

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

**Tatiana Souza de Camargo**

# **O GOVERNO DOS EXCESSOS**



**Uma análise das práticas de prevenção e controle do excesso de peso realizadas por profissionais da Atenção Básica à Saúde, em Porto Alegre / RS**

Porto Alegre  
2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

**Tatiana Souza de Camargo**

**O GOVERNO DOS EXCESSOS**

**Uma investigação das práticas de prevenção e controle do excesso de peso realizadas por profissionais da Atenção Básica à Saúde, em Porto Alegre / RS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Educação.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>-Dr<sup>ª</sup> Nádia Geisa Silveira de Souza

Porto Alegre  
2012

**Capa:** imagem retirada do site da academia *Wall Street Fitness*, da postagem “ProPoints Vigilantes do Peso”, mostrada na seção “Fique por dentro”. Disponível em: [http://www.wallstreetfitness.com.br/fique\\_por\\_dentro/artigo/2817/propoints-vigilantes-do-peso/](http://www.wallstreetfitness.com.br/fique_por_dentro/artigo/2817/propoints-vigilantes-do-peso/). Acesso em: 24 Jan 2012.

*Dedico este trabalho a todos aqueles que convivem com o fantasma da insatisfação corporal e sofrem com a estigmatização do excesso de peso.*

---

# AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora e amiga, Professora Nádia Geisa, por todo apoio, dedicação, os saberes compartilhados, a paciência e a presença carinhosa com a qual ela tem me acompanhado nos últimos anos.

Aos membros da banca: Professora Maria Lúcia Wortmann – meu primeiro contato acadêmico em terras gaúchas; que me apresentou à Professora Nádia e que também fora da banca da minha dissertação de Mestrado – muito obrigada pela acolhida generosa e por ter acreditado em minha capacidade; ao Professor Luis Henrique Sacchi Santos– a quem conheci mais de perto nas disciplinas cursadas durante o doutorado – por todas as dicas preciosas, pelas indicações de leitura que abriram os “horizontes teóricos”e , especialmente, por ter organizado em conjunto com a Professora Nádia, no segundo semestre de 2011, a Leitura Dirigida “A biopolítica – dialogando com Michel Foucault e Nikolas Rose”, que foi fundamental para as minhas análises; à Professora Paula Henning – a quem conheci através de colegas – muito obrigada pela disponibilidade e pela confiança. Cada um de vocês, à sua maneira, tem muito a contribuir para este trabalho.

Aos colegas do grupo de pesquisa e do PPGEDU, pela escuta e pelas oportunidades de discussão e construção de conhecimento.

Ao Enrique, meu grande companheiro nesta viagem que é a vida, por toda força, incentivo, cumplicidade e partilha. Ao Benjamin, que com seu sorriso, curiosidade e vivacidade me incentiva a ser uma pessoa melhor, a cada dia. Aos meus pais, minha irmã, sogros, sogras, avós, tios, tias, cunhadas, primas, primos, enfim, todos os familiares de Porto Alegre e São Paulo que foram um imenso apoio. Uma menção carinhosa à Tia Sandra, que foi uma parceira formidável, nas tensas horas de finalização desta tese.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e em especial ao Programa de Pós-Graduação em Educação, e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que além de uma educação gratuita e de qualidade, me propiciou o privilégio de ser bolsista de doutorado.

---

## RESUMO

Na última década, o Brasil liderou o ranking de consumo de medicamentos para emagrecer *per capita*, e, além disso, em 2009, foi o país que realizou o maior número de lipoaspirações. Instigada por estes surpreendentes e preocupantes dados brasileiros, nesta tese de doutorado busquei pensar acerca da temática do emagrecimento, da alimentação e dos cuidados de si em suas relações com a constituição dos corpos. Inicialmente, apresento a percepção de que, na atualidade, têm funcionado o dispositivo da aversão à gordura, isto é, uma rede heterogênea de elementos estrategicamente direcionados ao governo dos corpos, com a finalidade de prevenir e controlar o excesso de peso. Partindo do entendimento que os discursos provenientes do campo das Ciências da Saúde, de certa forma, parecem estar envolvidos no funcionamento do dispositivo da aversão à gordura, procurei investigar como os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), através de suas práticas de prevenção e controle do excesso de peso, relacionam-se com tal dispositivo. Para isso, realizei uma pesquisa de cunho etnográfico em práticas de promoção da saúde realizadas por profissionais de uma Unidade de Saúde (US). Foram acompanhadas as reuniões de um grupo de emagrecimento e as atividades vinculadas ao Programa Saúde na Escola realizadas por esses profissionais em uma Escola de Ensino Fundamental adscrita ao território desta US. Além do caderno de campo construído através da observação participante das atividades práticas mencionadas anteriormente, a análise também compreendeu alguns documentos oficiais brasileiros – *Guia Alimentar para a População Brasileira, Manual Operacional para Profissionais da Saúde e Educação, Ciência Hoje na Escola* – fornecidos como subsídios teóricos e/ou didáticos para as práticas de promoção da saúde formuladas e realizadas pelas equipes de ESF. A partir destas análises, aponto que os profissionais da equipe da US acompanhada, ao inscreverem suas práticas de promoção da saúde no dispositivo da aversão à gordura, através de sua abordagem focada na prevenção das doenças, da patologização do excesso de peso, do uso de técnicas de vigilância e do ensino de tecnologias de autocontrole, acabavam reforçando a estigmatização do excesso de peso e, talvez, agravando os sentimentos de desvalia e de insatisfação corporal experienciado por alguns participantes. Entendo que o movimento de pensar e problematizar a estigmatização do excesso de peso se faz necessário, especialmente para os profissionais da saúde pública envolvidos na formulação dos documentos oficiais, nas atividades de formação profissional e na realização das práticas de promoção da saúde. De forma que as práticas de promoção da saúde,

realizadas por profissionais da ESF, possam contribuir para a discussão dos padrões estéticos e de saúde da atualidade; que não reforcem a estigmatização do excesso de peso; e que possam trazer subsídios para que os cuidados com a alimentação, o engajamento em atividades físicas, dentre outras atitudes de mudança de hábitos, sejam vivenciadas como atividades de múltiplas potências e não somente como um esforço de adaptação à norma estética/médica do corpo magro/saudável.

**Palavras-Chave:** Estudos Culturais em Educação – corpo – excesso de peso – Saúde Pública

---

# ABSTRACT

In the past decade, Brazil topped the consumption of diet drugs *per capita*, and also in 2009, was the country that held the largest number of liposuctions. Prompted by these surprising and worrying Brazilian data, this doctoral thesis sought to think about the topic of weight loss, nutrition and care of self in their relations with the constitution of the body. Initially, I present the perception that, nowadays, functions the dispositive of the culture of aversion to fat, that is, a heterogeneous network of strategically targeted elements for the government of bodies, in order to prevent and control overweight. Based on the understanding that the discourses from Health Sciences, somehow, seem to be involved in the arrangements of the dispositive of the culture of aversion to fat, I looked for investigate how the professional teams of the Family Health Strategy (FHS) through their practices for prevention and control of overweight, are associated with such dispositive. For this, I performed a research using ethnographic tools in some practices of health promotion carried out by professionals from a Health Unit (HU). I followed the meetings of a group of weight loss and the activities related to the School Health Program conducted by these professionals in an Elementary School enrolled in this HU territory. In addition to the field notebook built through participant observation of the practices mentioned above, the analysis also included some Brazilian official documents - *Food Guide for the Brazilian Population*, *Operational Manual for Health and Education Professionals*, *Science in School Today* - provided as theoretical and/or didactical support for health promotion practices formulated and carried out by FHS team. From this analysis, I point out that - through its focused approach in the prevention of disease, pathologisation of overweight, the use of surveillance techniques and the teaching self-control technologies - the professionals of the HU accompanied, by enrolling their health promotion practices in the dispositive of the culture of aversion to fat, ended up reinforcing the stigmatization of overweight, and perhaps exacerbating feelings of worthlessness and body dissatisfaction experienced by some participants. I understand that the movement to think and discuss the stigma of excess weight is necessary, especially for public health professionals involved in the formulation of official documents, activities, training and implementation of health promotion practices. In order that the practices of health promotion, conducted by professionals from FHS can contribute to the discussion of health and aesthetic standards of today; that do not reinforce the stigmatization of overweight; and that bring contributions which enable that care food, engaging in physical activity, among other attitudes of

habits changing, could be experienced as multiple potentials activities – and not only as an effort of adaption to the aesthetic/medical standard of the lean/healthy body.

