

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE NUTRIÇÃO

Bruna Dimer de Souza

**Um olhar sobre o obeso: desviantes do corpo padrão e suas
relações com a sociedade e com a Nutrição**

Porto Alegre

2018

Bruna Dimer de Souza

**Um olhar sobre o obeso: desviantes do corpo padrão e suas
relações com a sociedade e com a Nutrição**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
apresentado como requisito parcial para
obtenção de grau de Bacharel em Nutrição, à
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Faculdade de Medicina, Curso de Nutrição.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maurem Ramos

Coorientadora: Esp. Vanessa Just Blanco

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

de Souza, Bruna Dimer

Um olhar sobre o obeso: desviantes do corpo padrão e suas relações com a sociedade e com a Nutrição / Bruna Dimer de Souza. -- 2018.

55 f.

Orientadora: Maurem Ramos.

Coorientadora: Vanessa Just Blanco.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Hipervalorização do corpo. 2. Percepções acerca do corpo gordo. 3. Estigma, desvio e divergência. 4. Obeso e suas relações com a sociedade e Nutrição. 5. Tratamento dos nutricionistas na obesidade. I. Ramos, Maurem, orient. II. Just Blanco, Vanessa, coorient. III. Título.

BRUNA DIMER DE SOUZA

**UM OLHAR SOBRE O OBESO: DESVIANTES DO CORPO PADRÃO E
SUAS RELAÇÕES COM A SOCIEDADE E COM A NUTRIÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Curso de Nutrição.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2018.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação “Um olhar sobre o obeso: desviantes do corpo padrão e suas relações com a sociedade e com a Nutrição”, elaborado por Bruna Dimer de Souza, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Maria Eunice Maciel (UFRGS)

Prof^a. Esp. Tamara Goldstein Chazan

Prof^a. Dr^a. Maurem Ramos – Orientadora

Esp. Vanessa Just Blanco – Coorientadora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço aos meus pais, pela vida que me proporcionaram, por nunca deixarem me faltar nada, por toda dedicação, incentivo, apoio, amor, por estarem sempre ao meu lado e sonharem comigo. Ao meu irmão, meu melhor amigo, por ser meu meu parceiro, meu suporte e por me guiar, desde pequena. Ao meu namorado, por trazer tanta felicidade e amor à minha vida há 8 anos, por tudo que aprendemos e construímos juntos. À minha cunhada, que me entende como ninguém e que me ajudou nos momentos mais difíceis. Não tenho palavras para mensurar a gratidão, obrigada por tudo, amo vocês incondicionalmente.

A todos os professores da graduação que enriqueceram essa trajetória e me ensinaram para a profissão e para a vida. Em especial à minha orientadora, Maurem, que me acolheu em um momento tão difícil e deu todo o suporte necessário, além de me indicar uma pessoa incrível, a Vanessa, minha coorientadora, que esteve sempre presente e me ajudou em tudo que precisei. Obrigada às duas pela disponibilidade, compreensão, ajuda, paciência e dedicação comigo, vocês fizeram do meu trabalho o melhor possível.

Às demais professoras da Nutrição Viviani Ruffo, Janaína Venzke, Carolina Guerini, Eliziane Ruiz e Luciana Dias, pelas quais tenho carinho e admiração e sou grata pelos ensinamentos, conselhos e pela empatia.

Às professoras, nutricionistas, funcionários e locais dos estágios.

À nutricionista e amiga Jéssica, com que estagiei, pelo ensino, pela parceria e paciência.

Ao CEANUT, que me proporcionou aprendizados, vivências e amizades únicas, que ajudaram a me tornar uma pessoa melhor.

À minha psicóloga Marina, por me ajudar a encontrar equilíbrio e controle emocional nessa fase tão difícil da vida, de uma forma tão gentil.

Às minhas amigas do grupo de estudos de neurociência e comportamento alimentar, pelos ensinamentos nessa área que tanto me encanta e pela amizade.

À todos os meus familiares e amigos que, de alguma forma, contribuíram para a minha formação, tanto profissional como pessoal.

RESUMO

O corpo magro é cada vez mais valorizado e quem não se enquadra nesse padrão pode ser estigmatizado pela sociedade e pelos profissionais de saúde, inclusive por nutricionistas. Destarte, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, a partir da literatura científica brasileira, contemplando artigos do século XX e XXI, e estudos de Gilberto Velho (2003) sobre desvio e divergência, a fim de discutir o corpo padrão na sociedade e na Nutrição e como o obeso se relaciona nesses espaços. A magreza é exaltada por alguns profissionais de saúde que aderem a um tratamento biologicista para obesidade, desconsiderando questões psicológicas e socioculturais e reforçando a estigmatização. A gordofobia pode causar complicações graves como depressão, ansiedade, transtornos alimentares e de imagem corporal. Entende-se que mais estudos são necessários para melhoria das práticas em saúde, incluindo as nutricionais, em relação ao paciente obeso.

Palavras-chave: Imagem corporal. Estigma social. Obesidade.

ABSTRACT

The slim body is increasingly valued and those who do not fit this pattern can be stigmatized by society and health professionals, including nutritionists. Therefore, a bibliographical research was conducted based on Brazilian scientific literature, covering 20th and 21st century articles, and Gilberto Velho (2003) studies on deviation and divergence. The purpose was to discuss the standard body in society and in nutrition and how obese people relate in these spaces. The thinness is exalted by some health professionals who adhere to a biologic treatment for obesity, disregarding psychological and sociocultural issues and reinforcing stigma. Fat phobia can cause serious complications such as depression, anxiety, eating and body image disorders. It is understood that more studies are necessary to improve health practices, including nutritional ones, in relation to the obese patient.

Keywords: Body image. Social stigma. Obesity.

RESUMEN

El cuerpo magro es cada vez más valorado y quien no se encuadra en ese patrón puede ser estigmatizado por la sociedad y por los profesionales de salud, incluso por nutricionistas. En el presente trabajo se realizó una investigación bibliográfica, a partir de la literatura científica brasileña, contemplando artículos del siglo XX y XXI, y estudios de Gilberto Velho (2003) sobre desviación y divergencia, a fin de discutir el cuerpo estándar en la sociedad y en la Nutrición y como el obeso se relaciona en esos espacios. La magreza es exaltada por algunos profesionales de la salud que adhieren a un tratamiento biológico para la obesidad, desconsiderando cuestiones psicológicas y socioculturales y reforzando la estigmatización. La gordofobia puede causar complicaciones graves como depresión, ansiedad, trastornos alimentarios y de imagen corporal. Se entiende que más estudios son necesarios para mejorar las prácticas en salud, incluyendo las nutricionales, en relación al paciente obeso.

Palabras clave: Imagen corporal. Estigma social. Obesidad.

SUMÁRIO

1 REFERENCIAL TEÓRICO	10
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	13
4 METODOLOGIA	14
5 REFERÊNCIAS	15
6 ARTIGO ORIGINAL.....	18
Resumo.....	18
Abstract.....	19
Resumen.....	19
Introdução	20
Corpo padrão: para a sociedade e para a Nutrição	22
O corpo gordo: estigma, desvio e divergência	27
Nutrição e obesidade: relação profissional e paciente	31
Considerações finais.....	37
REFERÊNCIAS.....	38
7 NORMAS DA REVISTA DE INTERESSE DE SUBMISSÃO	44
7.1 Revista	44
7.2 Escopo da revista.....	44
7.3 Artigo Científico.....	44
7.4 Forma e Preparação de Manuscritos	44
7.4.1 Formato e Estrutura do texto	44
7.4.2 Comitê de Ética	46
7.4.3 Imagens, figuras ou desenhos.....	46
7.4.4 Referências e citações	47
7.4.5 Observações gerais.....	52

1 REFERENCIAL TEÓRICO

Na atualidade, segundo Morgan e Azevedo (1998), a sociedade estabeleceu um padrão corporal magro, tornando o emagrecimento uma obsessão. O controle e cuidado sob o corpo passou a ser visto como boas práticas, como um determinante da felicidade e da representação do indivíduo em seu meio social (BUCKNER, 2002). A imagem do corpo ideal “[...] é acompanhada de conotações simbólicas de sucesso, autocontrole, autodisciplina, liberação sexual, classe e competência. O fracasso em atingir este ideal passa a ser equacionado com falta de força de vontade, preguiça e fraqueza” (MORGAN; AZEVEDO, 1998, p.89).

A sociedade fomentou o culto à magreza e a transformou num valor moral (ARAÚJO; PENA; FREITAS, 2015a). Para Goldenberg e Ramos (2002), a cultura da “boa forma” elenca o corpo ideal como o único que, mesmo nu, é decente e respeitável. E para conquistá-lo, criou-se diversos métodos interventivos como cirurgias plásticas, cosméticos, dietas e exercícios físicos variados, além de uma série de obrigações que devem ser cumpridas a fim de adaptar-se aos padrões sociais estéticos.

Bernard Brusset (1997) declarou que o obeso é considerado um transgressor, pois descumprir as normas sociais. O corpo gordo representa falta de saúde, é um corpo estigmatizado pelo desvio, o desvio pelo excesso. Essa pessoa passa a viver em um estado desviante das regras não só sociais, mas também corporais e psíquicas (CHAUVENETT, 1991).

O termo desvio baseia-se na ideia de que há um comportamento intermediário ou modelo no qual quem não se enquadra, torna-se um indivíduo desviante, ou seja, um infrator das regras sociais (VELHO, 2003). Já o estigma é uma espécie de marca de valor negativo devido a uma diferença socialmente construída; é o olhar e, conseqüente, repulsa dos indivíduos sob uma condição determinada divergente (GOFFMAN, 1975; CAMPOS *et al.*, 2015).

Conforme relata Novaes e Vilhena (2003), a responsabilização do indivíduo pelo controle do seu corpo exige deste comprometimento, dedicação e disciplina na busca pelo modelo corporal estético e de saúde a fim de evitar os julgamentos e preconceitos advindos de outrem. Deve-se mostrar determinação para prova de sua capacidade psicológica e moral (NOVAES; VILHENA, 2003).

A imagem corporal está diretamente relacionada à identidade social (TAVARES, 2003). O indivíduo inadaptado a um perfil, devido tamanha cobrança, pode ter inúmeros problemas no âmbito social, físico e psicológico (NOVAES; VILHENA, 2003), pois as exigências indicam que basta ter vontade para não divergir das normas, quando na verdade o desvio é uma construção da sociedade (GOFFMAN, 1988). Acerca disso, Puhl e Suh (2015) relatam que a atribuição de responsabilidade ao obeso, provoca sentimentos de culpa e reforça a estigmatização dessa condição.

