e os (des)caminhos do desejo sexual masculino.” Tramontano, Lucas; Russo, Jane. *Mediações*, January – June, 2015, v.20, n.1, pp.174-193. Temática diferente dos nossos objetivos.
- 25-“A propaganda de alimentos: orientação, ou apenas estímulo ao consumo?” Marins, Bianca M.; Araújo, Inesita S. de; Jacob, Silvana do C. *Ciência & Saúde Coletiva*, September, 2011, v.16, n.9, pp.3873-10. Específico sobre alimentos, mídia e consumo, não aborda medicalização do corpo gordo.
- 26-“Há irracionalidades no consumo de inibidores de apetite no Brasil? Uma análise farmacoeconômica de dados em painel.” Mota, Daniel M. et al. *Ciência & Saúde Coletiva*, May, 2014, v.19, n.5, pp.1389-12. Tema relacionado à medicalização do corpo gordo, porém muito específico sobre o consumo destes fármacos, além de ser uma pesquisa quantitativa.

- 27-“Contribuições para a construção da Nutrição Complementar Integrada.” Navolar, Thaisa S.; Tesser, Charles D.; Azevedo, Elaine de. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, 2012, v.16, n.41, pp.515-13. Específico sobre práticas da nutrição.
- 28-“A pratica pediátrica no SUS: reflexões sobre o papel dos pediatras na Estratégia de Saúde da Família.” Rivoredo, Carlos R. S. F. de; Oliveira, Gustavo N.; Mendes, Roberto T. *Ciência & Saúde Coletiva*, October, 2011, v.16, n.10, pp.4221-8. Específico em medicina e distante do nosso tema.
- 29-“Social Determinants, Conditions and Performance of Health Services in Latin American Countries, Portugal and Spain Social Determinants.” Xavier, Diego; Piola, Sergio; Bascolo, Ernesto. *Ciência & Saúde Coletiva*, July 2018, v.23, n.7. Abrangente sobre serviços de saúde nestes países. Distante do nosso tema.
- 30-“Por uma filosofia do medicamento.” Silva, Cleber D. C. da. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015, v.20, n.9, pp.2813-12. Específico sobre “farmaceuticalização na sociedade contemporânea”, segundo a descrição no resumo.
- 31-“Saúde da Família, agora mais do que nunca!(OPINÃO).” Mendonca, Claunara S. *Ciência & Saúde Coletiva*, September, 2009, pp.1493-5. Sobre atenção primária.
- 32-“Representação social de mães sobre alimentação e uso de estimulantes do apetite em crianças: satisfação, normalidade e poder.” Ramos, Diego C. *Physis*, 2017, v.27, n.2, pp.233-254. Embora aborde alimentação e estimulantes de apetite, não aborda obesidade e sobrepeso.
- 33-“Gênero nas ciências biomédicas: entrevista com Ilana Löwy.” Rea, Caterina. *Estudos Feministas*, 2015, v.23, n.2, pp.477-496. Específico sobre questões de gênero e medicina.
- 34-“A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas.” Ortega, Francisco et al. *Interface: Comunicação Saude Educação*, 2010, v.14, n.34, pp.499-12. Específico e distante do nosso tema, embora aborde medicalização.
- 35-“Ouvir vozes: um estudo sobre a troca de experiências em ambiente virtual.” Barros, Octávia Cristina; Serpa, Octavio Domont Jr. de. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, 2014, v.18, n.50, pp.557-13. Tema distante do nosso e específico de saúde mental.
- 36-“Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil).” Guimarães, Maria Beatriz L. et al. *Ciência & Saúde Coletiva*, January, 2011, v.16, n.1, pp.291-10. Específico sobre vigilância em saúde.