**Keywords:** Cultural Studies in Education – body – weight excess – Public Health

---

## LISTA DE SIGLAS

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF: Estratégia de Saúde da Família

FAO: Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação

GHC: Grupo Hospitalar Conceição

HAES: Healthy at Every Size

IMC: Índice de Massa Corporal

NASCA: Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

OMS: Organização Mundial da Saúde

PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PSE: Programa Saúde na Escola

SUS: Sistema Único de Saúde

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

US: Unidade de Saúde

---

# SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO .....	13
I.1. Apresentação .....	13
I.1.1. <i>No Mestrado: colecionando alguns rótulos</i> .....	13
I.1.2. <i>Os novos rumos: construindo a pesquisa do Doutorado</i> .....	16
I.2. Criando problema (de pesquisa) .....	18
I.2.1. <i>Outras vozes que falam em mim: histórico do grupo de estudos</i> .....	18
I.2.2. <i>Problema de pesquisa</i> .....	20
2. PREPARANDO A CAIXA DE FERRAMENTAS .....	22
2.1. Primeiros passos: as nutricionistas e a Unidade de Saúde Esperança .....	22
2.2. O encontro com a Escola dos Pinheiros e com o <i>Programa Saúde na Escola</i> .....	26
2.3. Colecionando as palavras e imagens .....	30
2.3.1. <i>Metodologia de coleta e análise dos dados</i> .....	30
2.3.2. <i>Etnografia: algumas características relevantes e um breve histórico</i> .....	32
2.3.3. <i>O papel do investigador</i> .....	35
2.3.4. <i>Aspectos éticos</i> .....	36
3. BREVE HISTÓRIA DA GORDURA: BIOPODER, RISCO E NEOLIBERALISMO .....	39
3.1. As verdades têm sua história .....	40
3.2. Governando os corpos, gerenciando a vida .....	42
3.3. Viver é a arte de “correr” e governar riscos .....	48
3.4. Biopoder no século XX .....	53
3.4.1. <i>Estatística, Epidemiologia e Saúde Pública</i> .....	53
3.4.2. <i>Sistemas de Saúde</i> .....	58
3.4.3. <i>Nova Saúde Pública e promoção da saúde</i> .....	60
3.5. Final do século XX: estilo de vida, saúdismo e a globalização da epidemia do excesso de peso .....	64
3.6. Políticas da gordura (ou a gordura torna-se política) .....	68
3.6.1. <i>Documentos Internacionais</i> .....	69
3.6.1.1. <i>Relatório Dieta, Nutrição e a Prevenção de Doenças Crônicas</i> .....	69

3.6.1.2. <u>Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde</u> .....	73
3.6.2. <u>Políticas e documentos brasileiros</u> .....	76
3.6.2.1. <u>Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)</u> .....	76
3.6.2.2. <u>Guia Alimentar para a População Brasileira</u> .....	78
3.6.2.3. <u>Programa Saúde na Escola (PSE)</u> .....	80
3.6.2.4. <u>O Programa Saúde na Escola no município de Porto Alegre</u> .....	83
4. GOVERNANDO O EXCESSO DE PESO .....	88
4.1. Algumas considerações importantes .....	88
4.2. Procedimentos analíticos .....	90
4.3. Eixos analíticos .....	94
4.3.1. <i>Promoção da saúde ou prevenção das doenças?</i> .....	94
4.3.2. <i>O imperativo da participação da comunidade</i> .....	105
4.3.3. <i>Sempre alerta! - (Auto) Vigilância e gestão de si</i> .....	118
4.3.4. <i>O alimento como referência?</i> .....	130
4.3.5. <i>Os usos do cultural</i> .....	139
4.3.6. <i>Gênero, alimentação e cuidados de si</i> .....	145
4.3.7. <i>Lipofobia</i> .....	149
4.4. Apontamentos finais .....	164
REFERÊNCIAS .....	167
APÊNDICE .....	175



*Nesse final do século XX, em países ditos como ricos, de que nós, pobres comedores, temos medo? De poucas coisas, a não ser dos pesticidas nos nossos legumes, dos hormônios nas nossas carnes, dos nitratos e metais pesados, das carências vitamínicas e dos excessos lipídicos, do sal e do açúcar, das gorduras saturadas, do colesterol nas nossas artérias, das contaminações por listeria (...), da salmonela (...), das vacas-loucas, das radiações do forno de microondas, dos corantes, dos congelados e dos re-congelados, do câncer, do risco de infarto, da constipação. E, sobretudo e mais do que tudo, de engordar.*

Claude Fischler, *Le bon e le sain(t)* (1993:111, tradução minha).

---

# I. INTRODUÇÃO

## I.1. APRESENTAÇÃO

Com o objetivo de esclarecer o processo de criação de minha pesquisa, inicio esta tese de Doutorado, contando alguns aspectos de minha trajetória de estudos – trajetória que agora, modificada pelos “mecanismos misteriosos” da memória humana, poderá parecer bastante linear e coerente, mas que contou com as idas e vindas típicas da construção de ideias.

Apesar da desconfiança de alguns participantes de meu trabalho de campo, e até mesmo colegas, de que eu fosse nutricionista [alguns inclusive ficam intimidados ao comer na minha frente]<sup>1</sup>, eu sou bióloga. Fui professora de Ciências do Ensino Fundamental durante dois anos, lecionando na 7ª série . Após esta experiência em sala de aula, em 2006, ingressei no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, do Instituto de Ciências Básicas da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foi nesta época que conheci melhor a Profª. Nádia Geisa Silveira de Souza, que, desde então, tem sido minha orientadora, companheira e conselheira para assuntos diversos.

### *I.1.1. No Mestrado: colecionando alguns rótulos*

Meu interesse inicial no Mestrado era investigar como o discurso científico aparecia, e quais efeitos criava, em um espaço específico: os rótulos das embalagens. A partir da sugestão de minha orientadora [devo esta a ela até hoje, minha primeira ideia tinha sido rótulos de cosméticos ], escolhi para a análise os rótulos de alimentos *diet* e *light*, por serem ricos em enunciados acerca do corpo – temática-eixo dos estudos de nosso grupo de pesquisa.

---

<sup>1</sup> Utilizo no texto o recurso dos colchetes para permitir que a minha escrita se desdobre em duas vozes: no texto corrido, narro os acontecimentos e construo minhas idéias; no texto entre colchetes traço comentários/reflexões em relação à minha própria escrita.

Assim surgiu a dissertação intitulada “Você é o que você come? Os cuidados com a alimentação: implicações na constituição dos corpos”, cujo referencial teórico básico contou com aportes dos Estudos Culturais e de suas articulações com os Estudos Foucaultianos, na qual havia duas etapas de investigação diferentes.

Na primeira delas, realizei um percurso histórico por cinco momentos da história ocidental, procurando ver como a idéia e a prática do cuidado de si se relacionavam com a alimentação. Iniciei apresentando o modelo de boa conduta proposto pelas doutrinas filosóficas da Grécia Antiga (século IV a.C). Em seguida, delineei a importância e a abrangência da relação entre cuidado de si e alimentação no Alto Império Romano (séculos I e II d. C.), descrito por Foucault (2005) como a “idade de ouro do cuidado de si”, fortemente influenciada pela corrente filosófica do estoicismo. Num terceiro momento, discuti as feições e proposições do cuidado de si no fim da Idade Média e na Renascença (séculos XIV, XV e XVI), época em que a alimentação era considerada de acordo com a posição hierárquica ocupada pelos indivíduos na sociedade. Na sequência, as discussões voltavam-se para o movimento de reforma alimentar surgido entre os anos 1830 e 1840 nos Estados Unidos – iniciado por pregadores protestantes com matizes profundamente religiosas – para, em seguida, trazer os seus desenvolvimentos e posteriores relações com a ciência da Nutrição norte-americana. Finalmente, tratei do momento contemporâneo, a “era do culto ao corpo”, da ditadura da magreza, do *fitness*, cuja emergência teria se dado entre o final dos anos 70 e início da década de 80, do século XX, e que continua bastante difundida até a atualidade.

Neste percurso, o fio condutor foi a investigação das continuidades e, principalmente, das discontinuidades que a relação cuidado de si / alimentação sofreu ao longo do tempo. Este estudo possibilitou mostrar que os cuidados com o corpo (beleza, saúde, boa forma, juventude, por exemplo) e a alimentação, atualmente considerados como assuntos relativos às Ciências da Saúde (Medicina, Nutrição, Bioquímica, entre outras) e da Estética (Medicina Ortomolecular, Medicina Estética, Cosmetologia, Ciência do Movimento, entre outras especialidades), integram uma rede de elementos sociais de diferentes âmbitos, conforme a época, – desejos, valores, moralidade, religiosidade, hábitos culturais, consumo, economia, políticas – que devem ser considerados quando se pretende pensar e problematizar as práticas relacionadas à alimentação contemporânea.