O corpo magro significa, na atualidade, “moderação, domínio de si, sucesso e adaptação social”; por outro lado, obesidade é vista como “um fracasso moral, uma incapacidade de se controlar, uma indisciplina ou uma tendência à preguiça” (VINETTE, 2001, p. 133). A gordura corporal representa um fracasso moral, o ideal de magreza torna-se sinônimo de valorização da vida e, assim, se justifica a exclusão social dos indivíduos desviantes (MATTOS, 2007).

Em relação a isso, Castro *et al.* (2016) revela que os profissionais de Nutrição e Educação Física são mais exigidos. Estes, quando encontram-se com excesso de peso, são estigmatizados ainda mais, pois se acredita que devem apresentar um corpo condizente com os princípios da profissão para, assim, terem reconhecimento (SANTOS, 2008; BERGER, 2010), visto que a magreza passou a ser um determinante de saúde (CAMPOS *et al.*, 2015). A desaprovação por pacientes e colegas de profissão pode acarretar em dificuldades no trabalho e nas demais relações sociais desses profissionais (ARAÚJO *et al.*, 2015b).

Porém, não só nutricionistas e profissionais de Educação Física são cobrados pelas suas aparências, como também cobram os seus pacientes. As práticas biomédicas com relação à obesidade, por vezes, não consideram os aspectos sociais, culturais, psicológicos e econômicos das doenças, distanciando-se do contexto de vida do paciente (CAMARGO, 2003). Relatos de pacientes obesos comprovam essa interação prejudicada, demonstrando diversos preconceitos na atuação dos profissionais de saúde, inclusive dos especialistas em obesidade (FOSTER *et al.*, 2003; SCHWARTZ *et al.*, 2003). Segundo Chaves e Navarro (2011, p.113),

os frequentes insucessos nos tratamentos de redução de peso e os concomitantes prejuízos a saúde física e psicológica dos indivíduos obesos, forçam pesquisadores e profissionais de saúde a aprofundar a questão do

diagnóstico, com o objetivo de se entender como os aspectos psicológicos e comportamentais são importantes para o manejo adequado do problema.

Percebe-se que a formação do nutricionista é insuficiente e ineficaz na abordagem sobre o comportamento e imagem corporal (CORI *et al.*, 2015). A formação em saúde é ainda voltada à doença ao invés da saúde, com enfoque biologicista e simplista (ROS, 2017). Percebe-se, então, a necessidade de uma maior interação entre a Nutrição e outras áreas, como a Sociologia e Antropologia, visando melhorar a atuação dos profissionais de saúde (SILVA; CANTISANI, 2018).

Pesquisas questionam a relação de causalidade entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e riscos à saúde. Flegal *et al.* (2013) identificaram que a obesidade grau 1 não foi associada à mortalidade e que o sobrepeso teve associação negativa com esse indicador (CORI *et al.*, 2015). A evidência de pessoas consideradas obesas, mas metabolicamente saudáveis, vêm crescendo. Por isso, a avaliação pelo IMC deve ser questionada devida a sua generalização, visto que esse método foi destinado a avaliações de saúde a nível populacional e não de forma individualizada (POULAIN, 2013). Faz-se necessária a discussão da eficácia do IMC como metodologia para classificar o estado nutricional de forma individualizada (PASSOS, 2015).

A boa forma e a imagem corporal são cada vez mais ressaltadas e, com isso, os incômodos com o excesso de peso tornam-se frequentes, independentemente dos graus de obesidade. Os padrões socioculturais promovem insatisfação até nos indivíduos com peso dentro dos parâmetros de normalidade (MORGAN *et al.*, 2002). É evidente a existência de um modelo único e hegemônico de beleza, que implica em inúmeras complicações como ansiedade, depressão e transtornos alimentares, além de diversas práticas que colocam a saúde em risco (CASTRO *et al.*, 2016).

2 JUSTIFICATIVA

O corpo magro é cada vez mais exaltado na cultura atual, por conta disso a busca pelo padrão corporal e pela aceitação desse na sociedade tornou-se ainda maior. O indivíduo inadaptado a esse ideal estético, o desviante, frequentemente enfrenta preconceitos, rejeição, exclusão social e desvalorização. O estigma social da obesidade pode causar diversas complicações: sofrimento, perda da autoestima, dificuldades nas relações sociais, no ambiente de trabalho, nas oportunidades e, mais gravemente, doenças como transtornos alimentares, depressão e ansiedade. Nesse sentido, o nutricionista tem um importante papel no tratamento do indivíduo obeso, podendo contribuir para saúde ou prejuízo por reforçar esse padrão estético e o grupo desviante. A insatisfação e as complicações relacionadas às práticas corporais atuais tornam a discussão acerca desse tema relevante no âmbito da saúde, principalmente no campo da Nutrição, que atua diretamente nas questões de corpo.

3 OBJETIVOS

Objetivos gerais:

Discutir a hipervalorização do corpo padrão na sociedade e na Nutrição e como o indivíduo obeso, considerado desviante, se relaciona nesses espaços.

Objetivos específicos:

- 1) Conceituar o corpo padrão, na atualidade, tanto para a sociedade como para o campo da Nutrição;
- 2) Discutir sobre corpo gordo e estigmatização, tendo por base a perspectiva de desvio e divergência de Gilberto Velho (2003);
- 3) Esclarecer como tem sido o tratamento ao indivíduo obeso nas práticas nutricionais e analisar as consequências que possam advir dessa interação.

4 METODOLOGIA

Para a realização desta pesquisa bibliográfica, elencou-se a literatura científica brasileira com o intuito de aproximar o diálogo da realidade cultural dos autores e do próprio leitor. Os períodos dos artigos selecionados são Século XX e XXI a fim de mostrar que o problema de pesquisa está corriqueiramente presente e vem tomando proporções cada vez maiores.

Para a abordagem do corpo padrão, tratou-se sobre perspectivas da sociedade e dos campos da saúde, enfatizando o da Nutrição, a fim de explorar essa relação e sua relevância na saúde do obeso. As discussões são embasadas na concepção de desvio e divergência de Gilberto Velho (2003), tanto por ser um antropólogo brasileiro quanto por sua relevância e contribuição sobre o tema, permitindo um encadeamento lógico-explicativo a esta pesquisa. O mesmo se aplica a Erving Goffman (1988), com quem Velho (2003) dialoga, no que se refere ao conceito de estigma, trazido para enriquecer as discussões.

5 REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, K. L.; PENA, P. L.; FREITAS, M.C.S. Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 9, p. 2787-2796, set. 2015a.
- ARAÚJO, K. L. *et al.* Estigma do nutricionista com obesidade no mundo do trabalho. **Revista de Nutrição**, v. 28, n. 6, p. 569-579, 2015b.
- BERGER, M. “Felicidade é entrar num vestido P”: o culto ao corpo na sociedade urbana contemporânea. **Cadernos de Campo**, v. 19, n. 19, p. 69-90, 2010.
- BRUSSET, B. **L’Assiette et le miroir: l’anorexie mentale de l’enfant et de l’adolescent**. Toulouse: Privat, 1997.
- BUCKNER, P. **A euforia perpétua ensaio sobre o dever de felicidade**. Rio de Janeiro: DIFEL, 2002.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. D. **Biomedicina saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, S. S. *et al.* Num relance de olhar... a estigmatização das pessoas gordas: do passado aos dias de hoje. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 14, n. 3, p. 90-96, jul./set. 2015.
- CASTRO, J. *et al.* ALIMENTAÇÃO, CORPO E SUBJETIVIDADES NA EDUCAÇÃO FÍSICA E NA NUTRIÇÃO: O RANÇO DA ADIPOSIDADE E A ASCENSÃO DOS MÚSCULOS. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [s.l.], v. 11, n. 3, p. 803-824, 9 ago. 2016.
- CHAUVENETT, A. **A lei e o corpo**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 13-48, 1991.
- CHAVES, L.; NAVARRO, A. C. Compulsão alimentar, obesidade e emagrecimento. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 5, n. 27, p. 110-120, maio/jun. 2011. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/224/219>>. Acesso em: nov. 2018.
- 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, p. 565-576, 2015.
- FLEGAL, K. M. *et al.* Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories. **JAMA**, [s.l.], v. 309, n. 1, p. 71-82, 2 jan. 2013.
- FOSTER, G. D. *et al.* ‘Primary care physicians’ attitudes about obesity and its treatment. **Obesity Research**, v. 11, n. 10, p. 1168-1177, 2003.

GOFFMAN, E. **Stigmaté**: les usages sociaux des handicaps. Paris: Editions de Minuit, 1975.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1988.

GOLDENBERG, M.; RAMOS, M. S. A civilização das formas: o corpo como um valor. In: GOLDENBERG, M. (Org.) **Nu & Vestido**: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

MATTOS, R. S. Sou gordo, sou anormal? **Arquivos em Movimento**, v. 3, n. 2, p. 153-173, 2007.

MORGAN, C. M.; AZEVEDO, A. M. C. Aspectos socioculturais. In: NUNES, M. A. *et al.* (Orgs.) **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 86-93.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.18-23, dez. 2002.

NOVAES, J. V.; VILHENA, J. De Cinderela a Moura Torta: sobre a relação mulher, beleza e feiúra. **Interações**, v. VIII, n. 15, p. 9-36, jan./jun. 2003.

PASSOS, M. D. **Sentidos e significados da obesidade mórbida no processo de cuidar**: um estudo no Centro de Referência em Obesidade. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição: Alimentação, Nutrição e Saúde, Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

POULAIN, J. P. **Sociologias da alimentação**: os comedores e o espaço social alimentar. 2. ed. Florianópolis: Editora UFSC, 2013.

PUHL, R.; SUH, Y. Stigma and Eating and Weight Disorders. **Current Psychiatry Reports**, [s.l.], v. 17, n. 3, p. 552-556, 5 fev. 2015.

ROS, M. A. As alterações da PNAB e o processo de trabalho do NASF. In: **4º Encontro Universitário de Saúde da Família**, 2017. Florianópolis: UFSC/PMF, 2017.

SANTOS, L. A. S. **O corpo, o comer e a comida**: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo [online]. Salvador: EDUFBA, 2008. Disponível em: <<http://books.scielo.org/>>. Acesso em: nov. 2018.

SCHWARTZ, M. B. *et al.* Weight bias among health professionals specializing in obesity. **Obesity Research**, v. 11, n. 9, p. 1033-1039, 2003.

SILVA, B. L.; CANTISANI, J. R. Interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição: um debate necessário. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, v. 13, n. 2, p. 363-380, 2018.

TAVARES, M. C. G. C. F. **Imagem corporal**: conceito e desenvolvimento. São Paulo: Manole, 2003.

VELHO, G. O Estudo do Comportamento Desviante: A Contribuição da Antropologia Social. In: VELHO, G. (Org.) **Desvio e Divergência**: uma crítica da patologia social. 8. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

VINETTE, S. Image corporelle et minceur: à la poursuite d'un idéal élusif. **Reflets**, v. 7, n. 1, p. 129-151, 2001.