- 37- “O percurso da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação ate sua implementação nos serviços públicos locais de atenção a saúde.” Leal, Andrea F.; Figueiredo, Wagner dos S.; Silva, Geórgia S. N. da. *Ciência & Saúde Coletiva*, October, 2012, v.17, n.10, pp.2607-10. Específico sobre saúde do homem.
- 38- “Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina.” Casemiro, Juliana P.; Fonseca, Alexandre B. C. da; Secco, Fabio V. M. *Ciência & Saúde Coletiva*, March, 2014, v.19, n.3, pp.829-12. Sobre promoção da saúde na escola.
- 39- “Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições.” Modena, Celina. *Physis*, 2017, v.27, n.4, pp.1287-1307. Distante do nosso tema, que não aborda aspectos psíquicos.
- 40- “Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas a composição das equipes de saúde da família.(Report).” Loch - Neckel, Gecioni et al. *Ciência & Saúde Coletiva*, September, 2009, pp.1463-10. Específico sobre atenção primária.
- 41- “Intervenção interdisciplinar enquanto estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos.” Medeiros, Eloa F. Et al. *Ciência & Saúde Coletiva*, July, 2011, v.16, n.7, pp.3139-11. Tema distante.
- 42- “Uso de medicamentos e fatores associados em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: diferenças entre homens e mulheres.” Francisco, Priscila M. S. et al. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014, v.19, n.12, pp.4909-13. Aborda medicamentos, mas não discute medicalização, nem obesidade.
- 43- “Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agraria do nordeste brasileiro.” Leite, Jader F. Et al. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 2017, v.35, n.2, pp.301-16. Tema completamente fora dos nossos objetivos.
- 44- “Pemphigus: cartography on the coordination of health policies.” Silva, Diego A. R. da. *Ciência & Saúde Coletiva*, August, 2018, v.23, n.8. Sobre políticas de saúde.
- 45- “Challenges for the formulation, implantation and implementation of a National Health Surveillance Policy in Brazil.” Campos, Carlos A. *Ciência & Saúde Coletiva*, May, 2017, v.22, n.5. Sobre política de vigilância em saúde, também totalmente fora do nosso tema.
- 46- “Representações sociais de saúde-doença de conselheiros municipais de saúde.” Moura, Luciana M. de. *Physis*, 2017, v.27, n.1, pp.103-125. Não aborda obesidade e sobrepeso.

- 47-“Bibliometric analysis of selected multidisciplinary journals of psychology recently incorporated in the Web of Science (2008-2009).” Quevedo - Blasco, Raul; Lopez, Wilson. *Psicologia: Reflexao & Critica*, April-July, 2010, v.23, n.2, pp.384-25 *Perspectiva da psicologia*.
- 48-“A sociological approach to certifications: the case of sbc’s seal of approval.” Guivant, Julia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 2018, v.33, n.98. Segundo consta no resumo, “este artigo analisa os processos de certificação a partir do diálogo entre os estudos sociais da ciência e a sociologia econômica.” Bastante específico e fora do nosso tema.
- 49-“Amamentação: um híbrido natureza-cultura.” Almeida, João Aprigio G. (1999). Também específico e fora do tema da nossa pesquisa.
- 50-“A clínica psicanalítica na contemporaneidade.” Backes, Carmen et al., 01, January, 2007. Totalmente fora do nosso tema.

Busca no Science Direct

- 1- “Obesity.” Pizzorno, Joseph E. et al. *The Clinician's Handbook of Natural Medicine (THIRD EDITION)*, 2016, Pages 691-705.
- 2- “Overweight and stunting in migrant hispanic children in the USA.” Markowitz, Diane L.; Cosminsky, Sheila. *Economics & Human Biology*, Volume 3, Issue 2, July 2005, Pages 215-240.
- 3- “Anthropometry.” Tovée, M. J. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, 2012, Pages 23-29.
- 4- “Subject Index.” *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, 2012, Pages 813-882.
- 5- “Improvement of cognitive functions in response to a regular Nordic walking training in elderly women – A change dependent on the training experience.” *Experimental Gerontology*, Volume 104, April, 2018, Pages 105-112.
- 6- “Genetic epidemiology of cholesterol cholelithiasis among Chilean Hispanics, Amerindians, and Maoris *Gastroenterology*.” Miquel, J. F. et al. Volume 115, Issue 4, October 1998, Pages 937-946.
- 7- Abstracts - 25th International Symposia on Morphological Science (ISMS) 2017. *Annals of Anatomy - Anatomischer Anzeiger*, Volume 212, Supplement, July, 2017, Pages 6-334.

- 8- Conference abstract (No access). Abstracts e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism, Volume 1, Issue 2, September, 2006, Pages 12-200.
- 9- Conference abstract (No access). Poster abstracts. Neuropeptides, Volume 43, Issue 5, October, 2009, Pages 401-455.