Considerando que os discursos sobre a alimentação saudável e os cuidados de si são noções históricas que designam uma gama de práticas, sujeitos, valores e comportamentos específicos, reunidos e agrupados a partir de determinado lugar, o objetivo desta primeira etapa da dissertação foi conhecer os elementos sociais implicados na constituição dos saberes e das verdades relacionadas às atuais noções de boa alimentação e do adequado cuidado de si, podendo

assim, talvez, gerar condições para reposicionarmos, enfrentarmos e criarmos outros modos de agir em relação a tais verdades e a nós mesmos.

Na segunda etapa da dissertação, analisei os enunciados<sup>2</sup> trazidos pelos rótulos de alimentos *diet* e *light* acerca do corpo e dos cuidados com a alimentação. Nesta análise, assim como nos meus trabalhos mais recentes, utilizo o conceito de enunciado como sendo um conjunto de signos [efetivamente produzidos a partir de uma língua, natural ou artificial] que não funcionam somente como sendo simples marcas materiais, mas que se referem a objetos e a sujeitos, que entram em relação com outras formulações e que são repetíveis. (FOUCAULT, 2009). Desta forma, compreendo que o enunciado é uma performance verbal ou linguística apreciada desde o ponto de vista das suas condições de existência, da qual nos cabe saber como aconteceu que somente tal enunciado tenha existido e não outro (FOUCAULT, 1994).

Para tal análise dos rótulos, utilizei cerca de 20 exemplares contidos em produtos como o cereal matinal *Nesfit*® e o pão *Benefice light*®, selecionados a partir de visitas às lojas da rede de supermercados *Zaffari*, em Porto Alegre, nos anos de 2006 e 2007. Nesta análise, ponderei que tais rótulos de alimentos funcionam como pedagogias culturais<sup>3</sup>, que através de seus enunciados ensinam às pessoas modos de pensar e agir em relação a seus corpos e aos cuidados com a alimentação. Importante destacar que, de acordo com o referencial teórico utilizado, não considerei que os rótulos (ou a mídia, ou a publicidade) determinassem as ações e as percepções dos indivíduos, mas sim que os enunciados mostrados, ao serem tomados como “verdades” num determinado momento sócio-histórico, correlacionavam-se no campo social inscrevendo nos corpos comportamentos, valores e sentimentos.

---

2 O enunciado caracteriza-se por quatro elementos: o referente [algo a que se refere e que identificamos, por exemplo, os cuidados com o corpo]; o sujeito [alguém que efetivamente pode afirmar o que está sendo dito, por exemplo, nutricionistas]; um campo de saber associado [a ciência da nutrição e a epidemiologia, por exemplo]; e a materialidade do enunciado [forma concreta com as quais aparece em diferentes enunciações, por exemplo, através de frases como “uma dieta rica em anti-oxidantes auxilia no combate aos radicais livres e previne o envelhecimento”] (FISCHER, 2001).

3 No âmbito dos Estudos Culturais temos chamado de pedagogias culturais os ensinamentos, as modalidades de educação que, em nossa época, têm ficado a cargo de outras práticas culturais e/ou instituições que não a escola. A noção de pedagogia cultural possibilita considerar como educativos a mídia impressa, programas de televisão, filmes, desenhos animados, museus, publicidade e os rótulos de alimentos *diet* e *light*, por exemplo. Nos últimos anos, vários estudos vinculados à Linha de Pesquisa de Estudos Culturais em Educação, dos Programa de Pós-Graduação em Educação e de Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde da UFRGS têm trabalhado com esta noção, estudando diferentes materiais e explorando diferentes assuntos: as representações de natureza em propagandas (AMARAL, 1997); os ensinamentos produzidos nas visitas ao Museu de Ciências e Tecnologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul MCT-PUCRS (SCHWANTES, 2002); uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção HIV/AIDS no Brasil, dentre os anos de 1986-2000 (SANTOS, 2002); as representações de gênero, sexualidade, raça, etnia, nação, classe social e natureza produzidas em seis desenhos animados lançados na década de 1990 (KINDEL, 2003); os significados atribuídos à morte e à eutanásia em jornais e revistas brasileiros (WITT, 2007); dentre outros.

Desta forma, os rótulos de alimentos *diet* e *light*, mesmo sem o objetivo explícito de ensinar, transmitem uma variedade de formas de conhecimento que, embora não sejam reconhecidas como tais, são vitais na formação de subjetividades. Do ponto de vista pedagógico, eles não são apenas propagandas ou transmissores de informações nutricionais específicas, mas estratégias que difundem formas de conhecimento implicadas na constituição do comportamento dos indivíduos (CAMARGO, 2008).

Nesses rótulos, o discurso científico – ressignificado para o uso publicitário – tem presença marcante. As tabelas, porcentagens, a atestada presença ou ausência de nutrientes misteriosos para a maioria dos consumidores [gorduras *trans*, por exemplo], a afirmação de o produto ter sido cientificamente testado e aprovado, são alguns dos recursos empregados para conferir a atual legitimidade atribuída ao discurso científico presente nos rótulos dos produtos em questão.

Juntamente com estas “informações científicas”, são trazidas fotos, dicas de comportamento e de cuidados que parecem propor a equivalência entre saúde, magreza e beleza. Tais propostas de cuidado investem na ideia de uma subjetividade somática, automanipulável e encarnada/superposta no corpo (ORTEGA, 2008). Suas propostas de cuidado ficam centradas na esfera individual, buscando responsabilizar cada um pelo gerenciamento da saúde de seu corpo, sem explorar os âmbitos sociais amplos vivenciados por todos nós.

Como conclusão desta análise, procurei chamar atenção para a necessidade da inclusão nas programações curriculares deste tipo de material, que ensina “do lado de fora da escola”, propiciando a oportunidade de uma discussão crítica acerca de tais materiais que nos interpelam cotidianamente.

### **1.1.2. Os novos rumos: construindo a pesquisa do Doutorado**

Ao realizar as análises dos rótulos de alimentos *diet* e *light*, pude perceber, através de seus enunciados acerca do corpo, da alimentação e do cuidado de si, o funcionamento de um **dispositivo** – o qual denominei cultura de aversão à gordura.

Em meus estudos, tenho utilizado tal termo de acordo com a acepção proposta por Foucault (2006d), de que o dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre um conjunto heterogêneo de discursos, de instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, de leis, de medidas administrativas, de enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, que possui uma determinada função estratégica dominante.

Nestes rótulos, a noção do corpo saudável era necessariamente a de um corpo magro, jovem, liso, firme e de contornos bem definidos. Assim como aparecia a ideia de que é uma tarefa de todos adotarem o “estilo de vida saudável”, isto é, comprometer-se com uma rotina de exercícios físicos, ingestão de determinados alimentos [de preferência os *diet* e *light*], a vigilância constante do peso e o consumo de cosméticos e outros serviços de “upgrade” da forma física [de acordo com as possibilidades financeiras de cada um].

É importante lembrar que os rótulos são partes de peças publicitárias que possuem o objetivo de vender os produtos aos quais representam. No entanto, entendo que os enunciados acerca do corpo e seus cuidados mostrados nesses rótulos, para possuírem um efeito de verdade em nosso contexto sócio-histórico, se apóiam e se reforçam através de sua relação com um conjunto mais amplo de saberes e de instituições. Saberes científicos provenientes das pesquisas nas áreas da Epidemiologia, Nutrição, Cardiologia (entre outros) que afirmam o papel preponderante das dietas e exercícios físicos para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – como o diabetes, a obesidade, a hipertensão, as dislipidemias, as doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer –, às quais se atribuem, direta ou indiretamente, a maioria do volume das ações, procedimentos e custos dos sistemas de saúde. Saberes cujos enunciados acabam por construir e fixar parâmetros de normalidade e anormalidade da massa corporal. Saberes provenientes das pesquisas em saúde pública, que afirmam e reafirmam a responsabilidade individual no manejo do corpo e dos seus cuidados, ensinando os padrões de normalidade da massa corporal estabelecidos; e que promovem as mudanças de “estilo de vida” [sem, em geral, se preocuparem em especificar os seus entendimentos relativos a este conceito] como o caminho para a melhoria na qualidade de vida [cabe o mesmo comentário] de cada um e também de sua comunidade. Saberes da área da biologia molecular, que relacionam o baixo peso com a possibilidade do aumento da longevidade<sup>4</sup>.