6 ARTIGO ORIGINAL

Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação

Um olhar sobre o obeso: desviantes do corpo padrão e suas relações com a sociedade e com a Nutrição

A look at the obese: deviants from standard body and its relations with society and Nutrition

Una mirada sobre el obeso: desviadores del cuerpo estándar y sus relaciones con la sociedad y con la Nutrición

(a) Bruna Dimer de Souza

(b) Maurem Ramos

(c) Vanessa Just Blanco

(a) Acadêmica de Nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

(b) Professora Adjunta de Nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

(c) Nutricionista, Mestranda em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Resumo

O corpo magro é cada vez mais valorizado e quem não se enquadra nesse padrão pode ser estigmatizado pela sociedade e pelos profissionais de saúde, inclusive por nutricionistas. Destarte, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, a partir da literatura científica brasileira, contemplando artigos do século XX e XXI, e estudos de Gilberto Velho (2003) sobre desvio e divergência, a fim de discutir o corpo padrão na sociedade e na Nutrição e como o obeso se relaciona nesses espaços. A magreza é exaltada por alguns profissionais de saúde que aderem a um tratamento biologicista para obesidade, desconsiderando questões psicológicas e socioculturais e reforçando a estigmatização. A gordofobia pode causar complicações graves como

depressão, ansiedade, transtornos alimentares e de imagem corporal. Entende-se que mais estudos são necessários para melhoria das práticas em saúde, incluindo as nutricionais, em relação ao paciente obeso.

Palavras-chave: Imagem corporal. Estigma social. Obesidade.

Abstract

The slim body is increasingly valued and those who do not fit this pattern can be stigmatized by society and health professionals, including nutritionists. Therefore, a bibliographical research was conducted based on Brazilian scientific literature, covering 20th and 21st century articles, and Gilberto Velho (2003) studies on deviation and divergence. The purpose was to discuss the standard body in society and in nutrition and how obese people relate in these spaces. The thinness is exalted by some health professionals who adhere to a biologic treatment for obesity, disregarding psychological and sociocultural issues and reinforcing stigma. Fat phobia can cause serious complications such as depression, anxiety, eating and body image disorders. It is understood that more studies are necessary to improve health practices, including nutritional ones, in relation to the obese patient.

Keywords: Body image. Social stigma. Obesity.

Resumen

El cuerpo magro es cada vez más valorado y quien no se encuadra en ese patrón puede ser estigmatizado por la sociedad y por los profesionales de salud, incluso por nutricionistas. En el presente trabajo se realizó una investigación bibliográfica, a partir de la literatura científica brasileña, contemplando artículos del siglo XX y XXI, y estudios de Gilberto Velho (2003) sobre desviación y divergencia, a fin de discutir el cuerpo estándar en la sociedad y en la Nutrición y como el obeso se relaciona en esos espacios. La magreza es exaltada por algunos profesionales de la salud que adhieren a un tratamiento biológico para la obesidad, desconsiderando cuestiones psicológicas y socioculturales y reforzando la estigmatización. La gordofobia puede causar complicaciones graves como depresión, ansiedad, trastornos alimentarios y

de imagen corporal. Se entiende que más estudios son necesarios para mejorar las prácticas en salud, incluyendo las nutricionales, en relación al paciente obeso.

Palabras clave: Imagen corporal. Estigma social. Obesidad.

Introdução

A sociedade, cada vez mais, valoriza a aparência física, especialmente, o corpo magro de forma excessiva. Seja ele esbelto ou não, o corpo está gradativamente sendo mais exposto. Para Goldenberg e Ramos¹, trata-se de uma aparente libertação física e sexual, quando, na verdade, estamos progressivamente nos prendendo a um padrão estético chamado de “boa forma”. A busca pela adequação a esse ideal nos submete aos modelos de beleza impostos pela mídia e pela sociedade^{2,3}. Segundo Castro⁴, o corpo tornou-se uma mercadoria que deve ser atualizada, conforme dita a moda atual.

O corpo magro nunca esteve tão em evidência, está estampado nos diversos veículos de mídia: revistas, jornais, programas de televisão e redes sociais. Tornou-se um “ideal” a ser alcançado, sendo intensamente desejado, principalmente pelas mulheres, e, por isso, submetemos o corpo frequentemente à intervenções cirúrgicas, dietas restritivas e exercícios físicos exacerbados⁵. E mesmo que esse corpo idealizado seja incompatível com seu biotipo, na maioria das vezes, isso não as impede de buscá-lo.

O excesso de peso, portanto, é considerado um desvio do padrão corporal preconizado. O obeso passou a viver, por isso, em condição de desviante, sendo desprezado e discriminado, como se não houvesse lugar na sociedade para ser incluído⁶. O desvio, consoante abordada por Becker⁷, é oriundo de normas, julgamentos e punições estabelecidos por grupos sociais a partir de suas posições e cuja infração constitui um desvio, sendo as pessoas que transgridem tais regras marcadas como *outsiders*.

[...] os grupos sociais criam o desvio ao estabelecer as regras cuja infração constitui desvio e ao aplicá-las a pessoas particulares, marcando-as como *outsiders*. Sob tal ponto de vista, o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa faz, mas sim a consequência da aplicação por outrem de regras e sanções ao “transgressor”⁷ (pp. 8-9).

Para Velho⁸, o problema dos desviantes é que esses são, no nível do senso comum, analisados sob uma perspectiva patológica. Tradicionalmente, o indivíduo desviante tem sido encarado, a partir de uma ótica médica, como “são, não-são ou insano”⁸ (p. 11). Então, certas pessoas poderiam ser caracterizadas por seus comportamentos como “anormais” ou como apresentando sintomas ou expressão de desequilíbrio e doença. Portanto, será que o indivíduo obeso é, de fato, um desviante?

A gordura corporal representa um fracasso moral, o ideal de magreza torna-se sinônimo de valorização da vida e, assim, se justifica a exclusão social dos indivíduos desviantes⁹. Sendo assim, cabe questionar se essa hipervalorização do corpo magro é saudável, visto que impacta a vida de inúmeras pessoas que buscam enquadrar-se a esse padrão.

Acerca da área da saúde, Castro *et al.*¹⁰ revela que os profissionais de Nutrição e Educação Física são mais exigidos em relação ao corpo. Estes quando apresentam excesso de peso são ainda mais estigmatizados, pois se acredita que devem apresentar um corpo condizente com os princípios da profissão, sendo seu reconhecimento profissional dependente de estar com uma forma física adequada^{11,12}, já que a magreza passou a ser um determinante de saúde¹³.

Porém, não só o nutricionista é cobrado pela sua aparência como também cobra os seus pacientes. Relatos de obesos comprovam essa interação prejudicada, demonstrando diversos preconceitos na atuação dos profissionais de saúde, inclusive dos especialistas em obesidade^{14,15}. Segundo Chaves e Navarro¹⁶ (p.113),

os frequentes insucessos nos tratamentos de redução de peso e os concomitantes prejuízos a saúde física e psicológica dos indivíduos obesos, forçam pesquisadores e profissionais de saúde a aprofundar a questão do diagnóstico, com o objetivo de se entender como os aspectos psicológicos e comportamentais são importantes para o manejo adequado do problema.

Durante a formação do nutricionista nem sempre se aborda sobre comportamento e imagem corporal e, por vezes, fortalece-se estigmas em relação ao corpo gordo¹⁷. A formação em saúde é ainda voltada à doença ao invés da saúde, tendo enfoque biologicista e simplista¹⁸. Percebe-se, então, a necessidade de uma maior interação entre a Nutrição e outras áreas, como a Sociologia e Antropologia, visando melhorar a atuação dos profissionais de saúde¹⁹.

A partir dessas apresentações iniciais, percebe-se haver espaço para uma discussão sobre a hipervalorização do corpo magro, já que na contemporaneidade, é clara a existência de um padrão corporal reverenciado, de um culto à beleza a ser seguido, que pode gerar sentimentos de desvalia e culpa em quem não o alcança e, conseqüentemente, complicações mais graves como ansiedade, depressão e transtornos alimentares¹⁰.

Objetiva-se, pois, discutir sobre a hipervalorização do corpo padrão na sociedade e no campo da Nutrição e como o indivíduo obeso, considerado um desviante, se relaciona nesses espaços. A concepção de corpo padrão atual será observada através de uma chave de leitura do desvio e divergência de Gilberto Velho (2003). Visa-se, assim, analisar como ocorre a estigmatização dos corpos para, posteriormente, esclarecer como se dá a abordagem de corpo durante as práticas nutricionais, quando do trato com o obeso, analisando as conseqüências que possam advir dessa interação.

Para a realização desta pesquisa bibliográfica, elencou-se a literatura científica brasileira com o intuito de aproximar o diálogo da realidade cultural dos autores e do próprio leitor. Os períodos dos artigos selecionados são Século XX e XXI, a fim de mostrar que o problema de pesquisa está presente desde o século passado e vem tomando proporções cada vez maiores.

As discussões são embasadas na concepção de desvio e divergência de Gilberto Velho (2003), tanto por ser um antropólogo brasileiro quanto por sua relevância e contribuição sobre o tema, permitindo um encadeamento lógico-explicativo a esta pesquisa. Para uma conversa inicial, apresenta-se ao leitor, o modelo de corpo brasileiro apontado como padrão com o objetivo de se ter clara a ótica adotada para as análises que serão efetuadas *a posteriori*.

Corpo padrão: para a sociedade e para a Nutrição

Vive-se em uma sociedade cada vez mais “lipofóbica”, como denomina Fischler²⁰ (p. 15), na qual a gordura tornou-se uma inimiga, sendo repudiada e temida pela maioria da população. Já o corpo definido passou a ser um ícone da cultura atual brasileira e a magreza transformou-se em uma obsessão, um objetivo de vida, um padrão a ser seguido, culminando em uma busca incessável de reconhecimento e aprovação social²¹.

Além disso, para Lipovetsky²² é um dever social apresentar um corpo musculoso, definido e sem sinais de flacidez. O contrário é sinônimo de desleixo, indisciplina, preguiça ou falta de vontade. A exposição aumentada dos corpos culminou com esta exigência no controle das ações e comportamentos dos indivíduos, de maneira a evitar o ganho de peso e, para isso, é necessário cuidado e autocontrole^{1,21}.

Entretanto, não basta apenas manter-se esguio, deve-se permanecer conforme as atuais regras da sociedade e da mídia. Sabino²³ (p. 13) relata que

[...] músculos definidos e inflados, tatuagens, piercings, implantes de silicone, botox, bronzado artificial, cirurgias plásticas, estão constantemente presentes no cotidiano das grandes cidades e na mídia atual. Uma espécie de cultura do corpo – nos dois sentidos: da forma física e sistema subjetivo – vem se consolidando, ao menos em parte, nas sociedades complexas hodiernas, articulando padrões estéticos perseguidos por um crescente número de indivíduos insatisfeitos com seu corpo.