Combina-se a tais saberes uma rede discursiva de imagens (de revistas, filmes, televisão, por exemplo) de pessoas belas, jovens, ativas e magras. Soma-se a quantidade cada vez mais crescente de produtos e serviços relacionados aos cuidados com o corpo – academias de ginástica, estúdios de ioga, pilates, centros de Medicina Estética, massagens, cosméticos, alimentos funcionais, *diet*, *light*, ... Acrescenta-se o estatuto moral de bom-cidadão, consciente e responsável, adquirido na atualidade pelo indivíduo que adotou o “estilo de vida saudável”. Desta forma, constitui-se uma rede de saberes, moralidades, instituições e práticas que funcionam estrategicamente na regulação

---

4 É importante salientar que, ao chamar atenção para a relação de saberes científicos com o dispositivo da aversão à gordura, não estou questionando a veracidade ou a validade de seus dados. Estou apenas procurando mapear como tais saberes circulam e atuam na rede social da qual fazem parte.

dos corpos (de suas formas, sua saúde, seus cuidados) – configurando o que chamei de dispositivo da aversão à gordura.

A partir da percepção do funcionamento do dispositivo da aversão à gordura, interessei-me por investigar mais detidamente o papel do campo da saúde no funcionamento de práticas de gerenciamento da massa corporal da população, no presente.

## **I. 2. CRIANDO PROBLEMA (DE PESQUISA)**

### ***1.2.1. Outras vozes que falam em mim: histórico do grupo de estudos***

Antes de apontar os contornos específicos de meu problema de pesquisa, considero importante contar alguns aspectos da “história dos que me cercam”, pessoas e seus trabalhos que foram essenciais no processo de constituição desta pesquisa/pesquisadora. O Grupo de Estudos em Educação e Ciência como Cultura, ao qual me vinculo desde o mestrado, coordenado pelas Professoras Maria Lúcia Castagna Wortmann e Nádia Geisa Silveira de Souza, estabeleceu-se em 1998 a partir da necessidade de se dar maior legitimidade às discussões do modo de constituição da ciência, da biologia e de seu ensino. Nos diversos trabalhos realizados, em sua maioria por biólogos e psicólogos, se tem buscado enfatizar a ciência como cultura, assumindo o caráter construído dessa prática – entendendo que, dentre tantas outras práticas humanas, a ciência é apenas mais uma a produzir um olhar sobre o mundo. Tais trabalhos têm examinado situações implicadas na produção cultural do corpo, da natureza, da saúde e da ciência em situações de sala de aula e fora dela, em diferentes pedagogias culturais.

O “braço do grupo”, coordenado pela Prof<sup>a</sup> Nádia, tem como foco temático o corpo. Nos diferentes estudos, busca-se problematizar o modo como o corpo vem sendo habitualmente pensado e trabalhado nas Ciências Biológicas e da Saúde, qual seja, como um organismo biológico a-histórico e universal – do qual se estudam as estruturas anatômicas, os processos biológicos, os funcionamentos bioquímicos, os mecanismos genéticos. Para isto, os estudos procuram desenvolver o entendimento do corpo como efeito, sempre provisório, de inscrições dos acontecimentos cotidianos. Desta forma, chamam a atenção para as práticas sociais que, desde o nascimento, ou mesmo antes, atuam na constituição de nossos corpos, como a família, a escola, os saberes

médicos, a mídia, entre outros, produzindo marcas, ensinando modos de ser, comportamentos, gostos, valores e sentimentos.

Para a realização destes estudos, o referencial teórico básico têm sido os Estudos Culturais em Educação articulados aos Estudos Foucaultianos. Além disso, os trabalhos de alguns autores que vem tratando a temática do corpo e seus processos de constituição têm servido como fonte de inspiração e debate – como, por exemplo, David Le Breton (*Adeus ao corpo* e *Sociologia do corpo*), Georges Vigarello (*História do corpo*), Denise Bernuzzi Sant’Anna (*Políticas do corpo*), Paula Sibilia (*O homem pós-orgânico* e *O show do eu*), Francisco Ortega (*O corpo incerto*), Deborah Lupton (*Food, the body and the self, Risk and sociocultural theory, The imperative of health* e *The new public health*, produzido em parceria com Alan Petersen), Luis David Castiel (*A Saúde Persecutória: os limites da responsabilidade*), Nikolas Rose (*The Politics of life itself*).

Em seus trabalhos mais recentes, os pesquisadores orientados pela Profª Nádia têm se voltado para investigações acerca do funcionamento do biopoder na atualidade. Nessas pesquisas, entende-se como biopoder a maneira pela qual a racionalidade do governo tende a transformar-se, entre o fim do século XVIII e o início do século XIX, a fim de governar não somente as pessoas, no nível individual, mas o conjunto dos seres humanos constituído em uma população. O biopoder, através de biopolíticas locais, se ocupará da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade, da mortalidade, da ocorrência de doenças, dentre outros aspectos da vida, na medida em que estes se tornam preocupações políticas (FOUCAULT, 2006).

### 1.2.2. Problema de pesquisa

Ao partir do entendimento de que as estratégias biopolíticas do campo da saúde, direcionadas ao estabelecimento de padrões de normalidade/anormalidade da massa corporal e à vigilância das dietas, atividades físicas, doenças (e pré-doenças) associadas ao excesso de peso, encontram-se implicadas na constituição do dispositivo da aversão à gordura, e, sendo assim, ensinam entendimentos, comportamentos, valores e sentimentos que atuam de maneira preponderante na constituição dos corpos e seus cuidados na atualidade, em linhas gerais, interesse-me por investigar:

- ♦ **Como os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>5</sup>, através de suas práticas de prevenção e controle do excesso de peso, relacionam-se com o dispositivo da aversão à gordura.**

Entendo que este movimento de investigação apresenta-se como um assunto de relevância política para a área da educação e da promoção da saúde no Brasil, considerando que discursos contemporâneos em torno de um corpo padrão de beleza/saúde vêm gerando, de modo crescente, sentimentos de insatisfação das pessoas em relação ao próprio corpo.

Tais modelos de cuidados corporais contribuíram para que, em 2006, o Brasil fosse considerado o maior consumidor *per capita* de medicamentos para emagrecer (9,1 doses diárias por mil habitantes), sendo seguido pelos Estados Unidos (7,7) e a Argentina (6,7), de acordo com um relatório elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) [divulgado pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE)] (IBOPE, 2007). Ainda neste sentido, na pesquisa global realizada pela Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica (ISAPS), relativa aos dados do ano de 2009, o Brasil ficou em segundo lugar no número de procedimentos cosméticos cirúrgicos e não cirúrgicos, e foi o país que realizou o maior número de lipoaspirações (ISAPS, 2010). Nesta direção, um estudo realizado em Porto Alegre, com mulheres de 12 a 29 anos, mostrou que

---

<sup>5</sup> Estratégia de Saúde da Família (ESF), denominação mais atual do Programa de Saúde da Família (PSF), é entendida, segundo o Ministério da Saúde brasileiro, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada [o território, conceito central na ESF]. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2009).

somente um terço das que desejavam emagrecer apresentavam IMC<sup>6</sup> compatível com excesso de peso (NUNES *et al*, 2003). Por outro lado, pesquisas realizadas em diferentes cidades brasileiras [incluindo capitais e cidades do interior], com crianças e adolescentes em idade escolar, apresentaram altos percentuais de entrevistados insatisfeitos com seu corpo (PINHEIRO; GIUGLIANI, 2006; PINHEIRO; GIUGLIANI, 2006b; FERNANDES, 2007; TRICHES; GIUGLIANI, 2007;).

Diante disso, considero que se fazem necessárias a análise e a problematização dos moldes e do funcionamento das práticas de prevenção e controle do excesso de peso realizadas pelos profissionais da ESF, procurando ver de que maneira estas se articulam com o dispositivo da aversão à gordura, quiçá reafirmando o modelo atual de saúde/magreza/beleza/felicidade, gerando, assim, “efeitos adversos” de diferentes níveis. Seria, talvez, um movimento inicial para se pensar em ações que contribuam para que as pessoas vejam e sintam-se de outro modo em relação aos seus próprios corpos, menos atreladas à exigência de adaptação a um rígido padrão de normalidade, o que é, a meu ver, um pressuposto para uma saúde melhor.

---

6 Índice de Massa Corporal (IMC), eleito em 1994, pela Força-Tarefa Internacional sobre Obesidade, como o índice mais adequado para o diagnóstico de sobrepeso e obesidade entre adultos, tendo seus valores posteriormente adaptados para o uso em indivíduos a partir dos dois anos de idade. O IMC é calculado dividindo o peso do indivíduo (em quilogramas) por sua altura ao quadrado (em metros). A partir do resultado numérico obtido com esse cálculo, são definidas as seguintes categorias:  $IMC < 18,5$  = baixo-peso;  $18,5 < IMC < 24,9$  = peso normal;  $25 < IMC < 29,9$  = sobrepeso;  $30 < IMC < 34,9$  = obesidade grau I;  $35 < IMC < 39,9$  = obesidade grau II;  $40 < IMC$  = obesidade grau III, a chamada obesidade mórbida. Tais categorias foram definidas a partir dos resultados numéricos obtidos do estudo de uma população referência internacional (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI *et al*, 2004).

---

## 2. PREPARANDO A CAIXA DE FERRAMENTAS

### 2.1. Primeiros passos: as nutricionistas e a Unidade de Saúde Esperança

Entender o funcionamento do dispositivo da aversão à gordura foi a principal contribuição que a pesquisa de Mestrado trouxe para minha trajetória de estudante e pesquisadora. Porém, igualmente importante, foi ouvir as pessoas: eu precisava ver suas atitudes. Precisava ver os funcionamentos.

Tendo finalizado uma pesquisa na qual havia trabalhado com materiais escritos, eu sentia que era fundamental para minha formação acadêmica experimentar uma metodologia que me aproximasse das práticas, das falas. Necessitava de oportunidades de ver, ouvir e, de certa forma, sentir na minha pele os efeitos de tal dispositivo. Era preciso ir a campo. Por isso, desde minha entrada no Doutorado, no início de 2008, comecei a pensar em possíveis locais para a realização de um trabalho de campo.

No primeiro semestre de 2008, conheci o grupo de nutricionistas – duas preceptoras e duas residentes<sup>7</sup>, que integravam o Núcleo de Nutrição da Residência Integrada em Saúde, do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre<sup>8</sup>. Apresentei a este grupo as ideias iniciais de pesquisa, manifestando minha vontade em acompanhar algumas atividades realizadas por elas junto às comunidades nas quais atuavam.

O grupo foi muito simpático e acolhedor, e se mostrou interessado pela pesquisa, ainda bastante genérica. Fui, então, convidada a participar de suas reuniões semanais, assim como para visitar as Unidades de Saúde (US)<sup>9</sup> em que atuavam e acompanhar as

---

7 Nutricionistas residentes são as profissionais em formação específica em Saúde Comunitária; nutricionistas preceptoras são suas supervisoras/professoras/orientadoras.

8 Cabe aqui um agradecimento especial ao meu esposo Enrique Barros, que no início de 2008 era médico residente deste mesmo Serviço, e que fora o responsável por propiciar este precioso contato.

9 Os doze postos de Atenção Básica pertencentes ao GHC configuram-se como Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois contam em suas equipes com profissionais como psicólogos, nutricionistas e odontólogos, que não fazem parte das equipes básicas da Estratégia de Saúde da Família), formadas pelo médico, enfermeiras, técnicos de enfermagem e agentes de saúde.

atividades usuais que lá desenvolviam. Desta forma, acreditavam que eu poderia conhecer a estrutura das US, o fluxo dos serviços prestados, o grupo de profissionais envolvidos na Estratégia de Saúde da Família e nas atividades da Residência, as principais demandas das comunidades e, assim, ir amadurecendo a ideia da pesquisa e decidindo um espaço<sup>10</sup> para ser meu “campo”.

Como pesquisadora da área de Educação em Ciências, que havia realizado estudos de mídia, as US e a própria Residência Integrada em Saúde eram universos desconhecidos para mim, que precisaram ser desvendados pouco a pouco. Comecei acompanhando as reuniões semanais do Núcleo de Nutrição.

Nessas reuniões eram discutidos casos clínicos trazidos pelas residentes e abordados tópicos específicos escolhidos para cada encontro, como transtornos alimentares, amamentação, abordagem à obesidade infantil, entre outros, e orientações específicas das preceptoras. Aos poucos pude ir conhecendo o trabalho das nutricionistas nas equipes das US, entendendo melhor quais são os seus papéis e sua relação com os outros profissionais. Além disso, nestes momentos, fui tomando contato com enunciados trazidos pelas nutricionistas acerca de sua relação com os pacientes e suas abordagens à questão do excesso de peso, de forma que, desde esses contatos iniciais, pude ir mapeando quais discursos pareciam orientar a prática destas profissionais da Estratégia de Saúde da Família. De fato, essas reuniões do Núcleo de Nutrição renderam discussões muito ricas, por isso, optei por incluí-las em meu caderno de campo como episódios que fizeram parte do corpus de análise.

A partir das conversas que acompanhei nessas reuniões, pude ainda conhecer o histórico da construção desse Núcleo de Nutrição, que havia sido recentemente implantado na Residência Integrada em Saúde: a Residência em Nutrição do Grupo Hospitalar Conceição, com duração de dois anos, que passou a ser oferecida em 2007; sendo assim, eu estava acompanhando as duas primeiras turmas de nutricionistas residentes – duas residentes de segundo ano, ingressantes de 2007, e duas residentes de primeiro ano, ingressantes em 2008.

Como se tratava de curso relativamente novo, não havia nutricionistas residentes nas doze US que compõem o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Elas realizavam atividades fixas em algumas US específicas, e, eventualmente,

---

<sup>10</sup> Segundo Foucault (2001: 413), “estamos em uma época em que o espaço se oferece a nós sob a forma de relações de posicionamentos”. Concordando com sua afirmação, compreendo que o espaço que constitui meu “campo” é formado pelo conjunto das relações [de poder/saber] estabelecidas entre todos os envolvidos nas práticas de promoção da saúde estudadas, não importando o espaço físico em que se realizam.

prestavam atendimentos clínicos ou apoio matricial<sup>11</sup> nas outras US, conforme demanda manifestada. Optei por acompanhar a equipe e as atividades da Unidade de Saúde Esperança<sup>12</sup>.

Em maio de 2008, comecei a visitar e acompanhar o funcionamento dos serviços prestados na US Esperança. Fundada em 1991, esta US Esperança possuía, na época, uma equipe composta por cerca de 40 profissionais – técnicos de higienização, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, odontólogos, nutricionistas, médicos, agentes de saúde, recepcionistas e administradores – e em seu território de responsabilidade viviam cerca de 15000 habitantes [segundo dados fornecidos pela equipe da US Esperança]. Nesta US, as nutricionistas ofereciam atendimentos clínicos individuais, organizavam um grupo de emagrecimento semanal chamado *Grupo Virando a Mesa* e, ocasionalmente, de acordo com a demanda, organizavam grupos de educação nutricional. Por se tratarem de atividades de promoção à saúde, que envolviam discussão com e entre os participantes, optei por realizar observações no *Grupo Virando a Mesa* – esse seria meu primeiro “campo” [minha idéia inicial era acompanhar atividades conduzidas pelas nutricionistas residentes em parcerias com as escolas inseridas no território da US Esperança; como não havia nenhuma atividade deste tipo sendo realizada naquele momento, optei pelo grupo de emagrecimento, que era o mais próximo do meu plano].

De acordo com a Carta de Ottawa, a promoção da saúde é “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”(BRASIL, 2006b: 21). Um ponto crítico no debate sobre a promoção da saúde é a linha divisória entre esta e a prevenção das doenças. Segundo Buss (2009), o conteúdo teórico destes dois enfoques – tidos como complementares ao processo de saúde-doença, seja no plano individual ou coletivo – se diferencia com mais precisão do que as respectivas práticas. O enfoque da promoção da saúde é mais amplo e abrangente, procurando identificar e enfrentar as macrodeterminantes do processo saúde-doença, e buscando transformá-los

---

11 Segundo Campos, que propôs o conceito em 1999, o apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial [neste caso, prestado pelas nutricionistas residentes e/ou suas preceptoras] pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. “Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial” (CAMPOS; DOMITTI, 2007: 400).