Para Goldenberg e Ramos¹, a cultura da “boa forma” enfatiza um corpo sarado, abdômen definido, nádegas enrijecidas, ausência de celulites e estrias, bem esculpido e sem protuberâncias. O corpo ideal é o único que, mesmo nu, é decente e respeitável. E para conquistá-lo, criou-se diversos métodos interventivos como cirurgias plásticas, cosméticos, dietas e exercícios físicos variados, além de uma série de obrigações que devem ser cumpridas a fim de adaptar-se aos padrões sociais estéticos.

Concomitantemente com o aumento da exposição do corpo, houve um aumento na fiscalização do mesmo, somos vigiados e julgados diariamente e de maneira progressiva. Passamos a ser observados quanto à maneira de nos apresentarmos, de mostrarmos a aparência física, demonstrando estar ou não adaptado aos padrões sociais corporais. Acerca disso, citam Novaes e Vilhena²¹ (pp. 16-17):

[...] O controle exercido por meio da fiscalização de um olhar minucioso sobre a aparência, e com o aval da ciência, contribui para regulamentar diferenças e determinar padrões estéticos em termos daquilo que é próprio e impróprio, adequado ou inadequado, normal ou anormal. [...] Esse controle da aparência traduz-se na atribuição de características estéticas, investindo-as de julgamentos morais e significados sociais. [...] Os cuidados físicos revelam-se, invariavelmente, como uma forma de estar preparado para enfrentar os julgamentos e expectativas sociais.

E não só a magreza é idealizada, existe também uma valorização maior de determinadas partes do corpo. Estas necessitam de maior atenção para se enquadrar ao padrão corporal, deve-se ter cuidado com excessos, com marcas indesejadas na pele, entre diversas outras normas.

Notamos com isso a atribuição de importância que é dada às diversas partes individuais do corpo. Da mesma maneira, estas passam a assumir características e expressões diversas, dando origem a um corpo liso, fechado e sem asperezas. Qualquer traço involuntário, ou que demonstre sua origem na coletividade, é imediatamente depreciado e rejeitado socialmente²¹ (p. 14).

Podemos associar a polidez corporal citada com as marcas geralmente presentes em um corpo, principalmente o feminino: celulites, estrias, rugas, dobras cutâneas em excesso ou qualquer traço denominado imperfeito. Contudo, há também uma cobrança sobre as mulheres para que apresentem glúteos avantajados, seios fartos e cintura modelada. Na cultura atual, o corpo passou a ser um dos maiores objetos de regulação social e, quando adequado às exigências da moda, torna-se um dos maiores meios de inserção²¹. É como se existissem leis para conviver em sociedade, do que é permitido e do que é proibido em relação ao corpo. Cria-se um padrão corporal paulatinamente institucionalizado, uma ditadura da beleza, a partir da qual quem infringe as normas não é bem aceito no seu meio.

Conforme mencionado, pode perceber-se que para mulheres essa atribuição é ainda maior, é seu dever na sociedade apresentar um corpo magro e sem “falhas” ou “irregularidades” como as citadas acima²¹. Já no século XX, Perrot²⁴ afirmava que a beleza associada à uma obrigação da mulher transpassava gerações e culturas. Segundo Almeida *et al.*²⁵, a magreza atrelada ao corpo feminino é caracterizada como uma regularidade perante à sociedade. As diferentes mudanças no embelezamento feminino representam um histórico significativo: da higiene da mulher à moda, ao esporte, à medicina, unhas, pele, cabelo... é na recorrência desses cuidados aumentados e ordenados à mulher que a cultura do embelezamento feminino se consolida²⁶ e, por consequência, o ideal corporal feminino.

Nota-se que, para alcançar o denominado corpo perfeito, as mulheres se envolvem com diferentes dietas e, cada vez mais, estão insatisfeitas com o seu corpo⁵. A respeito disso, Azevedo e Abuchaim²⁷ (p.35) abordam o seguinte:

Sentimentos de baixa auto-estima correm paralelos à constante insatisfação com a forma corporal, ou seja, a auto-estima depende da eficiência de seus métodos para alcançar o corpo desejado. Tudo funciona como se os outros valores pessoais não existissem ou fossem secundários, pois só conseguem se sentir socialmente aceitos se estiverem fisicamente dentro dos padrões desejados pela sociedade.

Castro *et al.*¹⁰ retrata que, assim como as mulheres, os profissionais de Nutrição e Educação Física também são mais exigidos. Acredita-se que estes, por terem conhecimento sobre corpo e saúde, devem manter a aparência esguia, já que a magreza é culturalmente um sinônimo de saúde. E, quando não estão em conformidade com esse padrão, frequentemente, são subestimados quanto às suas capacidades técnicas¹⁰.

Não apenas os nutricionistas são avaliados quanto ao seu corpo, como também avaliam as pessoas. Na Nutrição, o corpo é calculável por meio do Índice de Massa Corporal (IMC) e, a partir dele, os indivíduos são classificados segundo seu estado nutricional da seguinte forma: baixo peso; eutrofia, sobrepeso; obesidade grau I, II e III. O cálculo do IMC requer os valores de peso e altura dos indivíduos, não considerando as diferenças na composição corporal²⁸, mas sendo válido para averiguação do estado nutricional de populações nas práticas em saúde atuais²⁹. Apesar de haverem outros métodos mais fidedignos para aferição da gordura corporal, como circunferência abdominal e pregas cutâneas, o IMC é o mais utilizado também para aferições individualizadas, devido a facilidade, agilidade e baixo custo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)³⁰. Silva e Cantisani¹⁹ (p.367) apontam sobre a limitação desse indicador na avaliação do indivíduo:

O problema de um modelo construído a partir de uma estatística é desconsiderar as especificidades de cada grupo estudado, uma vez que o que é entendido como um “desvio à norma” é na verdade um fenômeno inseparavelmente biológico e social e que está diretamente relacionado com a perspectiva (cosmovisão) do sujeito observador em relação ao sujeito observado.

Essa medida é insuficiente para avaliações personalizadas, pois desconsidera o contexto sociocultural da população avaliada³¹ e apresenta questionamentos e riscos por sua generalização³². Além disso, não mede as diferenças de massa gorda e massa magra dos analisados, o que é bastante significativo para indicação do estado nutricional. Ou seja, podem haver casos em que as pessoas tenham peso e

altura semelhantes, mas percentuais de gordura distintos, e que, mesmo assim, sejam classificadas da mesma maneira em termos de estado nutricional. Um marcador isolado não deveria ser empregue para classificar indivíduos como saudáveis ou não saudáveis de forma absoluta, pois não leva em consideração a composição corporal do analisado e o seu estilo de vida.

Podemos dizer que, para os nutricionistas, quem não se enquadra no estado de eutrofia, geralmente, necessita de maior atenção nutricional, independentemente dos seus hábitos de vida, alimentação ou prática de atividades físicas. Relacionado a isso, pesquisas questionam a relação de causalidade entre o IMC e riscos à saúde, como um estudo populacional realizado nos Estados Unidos, que investigou o índice de mortalidade entre indivíduos eutróficos, com sobrepeso e obesos³³. Os resultados demonstraram que, independentemente do IMC, o risco de mortalidade era similar para aqueles que tinham um estilo de vida saudável (ingestão de frutas e vegetais diariamente, prática de atividade física regular, não fumar e consumo de álcool moderado), pondo em xeque a teoria de que o excesso de peso isoladamente é o único fator atrelado a maior risco.

Esse achado é de grande importância tanto para a população quanto para os profissionais de saúde, cujas percepções sobre o IMC isoladamente podem levá-los a acreditar que aqueles com excesso de peso, de maneira exclusiva, necessitam de um aconselhamento médico ou nutricional maior que os demais. Embora as evidências sugiram que um estilo de vida saudável otimiza os perfis de saúde, quem enquadra-se no perfil eutrófico pode acreditar que o exercício e a alimentação saudável, por exemplo, são menos importantes no seu caso, desde que o IMC esteja adequado^{34,35,36}. A evidência de pessoas consideradas obesas metabolicamente saudáveis vem crescendo, com isso, a avaliação pelo IMC deve ser questionada devida sua generalização, visto que esse método foi destinado a avaliações de saúde a nível populacional e não de individual³².

Essa visão de eutrofia como sinônimo de saúde pode ser reforçada por profissionais de saúde que utilizam este indicador de forma individualizada e, portanto, têm uma probabilidade maior de aconselhar somente os obesos em relação a um estilo de vida saudável, esquecendo que os eutróficos também necessitam desse cuidado^{34,36,37}. Dessa forma, ficam claras as práticas em saúde concentradas no indivíduo supostamente desviante, o obeso, e o indivíduo magro que é considerado saudável só passa a chamar atenção quando desenvolve uma

complicação grave, como transtornos alimentares, de imagem ou outros transtornos psiquiátricos.

Ou seja, o indivíduo obeso, normalmente, pode acabar sendo o foco dos atendimentos em saúde, independente do seu estilo de vida, subestimando dados importantes de saúde. Levando isso em consideração, essa avaliação por marcadores isolados deve ser questionada quanto aos possíveis riscos à saúde da população, bem como a limitação, ineficácia e discriminação desta abordagem quando para uso individualizado.

O corpo gordo: estigma, desvio e divergência

O corpo gordo passou a ser inapropriado, interpretado como carência de saúde, indisciplina, falta de determinação e autocuidado, é um corpo que infringe as regras sociais, que é estigmatizado³⁸. O estigma diz respeito a uma espécie de marca de valor negativo atribuída a alguém³⁹. Esse tipo de rótulo se firma a partir do olhar lançado sobre outro que está inconforme e do estereótipo reforçado por um determinado grupo – ou seja, a gordura corporal não é por si só boa ou má, mas o olhar direcionado a ela demonstra o indesejável e repugnante¹³.

Ao passo que o indivíduo obeso está inadaptado socialmente, a magreza é associada ao sucesso, à disposição, ao autocontrole e equilíbrio. O indivíduo inadaptado aos padrões corporais não demonstra força de vontade e disciplina, tornando-se um símbolo de fracasso moral e sendo comparado, até mesmo, a um dependente de drogas devido à incapacidade de controlar suas vontades^{40,10,41}. A imagem do gordo “demonstra um certo desânimo perante a vida, e traduz fracasso no agenciamento do próprio corpo e dos seus limites”²¹ (p.21).

O corpo ideal não diz respeito somente ao controle do peso e das medidas, revela também funções psicológicas e morais. A feiura caracteriza, em um só tempo, uma ruptura estética e psíquica, da qual decorre a perda da autoestima²¹ (p.30).