12 Utilizo um nome fictício para a Unidade de Saúde, assim como para os profissionais aos quais me refiro em meu caderno de campo, como forma de atender o acordo de anonimato firmado no Termo de Compromisso Livre e Esclarecido referente a esta pesquisa, o qual se encontra disponível na seção Apêndice.

favoravelmente na direção da saúde. Para a prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final e, portanto, a ausência de doenças seria um objetivo suficiente. No entanto, para a promoção da Saúde, o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde; portanto, a ausência e doenças não é suficiente, já que, perante qualquer nível de saúde registrado em um indivíduo, sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais satisfatórias” (BUSS, 2009: 37). Nesse sentido, caracterizar o *Grupo Virando a Mesa* – um grupo que visa objetivamente a perda de peso – como uma prática de promoção da saúde, poderia ser considerado um equívoco, uma vez que esta prática estaria mais relacionada com o enfoque da prevenção, especialmente da prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). [Para uma maior discussão acerca da indefinição entre estes dois enfoques, vide a seção 4.3.1 desta tese.]

No segundo semestre de 2008, além de acompanhar as reuniões do Núcleo de Nutrição do Grupo Hospitalar Conceição, acompanhei algumas reuniões do *Grupo Virando a Mesa*, um grupo de emagrecimento, para maiores de 18 anos, com reuniões semanais de uma hora e trinta minutos, organizado pela residente de nutrição em parceria com outro profissional da US Esperança. Esses primeiros acompanhamentos não foram registrados no caderno de campo, eles serviram para que eu observasse esse espaço e pensasse sobre as possibilidades para a pesquisa.

No primeiro semestre de 2009, com a entrada de uma nova residente, o grupo ficou a cargo de outra equipe organizadora. Continuei acompanhando as reuniões até julho de 2009, realizando a observação participante nessas reuniões, que compõem parte de meu caderno de campo.

No final de maio de 2009, o Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA) entrou em contato com a US Esperança, informando sobre a existência do *Programa Saúde na Escola (PSE)*. Este programa, instituído em 5 de dezembro de 2007, através do decreto n°.6286, é um projeto de ação intersetorial, que visa articular de maneira permanente as políticas e ações dos Ministérios da Saúde e da Educação, através da aproximação das equipes de ESF com as escolas da rede pública pertencentes a seu território. O profissional do NASCA esclareceu, ainda, que o município de Porto Alegre havia sido incluído neste programa e que a US Esperança, em colaboração com uma escola de seu território de responsabilidade – a Escola dos Pinheiros<sup>13</sup> – preenchia os critérios de inclusão do PSE e estava convidada a participar. Para isso, a US Esperança deveria entrar em contato com a Escola dos Pinheiros, a fim de que, juntas, elaborassem um projeto para a implantação do PSE nesta comunidade escolar.

---

<sup>13</sup> Nome fictício, a fim de atender o acordo de anonimato mencionado na nota anterior.

## **2.2. O encontro com a Escola dos Pinheiros e com o Programa Saúde na Escola**

Tomada de surpresa com a notícia do NASCA, tanto pela novidade que o PSE implicava para a US [que não possuía parcerias com esta escola do território <sup>14</sup>], quanto pela urgência em definir um plano de atividades [que deveria começar a ser implantado no segundo semestre de 2009], a equipe da US Esperança organizou um grupo multiprofissional para encarregar-se das negociações com a escola – formado por duas nutricionistas residentes, pela nutricionista estagiária [aluna de graduação em estágio de formação], pela psicóloga, pela enfermeira residente, pela odontóloga, pela odontóloga residente e pela assistente social residente.

Esse grupo fez contato com a direção da Escola dos Pinheiros e organizou uma reunião com a diretora, as vice-diretoras, a supervisora escolar e os professores [na qual não estive presente e tive conhecimento das discussões e decisões pelos relatos da nutricionista residente], no final de maio de 2009. Nessa reunião, o grupo da US Esperança apresentou a proposta do NASCA para a inclusão da Unidade e da Escola dos Pinheiros no PSE e ressaltou a necessidade da construção conjunta de um plano de atividades.

Após o estudo do material sobre o PSE, disponibilizado no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, no qual são mostrados os diferentes eixos temáticos que poderiam ser trabalhados através do PSE, a equipe da Escola dos Pinheiros apontou que a principal demanda em saúde de sua comunidade escolar era a educação nutricional e a prevenção do excesso de peso e de DCNT. Esta demanda, que havia sido manifestada através de uma pesquisa, realizada no ano de 2008, por uma professora de Ciências com seus estudantes e suas famílias, mostrara uma grande e preocupante porcentagem de obesos, hipertensos e diabéticos dentre os entrevistados.

Os estudantes da quinta série foram escolhidos como público-alvo. Com isso, os profissionais da US Esperança pretendiam formar, após o primeiro ano de atividade do PSE, um grupo de estudantes monitores, para auxiliá-los com as futuras turmas.

Com a negociação entre a US Esperança e a Escola dos Pinheiros mais bem estabelecida, as nutricionistas residentes e as preceptoras contaram-me sobre o PSE e

---

<sup>14</sup> Na época das minhas observações (2008/2009), a US Esperança realizava uma roda de conversa semanal com adolescentes de outra escola pertencente ao território desta US.

convidaram-me a acompanhar as atividades nessa Escola. Muito satisfeita, pois parecia que meus “desejos de pesquisa” começavam a se concretizar, aceitei prontamente o convite. Estabeleci contato por telefone com a direção da escola, apresentei-me como pesquisadora que vinha trabalhando com a US Esperança e agendei uma visita.

Em meu primeiro encontro, apresentei-me para as vice-diretoras, diretora e supervisora escolar como bióloga, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que vinha realizando pesquisa com as nutricionistas da US Esperança. Comentei meu projeto de doutorado em linhas gerais, e expressei minha vontade em fazer das observações das atividades do PSE na Escola dos Pinheiros meu trabalho de campo, minha fonte de dados para a pesquisa. A equipe da Escola dos Pinheiros mostrou-se aberta a minha presença, e ficou, de certa forma, lisonjeada em ser objeto de pesquisa. Fui convidada a retornar em dois dias, para uma visita mais longa, para conhecer melhor a estrutura da escola, os professores e os alunos.

Retornei à Escola dos Pinheiros dois dias depois, pela manhã, e fui embora somente ao final do turno da tarde. Nesta visita, a vice-diretora foi minha anfitriã. Mostrou-me o espaço físico da escola, composta por um prédio de dois andares e cerca de dez salas de aula – no qual também ficavam as salas da diretoria, da vice-diretoria, da supervisão escolar, dos professores, a cozinha e o refeitório. Havia também, ao lado deste prédio, dois pavilhões de madeira com mais quatro salas de aula cada e um pátio grande e descoberto. Em seu aspecto geral a escola não era muito bonita. De aparência danificada e pichada, ainda estava com um problema no telhado do prédio principal, fazendo com que nos dias de chuva, poças se acumulassem por entre as salas – pude ver algumas delas, pois na véspera de minha visita havia chovido bastante. A cozinha e o refeitório eram pequenos – cabiam cerca de trinta pessoas sentadas de cada vez – o que obrigava que houvesse a organização de uma escala de horário de merenda para cada turma.

A vice-diretora informou-me que a Escola dos Pinheiros funcionava desde 1986. Na época, atendia cerca de 630 estudantes. Por ser uma escola de Ensino Fundamental, oferecia turmas de 1ª a 8ª série [sendo que, a partir de 2010, com a ampliação do Ensino Fundamental, foi acrescentado mais um ano].

No final do turno da tarde, eu estava muito feliz, satisfeita. O sentimento do “estar na escola”, a conversa com os estudantes, merendeiras, professores, pais, porteiros. As possibilidades que vislumbrava com a implantação do PSE para minha pesquisa interessaram-me muitíssimo.

Nos dias seguintes, uma dúvida estava latente em minha cabeça: eu deveria seguir com as observações no *Grupo Virando a Mesa*, o qual vinha acompanhando, ou investir no acompanhamento das atividades do PSE na Escola dos Pinheiros? A observação participante no *Grupo Virando a Mesa* estava sendo muito instigante, mas a possibilidade de acompanhar uma atividade de promoção da saúde no ambiente escolar se apresentava como uma chance imperdível.

De fato, em nossos trabalhos conjuntos<sup>15</sup>, paralelos à minha pesquisa de doutorado, vínhamos salientando a tendência ao crescimento da insatisfação corporal entre escolares brasileiros (6 a 18 anos), visto que os jovens encontram-se interpelados e pressionados a se enquadrarem nos padrões estéticos atuais não só pelos meios de comunicação, mas também pelos amigos e pais (FERNANDES, 2007; TRICHES; GIUGLIANI, 2007; PINHEIRO; GIUGLIANI, 2006). Sendo assim, apontávamos que a ocorrência crescente de transtornos alimentares, baixa autoestima, limitações no desempenho psicossocial, depressão e a manutenção da obesidade associadas a uma imagem corporal desfavorável nesta idade, torna necessária a criação de estratégias direcionadas ao questionamento de tais padrões e a busca de uma maior satisfação de crianças e jovens com o seu corpo, por pais, educadores e profissionais de saúde (SOUZA; CAMARGO, 2008). Associada a estes apontamentos, ressaltávamos a importância da escola como “um espaço privilegiado no aprendizado de conhecimentos sobre o corpo e os cuidados de si” (SOUZA; CAMARGO, 2008: 4).

Mas eis que, em agosto, na primeira semana de volta às aulas, ocorre um imprevisto: a epidemia de gripe A. Com isso, as aulas na Escola dos Pinheiros, assim como em todas as outras escolas no Rio Grande do Sul, foram suspensas até a primeira semana de setembro. Além disso, a US Esperança suspendeu, por tempo indeterminado, todas as atividades de grupo, internas ou externas.

A ocorrência desse imprevisto foi decisiva para os rumos da pesquisa, uma vez que após a suspensão das atividades em grupo da US Esperança por conta da epidemia de gripe A, o *Grupo Virando a Mesa* se desarticulou – e acabou não sendo reativado em outubro, quando as atividades

---

<sup>15</sup> Desde 2007, articulando as pesquisas da Prof<sup>a</sup> Nádia ao meu trabalho de Mestrado – e depois ao de doutorado – temos realizado a Oficina “O Corpo Biossocial” com professores da rede pública e com estudantes de graduação em Pedagogia da UFRGS. Nela a temática da alimentação orienta um conjunto de atividades, nas quais buscamos discutir o corpo e sua construção para além do biológico – trabalhando com a formação dos hábitos alimentares; discutindo modelos de dietas mostrados em revistas femininas; debatendo a idéia do alimento como remédio, mostrada em reportagens e rótulos de alimentos; discutindo os padrões corporais e o uso atual das cirurgias plásticas. A partir destas oficinas, temos produzido artigos – que foram apresentados e publicados em eventos da área de Educação (como o IV Colóquio Luso-Brasileiro sobre Questões Curriculares, realizado em 2008, e o VII Encontro Nacional de Pesquisadores em Educação em Ciências, realizado em 2009).

voltaram ao normal. Em novembro, o grupo foi reorganizado pela equipe de enfermagem, mas perdeu o caráter de grupo de emagrecimento – passando a abordar diversas situações de vida em que se precisa “virar a mesa”, configurando-se mais como um grupo de apoio e desabafo. Devido a esta mudança de caráter do grupo, optei por interromper meus acompanhamentos.

Os resultados puderam ser sentidos também na Escola dos Pinheiros. Com o início do segundo semestre adiado, as turmas ficaram com conteúdos atrasados e pouco espaço para atividades extra, como o *PSE*. Além disso, houve um atraso na entrega dos materiais didáticos e de apoio para serem utilizados nas atividades do programa. Com todas essas ocorrências, no ano de 2009 foi realizada somente uma atividade do *PSE* na Escola dos Pinheiros, como uma espécie de atividade-piloto, para mostrar os resultados das reuniões e planejamentos e para sinalizar o interesse pela efetiva realização do trabalho.

Em maio de 2010, as atividades do *PSE* na Escola dos Pinheiros começaram a ser realizadas de forma sequencial. Conforme dito anteriormente, o público-alvo eram as três turmas de 5a. série da escola – duas no turno da manhã e uma no período da tarde. As atividades eram quinzenais e compreendiam um período de aula. As atividades tiveram continuidade no segundo semestre de 2010, e encerraram-se em novembro. Realizei a observação participante nessas atividades, que compõem parte de meu caderno de campo.

Encerrei minha coleta de dados no final de 2010. Para finalizar esta etapa de coleta, reuni-me com os profissionais da US Esperança para uma última conversa, a fim de realizarmos um balanço das atividades realizadas e das perspectivas para o futuro. Nesta reunião, os profissionais relataram-me que a US Esperança iria sofrer uma diminuição no número de profissionais, e, desta forma, não poderiam seguir realizando as atividades do *PSE* com a periodicidade quinzenal. Tentariam combinar com a escola algumas intervenções pontuais, em datas especiais/comemorativas – como dia da Saúde, dia da Mulher, por exemplo.

## 2.3. Colecionando as palavras e imagens

Nas próximas sessões passo a apresentar, de modo mais específico, o desenho metodológico desta pesquisa. Mas antes de mostrar a escolha final cristalizada, acho interessante discutir o seu processo de definição.

Para o campo dos Estudos Culturais em Educação, aos quais se vincula este trabalho, a escolha de métodos de pesquisa não deve ser feita *a priori*. Pelo contrário, o caminho metodológico deve ser delineado no transcurso da pesquisa, na relação com seu contexto de produção. Isto porque, dentro deste campo de estudos, que não tem uma metodologia distintiva própria, entende-se que não há qualquer garantia sobre quais são as questões importantes a serem levantadas em dados contextos nem como respondê-las. Portanto,

nenhuma metodologia pode ser privilegiada ou mesmo temporariamente empregada com total segurança e confiança, embora nenhuma possa tampouco ser eliminada antecipadamente. A análise textual, a semiótica, a desconstrução, a etnografia, entrevistas, a análise fonêmica, a psicanálise, a rizomática, a análise de conteúdo, o *survey* – todas podem fornecer importantes *insights* e conhecimentos. (NELSON; TREICHLER; GROSSBERG, 1995, p.10)

Cabe ao pesquisador conhecer seus objetos de pesquisa e construir o aparato metodológico mais apropriado para a sua investigação, lançando mão de metodologias tradicionalmente empregadas por outros campos de pesquisa.

### 2.3.1. Metodologia da coleta e análise dos dados

As noções de construção de um aparato metodológico próprio, e de definição processual das questões interessantes a serem investigadas dentro do contexto escolhido para a pesquisa, podem ser percebidas na história que narrei anteriormente a respeito dos meus primeiros contatos com as nutricionistas, com a US Esperança e com a Escola dos Pinheiros.

Foi com base nas percepções que tive, a partir desses contatos, que pude definir que esta pesquisa consiste em um **estudo de cunho etnográfico** que pretendeu investigar como a equipe da Unidade de Saúde Esperança, através de suas práticas de prevenção e controle do excesso de peso, relaciona-se com o dispositivo da aversão à gordura.

A fim de realizar esta investigação, utilizo os dados coletados através da observação participante, que realizei no grupo de emagrecimento Virando a Mesa, no ano de 2009, e nas atividades do *Programa Saúde na Escola*, realizadas na Escola dos Pinheiros nos anos 2009 e, sobretudo, 2010. Estes dados foram coletados através da construção de um caderno de campo, no qual cada atividade acompanhada compõe um episódio.

Além disso, para este estudo de cunho etnográfico, utilizo os dados obtidos através da participação em reuniões e de conversas [não formalizadas como entrevistas] com a equipe da US Esperança, em especial com as nutricionistas. Estas conversas também foram transformadas em episódios de meu caderno de campo.

Cabe salientar que, durante a observação participante, eram realizadas anotações que descreviam as pessoas, os espaços e as atividades, somadas ao registro de falas e impressões. Em um momento posterior, essas anotações eram transformadas em uma espécie de crônica, que narrava as atividades efetuadas pelos profissionais da US Esperança e alguns diálogos travados pelos participantes, articulados a comentários e reflexões minhas sobre as situações ocorridas.

Através deste desenho metodológico, o que pretendi analisar foi um determinado regime de práticas colocado em funcionamento nestas duas instâncias, qual seja, o grupo de emagrecimento e as atividades do PSE na Escola dos Pinheiros, entendendo as práticas “como o lugar de encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõem e das razões que se dão, dos projetos e das evidências” (FOUCAULT, 2006c: 338).