Nota-se, com a fala de Novaes e Vilhena²¹ que o indivíduo com excesso de peso pode aparentar desmotivação, além da falta de um conhecimento e comando desordenado do seu próprio organismo. Vasconcelos *et al.*⁵ (p. 68) aponta que “a sociedade contemporânea, ao valorizar a magreza, transforma a gordura em um

símbolo de falência moral, e o gordo, mais do que apresentar um peso socialmente inadequado, passa a carregar um caráter pejorativo [...]”. Quem apresenta-se com excesso de peso, traz consigo sua imoralidade perante às civilizações, quem não atinge a magreza é desvalorizado e associado à uma referência negativa. Nesse sentido, podemos associar os fatos citados com o discurso de Goffman⁴² (p.12) sobre estigmatização, indicando-nos que o obeso passou a ser um indivíduo estigmatizado na sociedade atual:

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável – num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos 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 [...].

O sujeito obeso, que não se enquadra ao estereótipo de corpo saudável, pode enfrentar dificuldades na aceitação social, o que contribui para a geração de desconfortos e insatisfações pessoais. Nesse ponto de vista, a gordura pode ser mais prejudicial à saúde por ser uma condição estigmatizada e desviante, do que pela doença obesidade⁴³. Conforme cita Novaes e Vilhena²¹ “nada, na atualidade, é mais divergente do padrão do que a gordura”.

Para Velho⁸, o desviante é encarado como um opositor no seu sistema social. As condições “patológicas” da estrutura social geram o comportamento desviante. A sociedade obriga o indivíduo a se comportar conforme as suas regras, criando uma tensão entre o social e o ser biológico ou psicológico. Mas, seria possível desassociar o indivíduo da estrutura social? Visto que o ser é “composto” de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, como analisá-lo isoladamente da sociedade, e mais que isso, como torná-los oponentes?

“É a partir dessa perspectiva, que dissocia tão radicalmente a realidade individual da realidade sociocultural, que se vai desenvolver uma das mais influentes e, certamente, a mais difundida teoria sociológica sobre comportamento desviante”⁸ (p.17). É essa instabilidade no seu meio social, que faz com que o indivíduo se torne *anômico*, fragmentado do sistema ou meio em que vive. A respeito do conceito de *anomie*, relevante para o entendimento do comportamento desviante, declara Merton⁴⁴ (pp.191-2):

A análise funcional concebe a estrutura social como ativa, como produtora de novas motivações que não podem ser preditas sobre a base de conhecimento dos impulsos nativos do homem. Se a estrutura social restringe algumas disposições para agir, cria outras. O enfoque funcional, portanto, abandona a posição mantida por várias teorias individualistas, de que as diferentes proporções de comportamento divergente, nos diversos grupos e estratos sociais, são o resultado acidental de proporções variáveis de personalidades patológicas encontradas em tais grupos e estratos. Ao invés, tenta determinar como a estrutura social e cultural gera a pressão favorável ao comportamento socialmente desviado, sobre pessoas localizadas em várias situações naquela estrutura.

O termo desvio baseia-se na ideia de que há um comportamento intermediário ou modelo, que está de acordo com as condições do seu sistema social. O ambiente sociocultural cria um padrão rigoroso e, muitas vezes, único e seguir essas obrigações torna-se essencial para viver em sociedade e manter o seu bom funcionamento. A diversidade de comportamentos está delimitada pelo ideal imposto, cabe ao sujeito enquadrar-se às condições a ele estabelecidas⁸. Com isso, percebe-se a importância da representação da sociedade para as pessoas, pois é necessário que entendam o ambiente sociocultural em que vivem.

De uma forma mais flexível, Velho⁸ aponta que o indivíduo inadaptado à sua cultura percebe o seu meio de forma diferente dos adaptados, o desviante não é necessariamente um “deslocado” e a sua cultura não é tão opressora como possa parecer. A questão é que essas divergências são características naturais da cultura e das particularidades dos seres humanos. A biologia e a cultura estão diretamente relacionadas em uma pessoa, sujeita às diferentes visões equivocadas e divergentes. É necessário ter precaução ao homogeneizar comportamentos de grupos sociais, com suas diferenças e singularidades, haja vista que

[...] não existem desviantes em si mesmos, mas sim uma relação entre atores (indivíduos, grupos) que acusam outros atores de estarem consciente ou inconscientemente quebrando, com seu comportamento, limites e valores de determinada situação sociocultural⁸ (p. 23).

Os grupos sociais elaboram suas visões de mundo a partir das vivências e experiências no meio sociocultural. Estes estabelecem normas e quem as descumpre transfigura-se um desviante. O desvio não é uma característica do comportamento do desviante em si, mas sim, um resultado das ordens determinadas ao “infrator”. É uma perspectiva estática, generalista e simplista da vida sociocultural⁷. De acordo com este ponto, revela Velho⁸ (p. 27-28):

O “desviante”, dentro da minha perspectiva, é um indivíduo que não está fora de sua cultura mas que faz uma “leitura” divergente. Ele poderá estar sozinho ou fazer parte de uma minoria organizada. Ele não será sempre desviante. Existem áreas de comportamento em que agirá como qualquer cidadão “normal”. Mas em outras áreas divergirá, com seu comportamento dos valores dominantes.

A partir do estabelecimento de um ideal corporal magro, também chamado de culto à magreza, pode notar-se que indivíduos não enquadrados nesse padrão tornam-se desviantes e, com isso, são submetidos à estigmatização e aos preconceitos ligados à condição obesa. As tendências da atualidade requerem que as pessoas estejam em conformidade com os modelos corporais biomédico e estético. O obeso viola essas regras, não segue as exigências atuais e transforma-se em um infrator, que está em divergência com as ordens sociais¹¹.

Percebe-se que as formas de lidar com o corpo produzem vínculos sociais, havendo cada vez menos tolerância para os desvios nos padrões estéticos socialmente estabelecidos. Nesse sentido, a gordura assume o papel de estigma e paradigma da feiura, onde, quem está acima do peso, vive uma crescente exclusão social²¹.

A condição obesa responsabiliza o indivíduo e converge o problema à sua falta de autocontrole⁴⁵. Essa opressão social gera um mal-estar pertinente, manifestado mesmo quando se está sozinho, é uma insatisfação e recusa do seu próprio corpo⁴². Há uma tendência à solidão, ao afastamento da vida coletiva, isolando-se em suas residências para evitar constranger-se com os preconceitos sofridos, além da dependência devido à dificuldade na locomoção⁴⁶. A obesidade é um estigma expressivo em um meio social, o indivíduo é depreciado e afastado pelo seu valor estético, pela sua imagem remetida à falta de saúde e disfuncionalidade para o trabalho^{47,48,49}.

Passos⁴⁶ aborda que, além das consequências geradas no obeso devida a reprodução do estigma social já relatadas, há também a dificuldade em suas relações pessoais, nos relacionamentos amorosos, familiares, profissionais e nas amizades. A gordura corporal acaba por restringir a felicidade e a autoestima deste indivíduo, podendo causar sofrimento e inúmeras doenças. A divergência criada em relação ao corpo magro repercute em uma limitação na vida pública, social e pessoal, corriqueiramente trazendo consequências graves^{13,50,51,52}.

Dada a relevância do tema obesidade no campo da Nutrição, torna-se necessária a discussão e reflexão sobre as práticas profissionais acerca do indivíduo com excesso de peso. Como é, na realidade, a percepção do nutricionista sobre o obeso, como é concebida a imagem do corpo gordo para os profissionais de saúde. Em adendo, argumenta-se sobre o olhar do paciente no que tange ao nutricionista que está acima do peso.

Nutrição e obesidade: relação profissional e paciente

Estudos internacionais mostraram que profissionais das áreas da saúde agem preconceituosamente e apresentam condutas negativas no trato com a população obesa^{53,17}, relatos de pacientes nessa condição comprovam este fato¹⁴. A discriminação para com esse público está presente, inclusive, na atitude de especialistas em obesidade¹⁵. Nesse contexto, o nutricionista assume um importante papel no tratamento e prevenção dessa doença.

No Brasil, estudos sobre a formação e atuação dos profissionais nutricionistas indicam um grande enfoque técnico, biológico, simplista^{54,55,56}. Para Cori *et al.*¹⁷ (p.572) “a formação do nutricionista é falha em estratégias de aconselhamento, mudança comportamental e abordagem da imagem corporal [...]”. Costa⁵⁷, antes do advento da Diretriz Curricular para graduação em Nutrição, traz, também, a problemática de que essa formação dirige o exercício da profissão a interesses econômicos e não às carências sociais brasileiras.

O olhar desse profissional sob o indivíduo obeso é influenciado pelo modelo biológico de pensar a saúde, em que o peso é determinante para classificar indivíduos como saudáveis ou não, além de avaliar a sua determinação e força de vontade em seguir o tratamento. Essa visão não considera a multifatorialidade da obesidade e reforça, ainda mais, o padrão corporal magro^{49,32}, influenciando diretamente na autopercepção do indivíduo em relação à sua imagem e nas suas escolhas.

A visão estigmatizada do excesso de peso, adotada pelo profissional de saúde, acaba prejudicando o atendimento e, por conseguinte, compromete os resultados do tratamento e a motivação do paciente em continuar procurando um serviço de saúde. Ademais, essa vivência pode gerar estresse, ansiedade,

frustração e baixa adesão às recomendações^{53,58}, constituindo um grande problema de saúde pública, conforme cita Lima *et al.*⁵⁸:

[...] A estigmatização da obesidade é generalizada, prejudicial e ameaça valores essenciais de saúde pública. Considerando as elevadas taxas de sobrepeso e obesidade em todo o mundo, ao ignorar os estereótipos negativos ligados ao peso, a comunidade de saúde pública ignora o sofrimento substancial de muitas pessoas.

Há evidências relevantes de que esses julgamentos pelo profissional de saúde, seja nutricionista, médico ou profissional de educação física, configura uma série de malefícios no tratamento destes pacientes, interferindo na atuação do profissional e, conseqüentemente, nos resultados esperados do tratamento. Portanto, é imprescindível a discussão e a abordagem deste tema na área da saúde, principalmente nas profissões supracitadas⁵⁸.

Puhl e Suh⁵⁹ abordam que a responsabilização sobre o obeso é propícia para o surgimento de sentimentos negativos, como culpa, e contribuem ainda mais para o processo de estigmatização. O paciente enxerga esse processo de forma diferente, carregado de significados, emoções e experiências pessoais⁶⁰. Os insucessos no tratamento da obesidade demonstram que os aspectos psicológicos e comportamentais são imprescindíveis na abordagem de um tratamento de saúde efetivo¹⁶.

Para nutricionistas gordas esse paradoxo (princípios da profissão *versus* peso) se torna ainda mais difícil, o estigma da obesidade prejudica as suas relações pessoais, sociais e profissionais, podendo gerar um conflito de identidade. Na visão da sociedade, o corpo gordo é sinônimo de desleixo, de falta de vontade e cuidado, sendo assim, os pacientes podem desconfiar de quem não tem controle nem sobre si mesmo. Isso pode gerar uma sensação de despertencimento à Nutrição, além de possíveis sofrimentos e oportunidades de trabalho limitadas e prejudicadas, bem como preconceitos vindos de colegas de profissão^{49,13,10}. O estigma da obesidade presente na sociedade faz do nutricionista obeso um profissional incapaz.

Em estudo realizado com nutricionistas obesas, foi levantado o desejo de aceitação e as dificuldades enfrentadas em seus relacionamentos pessoais e no trabalho, segue relato de uma das entrevistadas⁴⁹ (p. 2794):

As pessoas não conseguem aceitar que você é uma nutricionista obesa, aceitar que nutricionista é gente também. Até na relação homem e mulher.

O problema é a sociedade que estereotipa que a pessoa tem que ter um IMC de 18 pra ela ser bonita. [...] Depois você até se sente culpada, mas na hora que você está comendo é a forma que você tem para tirar a sua cabeça daquele problema que você está vivendo, entendeu? (Beatriz, 30 anos)

Com graduandas do curso de Nutrição, uma pesquisa demonstrou a relevância da magreza na realização profissional¹¹. As estudantes acreditam que o corpo magro é mais aceito, mais bem visto e que gera mais oportunidades na carreira, sendo importante para inserção no mercado de trabalho. Relataram que há uma confiança maior dos pacientes quando essas se apresentam conforme o padrão corporal esperado. Além disso, notou-se uma preocupação maior naquelas que se interessam pela área clínica¹⁰.

Em relação às crenças sobre obesidade, Cori *et al.*¹⁷ analisaram o comportamento de nutricionistas. Trata-se de um estudo exploratório com 344 participantes, sendo 97,1% mulheres. Os resultados mostraram atitudes ligadas à estigmatização e a concepções preconceituosas relacionadas ao corpo gordo, atribuindo a esse as seguintes características: preguiçoso (42,3%), sem determinação (43,6%), não atraente (52,0%), desajeitado (55,1%) e guloso (67,4%). Dentre as principais causas da obesidade listadas, as que mais estiveram presentes foram alterações emocionais e de humor, vício ou dependência de comida e baixa autoestima¹⁷.

Ainda, no estudo realizado por Araújo *et al.*⁴⁹ (p. 2793), observa-se a conduta autoritária da nutricionista no relato de uma paciente durante consulta nutricional: “Quando eu fracassava na dieta que ela prescrevia, eu tinha medo de voltar lá porque sabia que ia me julgar, ia questionar eu não ter conseguido” (Diná, 49 anos). A profissional impõe as suas recomendações e quem não atinge os resultados determinados é considerado incompetente, o que evidencia a falta de afeto, empatia e até mesmo vínculo com o paciente, fazendo deste um subordinado.

Comprovando a sua hierarquia perante o paciente, a nutricionista, citada anteriormente, falou sobre seu atendimento da seguinte forma⁴⁹ (p. 2793): “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”. A profissional, que havia se queixado do seu corpo, pareceu desconsiderar os sofrimentos enfrentados pela obesidade ao agir dessa

maneira, projetou no outro os seus problemas pessoais e não se sensibilizou com o sofrimento do paciente.

Essa conduta pode ser uma tentativa de conquistar a confiança e o respeito de quem a julga pelo seu peso, além de silenciar o paciente para que não receba críticas relacionadas ao seu corpo⁴⁹.

A ciência da saúde apreendida pela entrevistada indica padrões, procedimentos e recomendações a serem seguidos, esquecendo-se que por trás de quem come, há uma história contando o que você é, o que viveu, o que o constrói por trás da figura social que se apresenta ao mundo⁴⁹ (p. 2793).

Ainda sobre a conduta negativa de nutricionistas, Oliveira⁶¹ (p. 77) entrevistou 12 mulheres obesas com idade média de 39,4 anos sobre suas experiências e percepções de atendimentos nutricionais:

Quando eu penso numa nutricionista... É aquela pessoa que putz! Vai falar porque comendo chocolate, vai me condenar (Assistente social, 30 anos).

“É isso, ou não é. Ou você vai ficar daí pra pior entendeu?”... E na época eu tava com um monte de problema, eu olhei assim pra ela... Eu me senti um lixo [...] Oh, para ser sincera, a nutricionista pra um obeso, é como se fosse um monstrinho “CRECK”. Porque assim, é como se você fosse preparada pra uma guerra. Você teria que ficar com a boca fechada, ouvindo o que ela fala... Um hum... Tá... Um hum... Tá bom... Tá bom. Tem que tá concordando à vontade (Desempregada, 33 anos).

Além das ordens e acusações, percebe-se que, quando o paciente não consegue seguir as recomendações, o nutricionista o responsabiliza mais pela sua “falha”⁶¹ (p.73):

Ela foi bem clara ao dizer que tudo quem ia fazer por mim, era eu mesma, ela só ia me orientar (Agente de saúde, 38 anos).

A expectativa era conseguir fazer direitinho. Ela é cem por cento, o problema tá comigo (Doceira, 48 anos).

Eu me tranquei, a nutricionista falou “você tem que fazer um regime de qualquer jeito, é isso ou você vai ficar daí pra pior” (Desempregada, 33 anos).

Essas pacientes demonstram medo de falhar e ter de informar isso no atendimento nutricional e, devido aos sentimentos de obrigação para com o tratamento, de obediência ao profissional, culpa e frustração ao não conseguir seguir o prescrito, afastam-se do serviço de saúde e criam uma espécie de rejeição ao

aconselhamento nutricional. O nutricionista, para essas mulheres, é aquele que julga comportamentos, cobra e pune quem não segue as suas prescrições⁶².

Teixeira *et al.*⁶³, por sua vez, entrevistou médicos, enfermeiros e nutricionistas sobre seus tratamentos ao paciente obeso e notou semelhanças nos discursos desses profissionais, conforme relato:

[...] na grande maioria, não ligam nenhuma, não querem saber, arranjam mil e uma desculpas para não mudar... porque eles não querem! Custa muito! É muito difícil! E eles não querem fazer sacrifícios (p.148).

A partir disso, percebe-se a necessidade de expandir o olhar do nutricionista para além do biomédico, um olhar mais humanizado, onde os aspectos psicológicos são de suma importância para o tratamento do paciente obeso. Tendo isso em vista, Oliveira *et al.*⁶² (p.188) aponta a seguinte estratégia para um efetivo aconselhamento nutricional:

A educação nutricional se mostra como a ferramenta mais eficiente para o tratamento da obesidade, na medida em que faz do sujeito um coautor no processo terapêutico, construído a partir de uma relação de trocas, compreensão e respeito à cultura e ao ser humano.

No cuidado em saúde é essencial a escuta ao paciente, entender suas dores e dificuldades, acolher e conhecer a sua realidade, compreendendo a vulnerabilidade social e cultural do sujeito^{64,19}. A consulta deve ser o momento e o lugar em que o paciente se sente seguro, protegido de julgamentos ou críticas, quem procura um serviço de saúde é porque precisa de ajuda em algum âmbito da vida, de maneira alguma deveria ser contestado, mas sim, compreendido e orientado de forma empática e adequada ao seu contexto. Uma doença por si só, quando presente, já se torna um empecilho a ser enfrentado. A exposição do paciente a uma conduta autoritária não facilita o cuidado desse, seja na perda de peso ou em qualquer outro aspecto relativo à saúde, principalmente em termos de sanidade mental.

É inegável o fato de que o obeso enfrenta dificuldades nas suas relações interpessoais, seja ela social ou afetiva^{65,66}. O desejo de ser outra, o não pertencimento ao seu próprio corpo, a busca pela aceitação e pela admiração e a impotência são sentimentos presentes nas entrevistadas em ambos os estudos^{10,49}. A discriminação pode afetar diretamente a vida do obeso, em todos os âmbitos

cabíveis⁴⁷. É evidente a desvantagem social, a vulnerabilidade e menor privilégio nesse público⁴⁹.

O aumento da medicalização e da estética na saúde⁶⁷ contribui para a distorção de valores da sociedade atual, onde a forma física, mais especificamente a magreza, é determinada um estado de maior vitalidade, um modelo de saúde¹¹. O discurso biomédico valida a existência de um padrão corporal nomeado como sadio e impõe ao indivíduo a sua adaptação a este modelo.

Essa conduta com enfoque quantitativo (técnico, biológico), ignora os parâmetros qualitativos (psicológico, social, cultural) e faz parte de um modelo reducionista⁹. É necessário um olhar de forma integral ao paciente, a pessoa como um todo, suas condições financeiras e de habitação, suas relações afetivas, seus medos, impulsos, fraquezas, sofrimentos, o funcionamento da sua família, do seu trabalho. Todos esses fatores influenciam no contexto de vida, nos hábitos, na alimentação, na saúde (em todos os aspectos, pois quando se fala em saúde, a saúde mental muitas vezes é esquecida).

Para Bourdieu⁶⁸ é importante considerar que as preferências de cada indivíduo e suas consequentes escolhas dependem do meio em que vivem, ou seja, os aspectos socioculturais e a construção histórica são determinantes na percepção do indivíduo, a partir das suas vivências no seu sistema social.

[...] entender o binômio saúde-doença como um processo social mais amplo se mostra essencial para retirarmos o olhar “culpabilizador” sobre os indivíduos, como se bastassem a estes ter “força de vontade” e “iniciativa” para mudar sua prática cotidiana, a fim de melhorar sua condição de saúde¹⁹ (p. 371).

O preconceito demonstrado para com o obeso também pode ser chamado de gordofobia, termo que tem como significado a aversão sistemática à gordura⁶⁹. O modelo de corpo idealizado vai além de um paradigma estético, o indivíduo não só é desvalorizado pela aparência gorda como também é evitado e isolado, questionado quanto a suas competências e controle sobre si. O excesso de peso torna-se um fator limitante, influenciando diretamente nas oportunidades, no acesso, nas relações pessoais e profissionais e em suas emoções. A gordofobia pode acarretar em consequências diretas a nível psicológico, como depressão, ansiedade, distorção de imagem e transtornos alimentares⁷⁰.

Cada vez mais os aspectos relacionados à percepção da imagem corporal, inclusive a autopercepção, impactam na saúde da população, na sua individualidade e na sua concepção do que é saudável⁷¹. Nota-se, com isso, a importância dos parâmetros biológicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos para um cuidado em saúde eficaz⁴⁹, pois, “muito mais do que uma condição orgânica, a obesidade é um fato social”⁵¹ (p.26). A obesidade abrange muito mais que aspectos biológicos, corresponde também a um contexto histórico e cultural da população. “Entender a saúde-doença como um processo social significa reconhecer a existência de estruturas sociais condicionantes, que agem coercitivamente sobre os indivíduos e suas escolhas”¹⁹ (p.371).

A magreza, além de idealizada como um padrão estético social, é também um modelo exaltado pelos profissionais de saúde³², sendo determinante para a avaliação do estado nutricional dos pacientes. Além de consequências indiretas, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (promoção, prevenção e tratamento), apontada por Francisco e Diez-Garcia⁶⁹, a longo prazo, a gordofobia, o autoritarismo e a conduta biologicista dos profissionais de saúde podem acarretar em custos mais elevados para o SUS¹⁹. Evidencia-se que esse modelo de saúde ao atendimento do obeso é retrógrado e ineficaz para um tratamento efetivo e humanizado ao paciente obeso, além de reforçar ainda mais a estigmatização da obesidade e suas possíveis doenças.

Considerações finais

A busca incessante pelo emagrecimento, advindo de um culto à beleza, especificamente ao corpo magro, tem suas consequências e transformou a relação das pessoas com a alimentação e com o corpo em um terrorismo, chamado popularmente de terrorismo nutricional. Quem é gordo é desvalorizado, excluído, estigmatizado e sofre com o preconceito e a insatisfação corporal. Enquanto isso, o corpo magro é vangloriado, é visto como saudável, independentemente de outros aspectos físicos e psicológicos. Esse indivíduo aparenta ser responsável, competente e disciplinado, porque a ideia de que basta ter força de vontade para perder peso é reforçada diariamente. Percebe-se a tamanha relevância da análise dessa hipervalorização do corpo magro, mas pouco se discute a respeito disso na

formação dos profissionais de saúde, principalmente na Nutrição, que atua diretamente no tratamento da obesidade e nas questões de peso corporal.

Devemos olhar para a colaboração do nutricionista para com a institucionalização social do padrão corporal. Cabe aqui questionar o quanto esses profissionais alimentam esse ideal; o quanto a Nutrição estereotipa os corpos e julga quem não se enquadra a esse modelo. E caber nesse padrão é um sinal de saúde? Essa busca pelo corpo “perfeito” realmente é saudável? Quais são as consequências geradas por essa pressão da sociedade e, também, dos profissionais de saúde na saúde do indivíduo?

Sufrimento, não aceitação, não pertencimento, insatisfação consigo e com seu corpo, desvalorização, exclusão social, rejeição, preconceito, problemas de saúde como depressão e diferentes transtornos psiquiátricos – de ansiedade, de imagem, alimentar, dentre outros – essas podem ser as consequências da hipervalorização do corpo padrão. Deve-se discutir se os profissionais de saúde, principalmente nutricionistas, estão validando o padrão de corpo contemporâneo e, conseqüentemente, contribuindo para o desenvolvimento desses problemas relacionados à aceitação corporal (tanto pela sociedade quanto pelo próprio indivíduo) e se estão tratando essas pessoas de forma adequada. Deve-se aprofundar as discussões a respeito desse tema na Nutrição e na área da saúde para que possa refletir sobre o comportamento da sociedade neste sentido, visando melhorar o bem-estar e a saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Goldenberg M, Ramos MS. A civilização das formas: o corpo como um valor. In: Goldenberg M, organizadora. Nu & Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. 2. ed. Rio de Janeiro: Record; 2002. p. 19-40.
2. Maroun K, Vieira V. Corpo: uma mercadoria na pós-modernidade. Psicologia em Revista. 2008; 14(2):171-186.
3. Passos MD. Imagem corporal e suas representações sociais: um estudo com adolescentes do município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.
4. Castro JBP, Carvalho MCVS, Ferreira FR, Prado SD. “Faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço!”: a décalage como ferramenta para compreensão de práticas corporais e alimentares. Revista de Nutrição. 2015; 28(1):99-108.

5. Vasconcelos N, Sudo I, Sudo N. Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. 2004; 4(1):65-93.
6. Chauvenet A. A lei e o corpo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*; 1991.
7. Becker H. *Outsiders studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press; 1996.
8. Velho G, organizador. *O Estudo do Comportamento Desviante: A Contribuição da Antropologia Social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2003. p. 11-28.
9. Mattos RS. Sou gordo, sou anormal? *Arquivos em Movimento*. 2007; 3(2):153-173.
10. Castro JBP, Mattos RS, Passos MD, Aquino FSD, Retondar JJM, Machado AS. Alimentação, corpo e subjetividades na Educação Física e na Nutrição: o ranço da adiposidade e a ascensão dos músculos. *Demetra: Alimentação, Nutrição Saúde*. 2016; 11(3):803-824.
11. Santos LAS. *O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo*. Salvador: EDUFBA; 2008.
12. Berger M. “Felicidade é entrar num vestido P”: o culto ao corpo na sociedade urbana contemporânea. *Cadernos de Campo*. 2010; 19(19):69-90.
13. Campos SS, Ferreira FR, Seixas CM, Prado SD, Carvalho MCVS, Kraemer FB. Num relance de olhar... a estigmatização das pessoas gordas: do passado aos dias de hoje. *Revista HUPE*. 2015; 14(3):90-96.
14. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, *et al.* ‘Primary care physicians’ attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res*. 2003; 11(10):1168-1177.
15. Schwartz MB, Chambliss HON, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obes Res*. 2003; 11(9):1033-1039.
16. Chaves L, Navarro AC. Compulsão alimentar, obesidade e emagrecimento. *Rev Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. 2011; 5(27):110-120.
17. Cori GC, Petty MLB, Alvarenga MS. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos: um estudo exploratório. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015; 20(2):565-576.
18. Ros MA. As alterações da PNAB e o processo de trabalho do NASF. In: 4º Encontro Universitário de Saúde da Família; 2017; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: UFSC/PMF; 2017.

19. Silva BL; Cantisani JR. Interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição: um debate necessário. *Demetra: alimentação, nutrição & saúde*. 2018; 13(2):363-380.
20. Fischler C. Obeso benigno, obeso maligno. In: Sant'Anna DB, organizadora. *Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais*. São Paulo: Estação Liberdade; 1995.
21. Novaes JV, Vilhena J. De Cinderela a moura torta: sobre a relação mulher, beleza e feiura. *Interações*; 2003; 8(15):9-36.
22. Lipovetsky G. *A terceira mulher: permanência e revolução do feminino*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
23. Sabino C. *O peso da forma: cotidiano e uso de drogas entre fisiculturistas [tese]*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
24. Perrot M. Les Femmes et leurs images ou le regard des femmes. In: Duby G, Perrot M, *Images de femmes*. Paris: Plon; 1992. p. 176.
25. Almeida GAN, Santos JE, Passian SR, Loureiro SR. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*. 2005; 10(1):27-35
26. Sant'Anna DB. Cuidados de Si e Embelezamento Feminino: Fragmentos para uma história do corpo no Brasil. In: Sant'Anna DB, organizadora. *Políticas do Corpo*. São Paulo: Estação Liberdade; 1995.
27. Azevedo AMC, Abuchaim ALG. Bulimia nervosa: Classificação diagnóstica e quadro clínico. In: Nunes MAA, Appolinário JC, Abuchaim ALG, Coutinho W, organizadores. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed; 1998. p. 31-19.
28. Stensland SH, Margolis S. Simplifying the calculation of body mass index for quick reference. *J Am Diet Assoc*. 1990; 90(6):856.
29. Mahan LK, ESCOTT-STUMP S. *Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
30. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization; 2000.
31. Sahlins M. *Ilhas de História*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1990.
32. Poulain JP. *Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar*. 2. ed. Florianópolis: Editora UFSC; 2013.
33. Matheson EM, King DE, Everett CJ. Healthy Lifestyle Habits and Mortality in Overweight and Obese Individuals. *JABFM*. 2012; 25(1):9-15.

34. Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC Norfolk prospective population study. *PLoS Med.* 2008; 5(1):e12.
35. King NA, Hopkins M, Caudwell P, Stubbs RJ, Blundell JE. Beneficial effects of exercise: shifting the focus from body weight to other markers of health. *Br J Sports Med.* 2009; 43(12):924-7.
36. Sui X, LaMonte MJ, Laditka JN, Hardin JW, Chase N, Hooker SP, *et al.* Cardiorespiratory fitness and adiposity as mortality predictors in older adults. *JAMA.* 2007; 298(21):2507-16.
37. Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, Phillips RS. Physician counseling about exercise. *JAMA.* 1999; 282(16):1583-8.
38. Almeida CME, Oliveira MRM, Vieira CM. A relação entre a imagem corporal e obesidade em usuárias de unidades de saúde da família. *Rev Simbio-Logias.* 2008; 1(1):111-121.
39. Goffman E. *Stigmate: les usages sociaux des handicaps.* Paris: Editions de Minuit; 1975.
40. Vinette S. Image corporelle et minceur: à la poursuite d'un idéal élitif. *Reflets* 2001; 7(1):129-151.
41. Rasmussen N. Weight stigma, addiction, science, and the medication of fatness in mid-twentieth century America. *Sociol Health Illn* 2012; 34(6):880-95.
42. Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.* 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 1988.
43. Araújo KL, Pena PL, Freitas MCS. Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2015; 20(9):2787-2796.
44. Merton RK. *Sociologia: teoria e estrutura.* São Paulo: Mestre Jou; 1970.
45. Felipe FM. *O peso social da obesidade [tese].* Porto Alegre: PUCRS; 2001.
46. Passos MD. *Sentidos e significados da obesidade mórbida no processo de cuidar: um estudo no Centro de Referência em Obesidade [tese].* Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015.
47. Poulain JP. *Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar.* Florianópolis: Ed. da UFSC; 2006.
48. Sudo N, Luz MT. O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. *Cien Saude Colet.* 2007; 12(4):1033-1040.

49. Araújo KL, Pena PGL, Freitas MCS, Diez-Garcia RW. Estigma do nutricionista com obesidade no mundo do trabalho. *Rev Nutr.* 2015; 28(6):569-579.
50. Mattos RS, Luz MT. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. *Physis.* 2009; 19(2):489-507.
51. Mattos RS. Sobrevivendo ao estigma da gordura. São Paulo: Vetor; 2012.
52. Rosa TV, Campos DTF. O sofrimento psíquico na condição obesa e a influência da cultura. *Estudos.* 2008; 35(5):967-979.
53. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev.* 2015; 16(4):319-26.
54. Simões COA. “Sociabilidade dos Nutrientes” e a “Nutricidade do Social”: um estudo de antropologia simétrica sobre o chamado “conhecimento científico” no curso de graduação em Nutrição. Florianópolis: UFSC; 2014. p. 127.
55. Bosi MLM. A face oculta da nutrição: ciência e ideologia. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; 1989.
56. Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa MLS, Carvalho RJ. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr.* 2006; 55(2):108-113.
57. Costa NSC. A formação do Nutricionista: educação e contradição. Goiânia: Editora UFG; 2001.
58. Lima CT, Ramos-Oliveira D, Barbosa C. ASPECTOS SOCIOCOGNITIVOS DA OBESIDADE: ESTEREÓTIPOS DO EXCESSO DE PESO. *Psicologia, Saúde & Doença.* 2017; 18(3):681-698.
59. Puhl R, Suh Y. Stigma and eating and weight disorders. *Current Psychiatry Reports.* 2015; 17(3): 552-556.
60. Camargo Junior KRD. Biomedicina saber e ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.
61. Oliveira AC. PERCEPÇÃO DE MULHERES OBESAS EM RELAÇÃO AO ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2012.
62. Oliveira JAN, Barreto JD, Mello AO, Freitas MCS, Fontes GAV. Percepção dos obesos sobre o discurso do nutricionista: estudo de caso. In: Freitas MCS, Fontes GAV, Oliveira N, organizadores. *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura.* Salvador: EDUFBA; 2008. p.175-89.
63. Teixeira FV, Pais-Ribeiro JL, Maia A. Obesidade: semelhanças no discurso de médicos de família, nutricionistas e enfermeiros. In: Pais-Ribeiro J, Silva I,

- Meneses R, Leal I, editores. Actas do 10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde; 2014. p. 145-150.
64. Pinto MS, Bosi MLM. Muito mais do que Pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade. *Physis*. 2010; 20(2):443-457.
65. Fontes GAV. O 'ser' obeso: processo, experiência e estigma. In: Freitas MC, Fontes GAV, Oliveira N. Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 192-205.
66. Torralba RF. Antropologia do cuidar. Petrópolis: Vozes; 2009.
67. Ferreira FR, Freitas PMSS, Wollz LEB. O culto ao corpo, a estetização da saúde e o papel do nutricionista. In: Prado SD, Freitas RF, Ferreira FR, Carvalho MCVS, organizadores. Alimentação, consumo e cultura. v. 1. Curitiba, PR: CRV; 2013. Série Sabor Metrópole.
68. Bourdieu P. A distinção: crítica social do julgamento. São Paulo: EDUSP; 2007.
69. Francisco L, Diez-Garcia R. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. *Demetra: Alimentação, Nutrição Saúde*. 2015; 10(3):705-716.
70. Hunger JM, Major B, Blodon A, Miller CT. Weighed down by stigma: how weight-based social identity threat contributes to weight gain and poor health. *Soc Personal Psychol Compass*. 2015; 9(6):255-268.
71. Ferreira FR. Ciência, arte e cultura no corpo: a construção de sentidos sobre o corpo a partir das cirurgias plásticas. Curitiba, PR: CRV; 2011.

7 NORMAS DA REVISTA DE INTERESSE DE SUBMISSÃO

7.1 Revista

Interface - Comunicação, Saúde, Educação

7.2 Escopo da revista

Centra-se na Educação e Comunicação nas práticas de saúde, educação de profissionais de saúde (tanto universitário e educação em serviço) e Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, Artes e Ciências Sociais e Humanas. Abordagens críticas e inovadoras são priorizadas e a pesquisa qualitativa é enfatizada.

7.3 Artigo Científico

Textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

7.4 Forma e Preparação de Manuscritos

7.4.1 Formato e Estrutura do texto

Formatação do texto: Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática, nas três línguas da revista (português, inglês e espanhol), com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumos e palavras-chave alusivas à temática, nas três línguas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nas três línguas da revista. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nas três línguas. As resenhas devem dispor do título da obra resenhada no seu idioma original.

As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

Excluir do texto dados que identifiquem a autoria do trabalho em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]. Os dados dos autores são informados apenas em campo específico do formulário de submissão.

- Em documentos do Microsoft Office, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.
- Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do Adobe Acrobat.
- Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

Nota: Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.

Número máximo de autores do manuscrito: está limitado a cinco, a partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A autoria implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação. A revista adota os seguintes critérios mínimos de autoria: a) ter participado da discussão dos resultados; e b) ter participado da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Nota: O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a três.

Página inicial do manuscrito (Main Documentt): deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. Observe as

exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações. Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas: Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 20 palavras.

Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras).

Notas: Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

Notas de rodapé: identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

7.4.2 Comitê de Ética

Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informações sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar apenas o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.

7.4.3 Imagens, figuras ou desenhos

Devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre

podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw). Todas devem estar em arquivos separados do texto original (Main Document), com suas respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota: no caso de textos enviados para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

7.4.4 Referências e citações

Adota-se as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos.

Citações no texto: As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Não devem ser inseridas no modo automático, nem como referência cruzada.

Exemplo:

Segundo Teixeira¹

De acordo com Schraiber²...

Casos específicos de citação:

1 Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2 Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas (aspas duplas), e acompanhada da página da citação entre parênteses, com a pontuação no final.

Exemplo: Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao “[...] ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada

indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens” 2 (p. 13).

Nota: No caso da citação vir com aspas no texto original, substitui-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo: “Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM”¹ (p. 47).

No fim de uma citação o sinal de pontuação ficará dentro das aspas se a frase começa e termina com aspas.

Exemplo: “Estamos, pois, num contexto em que, como dizia Gramsci, trata-se de uma luta entre o novo que quer nascer e o velho que não quer sair de cena.”⁹ (p. 149)

Quando a frase não está completa dentro das aspas, a pontuação deve ficar fora das aspas.

Exemplo: Na visão do CFM, “nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população” (p. 3).

3 Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo de 4 cm à esquerda, espaço simples, tipo de fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas, e acompanhada da página da citação entre parênteses (após a pontuação da citação).

Exemplo: Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver.² (p. 42)

Fragmento de citação no texto

– utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Referências

(Transcrito e adaptado de Pizzani L, Silva RC, fev 2014; Jeorgina GR, 2008)

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus <http://www.nlm.nih.gov/>.

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo. A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências.

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

Modelos:

Livro

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

* * Sem indicação do número de páginas.

Nota: Autor é uma entidade: SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Manjuba (*ancharella lepidentostole*) no rio Ribeira de Iguape. São Paulo: Ibama; 1990.

Séries e coleções

Exemplo: Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

Capítulo de livro

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

Artigo em periódico

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

* * Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

Dissertação e Tese

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada;

ano de defesa do trabalho.

Trabalho em evento científico

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Documento legal

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

Resenha

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Artigo em jornal

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Carta ao editor

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

Entrevista publicada

Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo

entrevistado. Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Documento eletrônico

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota: Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em:

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

7.4.5 Observações gerais

Títulos e subtítulos

1 Título do manuscrito – em negrito, com a primeira letra em caixa alta

2 Títulos de seção (Introdução, Metodologia, Resultados, Considerações finais...) – em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta

3 Quando houver subdivisão na seção assinalar da seguinte forma [subtítulo],

4 Caso esta subdivisão ainda tenha outra subdivisão: assinalar [sub-subtítulo] e assim sucessivamente.

Nota: Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.

Exemplo: 1 Introdução, 2 Metodologia... Fica apenas Introdução, Metodologia...

Palavras-chave

Apenas a primeira letra em caixa alta, o resto em caixa baixa. Ponto final entre as palavras-chave.

Notas de rodapé

1 Nota de rodapé vinculada ao título do texto deve ser identificada com asterisco (*), ao final do título.

2 Informações dos autores devem ser indicadas como nota de rodapé, iniciando por (a), indicadas entre parênteses.

Nota: Essas notas devem ser curtas, devido ao espaço restrito da página de rosto do artigo.

3 No corpo do texto as notas de rodapé devem seguir a sequência iniciada na página de rosto (se o texto tiver dois autores, por exemplo, a primeira nota de rodapé do texto deve ser (c)).

Nota: Notas de rodapé devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Destaque de palavras ou trechos no texto

Devem estar entre aspas (aspas duplas).

Interface **não** utiliza negrito ou itálico para destaque.

Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.

Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

Uso de caixa alta ou caixa baixa (baseado em: FRITSCHER, Carlos Cezar et al. *Manual de urgências médicas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)

Emprega-se caixa alta:

1 No início de período ou citação.

2 Nos nomes dos corpos celestes: Saturno, Sol, Marte, Via Láctea.

Nota: Emprega-se caixa baixa em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

3 Nos nomes dos pontos cardeais e dos colaterais quando indicam as grandes regiões do Brasil do mundo: Sul, Nordeste.

Nota: Quando designam direções ou quando se empregam como adjetivo, escrevem-se com caixa baixa: o nordeste do Rio Grande do Norte.

4 Na palavra **estado**, quando personificada ou individualizada: o Estado (Brasil).

5 Nos pronomes de tratamento e nas suas abreviaturas: Vossa Excelência, Senhor, Dona.

Nota: Emprega-se caixa baixa na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.

6 Em siglas:

- se pronunciável pelas letras (UFGRS, UFF, OMS): tudo em caixa alta;

- se pronunciável como palavra (Unesp, Unicef...): só a primeira letra em caixa alta.

Exceções: ONU, UEL, USP.

Nota: Ao usar sigla, primeiro escreve-se por extenso e depois a sigla, entre parênteses.

7 Na primeira letra de palavras que indicam datas oficiais e nomes de fatos ou épocas históricas, de festas religiosas, de atos solenes e de grandes empreendimentos públicos ou institucionais: Sete de Setembro, Idade Média, Festa do Divino, Dia de Natal.

8 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de disciplinas de um currículo ou de um exame: História da Educação, Psicologia, Exame da Ordem.

9 Na primeira letra de palavras que indicam áreas do conhecimento, instituições e religiões: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina, Enfermagem, Educação, História, Ciências Sociais, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Cristianismo.

10 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de leis, decretos, atos ou diplomas oficiais: Lei dos Direitos Autorais nº 9.609.

11 Na primeira letra de todos os elementos de um nome próprio composto, unidos por hífen: Pró-Reitoria de Ensino e Graduação, Pós-Graduação em Finanças.

12 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de eventos (cursos, palestras, conferências, simpósios, feiras, festas, exposições, etc.): Simpósio Internacional de Epilepsia; Jornada Paulista de Radiologia, Congresso Brasileiro de Solos.

13 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de diversos setores de uma administração ou instituição: Reitoria, Pró-Reitoria de Extensão Universitária, Assessoria Jurídica, Conselho Departamental, Departamento de Jornalismo, Centro de Pastoral Universitária.

14 Na primeira letra de palavras que indicam acidentes geográficos e sua denominação: Rio das Antas, Serra do Mar, Golfo Pérsico, Cabo da Boa Esperança, Lagoa dos Quadros, Oceano Atlântico.

15 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de logradouros públicos: Avenida Faria Lima, Rua Madalena, Parque Trianon, Praça Michelângelo, etc.

Uso de numerais

Escrever por extenso:

– de zero a nove;

- dezenas e centenas “cheias”: dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas; oitenta alunos, seiscentos internos...
- quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.
- unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.

Escrever em algarismos numéricos:

- a partir do número 11;
- quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m.

Uso de cardinais

Escrever por extenso:

- de zero a dez.