A fim de realizar esta análise de um regime de práticas, Foucault (FOUCAULT, 2006c; HUISMAN, 2004) ressalta que é necessário considerar [além do que se diz e do que se faz, ou seja, das situações acompanhadas na observação participante e dos relatos contidos nas conversas] os documentos oficiais, “analisar programações de conduta que têm, ao mesmo tempo, efeitos de prescrição em relação ao que se deve fazer (efeitos de ‘jurisdição’) e efeitos de codificação em relação ao que se deve saber (efeitos de ‘veridicidade’)” (FOUCAULT, 2006c: 338). Isto porque, apesar serem modelos teóricos ideais, modificáveis e – diria mesmo, em alguns casos – utópicos,

essas programações induzem toda uma série de efeitos no real (o que não quer dizer evidentemente, que elas podem valer em seu lugar e seu espaço): elas se cristalizam nas instituições, informam o comportamento dos indivíduos, servem de grade para a percepção e apreciação das coisas (...) São fragmentos de realidade que induzem esses efeitos de real tão específicos, que são aqueles da divisão do verdadeiro e do falso na maneira como os homens se “dirigem”, se “governam”, se “conduzem” eles próprios e os outros. (FOUCAULT, 2006c: 345-346).

Neste sentido, a análise que realizei do caderno de campo se aliou ao estudo de documentos escritos relevantes para a formulação das atividades acompanhadas. Com relação ao grupo de emagrecimento, utilizo o *Guia alimentar para a população brasileira*, publicado, em 2006, pelo Ministério da Saúde, e que serve como referencial teórico básico das ações de aconselhamento nutricional constituídas no âmbito da Atenção Básica. Quanto às atividades do *Programa Saúde na Escola*, utilizo o *Manual operacional para profissionais de saúde e educação*, que faz parte dos materiais didáticos distribuídos para as equipes de ESF participantes do PSE como subsídio para o planejamento de atividades e dois volumes da revista *Ciência Hoje Na Escola* – um voltado para crianças e outro para adolescentes.

### **2.3.2. Etnografia: algumas características relevantes e um breve histórico**

As estratégias etnográficas de investigação e análise caracterizam-se pela imersão na cultura do grupo a ser estudado. Esta imersão envolve um tempo relativamente longo de estudo, que vai desde os levantamentos preliminares, as negociações para a realização do estudo, passa pela observação participante propriamente dita, até o momento em que o pesquisador encerra seu trabalho de campo (FINO, 2008). De fato, desde minhas primeiras conversas com as nutricionistas – que aconteceram no primeiro semestre de 2008 – até o encerramento do trabalho de campo – no final de 2010 – se passaram dois anos e meio.

Outra importante característica deste tipo de pesquisa, e que motivou minha escolha por essa metodologia, foi o valor dado à subjetividade do pesquisador, que para outros tipos de estudo é vista como um viés, mas que na etnografia é compreendida como uma preciosa ferramenta.

(FINO, 2008). Foi através dela que busquei compreender as complexas relações que aconteciam durante as reuniões do *Grupo Virando a Mesa* e as atividades do PSE.

A etnografia é uma metodologia tradicionalmente utilizada pela antropologia. Ela começou a ser sistematizada em finais do século XIX, quando os antropólogos passaram a coletar, eles mesmos, as informações sobre os povos nativos que estudavam. Antes disso, os pesquisadores eruditos utilizavam-se dos relatos de viajantes e naturalistas, que não possuíam uma sistematização, e que vinham carregados de julgamentos preconceituosos e eram pouco consistentes.

Dentre as figuras que ajudaram a estabelecer a etnografia, a mais conhecida é Bronislaw Malinowski, físico e matemático polonês, que, em 1910, foi para a Inglaterra estudar antropologia. Durante a Primeira Guerra Mundial ele foi à Nova Guiné, a fim de relatar para o governo britânico a situação dos nativos. Ele permaneceu cinco anos em campo, com sua tenda e a máquina fotográfica. Seu método de investigação começava pelo recenseamento da aldeia e pelo mapeamento das relações de parentesco, para em seguida se dedicar ao aprendizado da língua nativa. Através de sua pesquisa ele descreveu a instituição do Kula, um sistema de troca intertribal, por mar, praticado por povos de um extenso círculo de ilhas da Melanésia.

Do outro lado do Atlântico, nos Estados Unidos, Franz Boas – físico prussiano, que foi para os Estados Unidos cursar Geografia – vinha realizando trabalhos de campo desde 1883, dentre os *Inuit* do Canadá. Sua metodologia de pesquisa tinha uma orientação culturalista, diferente da de Malinowski, de cunho mais sociológico. Buscava atentar para os mínimos detalhes de uma cultura, desde uma mulher varrendo sua casa até as múltiplas versões dos mitos. Propunha que os costumes só poderiam ser interpretados dentro da cultura na qual se inserem. Promoveu os mitos e lendas como formas de acesso ao imaginário nativo, fundando uma espécie de etnociência, que confrontava a crença vigente de que estes não eram objetos legítimos de pesquisa. Ele foi o fundador da escola culturalista da antropologia norte-americana, na qual se formaram muitos nomes importantes, como Ruth Benedict, Gregory Bateson e Margareth Mead. Essa escola foi precursora de entendimentos bastante importantes para o tipo de pesquisa que realizo, como a noção de que cada indivíduo vê, compreende, sente e atua no mundo a partir da perspectiva da cultura em que vive.

Foi no seio desta escola culturalista norte-americana que se formou Clifford Geertz, considerado o antropólogo mais influente do final do século XX – e que foi um dos maiores críticos do método etnográfico clássico. A partir da década de 1950, Geertz passou a promover uma antropologia interpretativa, que atentava para a dimensão simbólica dos fatos antropológicos, em oposição à escola funcionalista britânica de Malinowski, que buscava explicar os costumes

nativos a partir de necessidades básicas biológicas e sociais. Para Geertz, as culturas deveriam ser lidas, narradas e interpretadas como textos.

Na décadas de 1980 e 1990, período de intensas críticas ao método etnográfico, Geertz escreveu alguns trabalhos, nos quais questionava a autoridade do etnógrafo e os limites da legitimidade dos dados etnográficos, atentando para o risco do etnocentrismo. Além disso, radicalizou o entendimento do texto etnográfico como uma obra de ficção, uma criação literária do etnógrafo, que não pode reivindicar o direito de estar falando a verdade única a respeito da cultura observada (GEERTZ, 2001).

Após este intenso período de revisão e crítica, a etnografia [agora considerando a criação literária como inerente ao processo de escrita etnográfica, implicando o pesquisador, suas experiências e sensações na construção dos relatos do caderno de campo] continua sendo a metodologia tradicional da pesquisa antropológica, e passou a ser utilizada por outros campos, como a Educação, a Psicologia, as Artes Visuais, a História, por exemplo (FINO, 2008).

Para este estudo, concebido à luz dos referenciais teóricos dos Estudos Culturais da Ciência, aceitar o papel do pesquisador na constituição dos dados da pesquisa não se configura como um viés para as análises, mas sim uma premissa do trabalho. Autores como Bruno Latour e Isabelle Stengers têm contribuído para nos mostrar como, mesmo as metodologias quantitativas das ciências duras, propostas como sendo mais objetivas, comportam inevitavelmente muitos fatores que produzem efeitos na coleta, análise e divulgação dos dados – por exemplo, o pesquisador com seus limites e crenças, questões econômicas, condições técnicas dos aparelhos, influência dentre as agências de fomento. Desta forma, questiona-se o sentido de “descoberta científica”, uma vez que os dados de uma pesquisa caracterizam-se sempre como uma produção operada pelos envolvidos no trabalho.

Por isso, afirmar, aqui, que as minhas preferências [que nem são tão minhas assim, visto que se construíram ao longo de experiências e diálogos com outras pessoas], gostos, humores, memórias, traumas, conhecimentos, entre outros, configuram o formato final dos dados coletados, consiste em um esclarecimento, e não em uma retratação – ponto que procuro aprofundar na seção seguinte.

### 2.3.3. O papel do investigador

*Tudo o que não invento é falso.*  
Manoel de Barros (2003: sem numeração de página)

Quem sou eu nesta pesquisa? Quem são os “investigados”? Em quais momentos é minha voz que fala e em quais momentos falam as vozes dos outros? Quais foram as imagens que meus olhos captaram/produziram e quais imagens me foram narradas/apresentadas a partir de outros olhares?

Estas perguntas refletem uma vontade de separação que, para mim, enquanto pesquisadora inscrita pelo referencial pós-estruturalista em Educação e pelos trabalhos de Michel Foucault, não pode ser completamente operada.

Entendo que não há uma essência perene, seja ela dos sujeitos ou dos fatos, mas diferentes compreensões localizadas e modificáveis deles. Sendo assim, a pesquisa, seus contornos, sua coleta de dados, sua análise, seus resultados e conclusões estão, irremediavelmente, do início ao fim, atravessados pelo meu olhar de investigadora/coletora. Quando penso neste processo, sempre me vem em mente a imagem de uma peneira. Serei eu, que com meu olhar/peneira – cuja granulação foi e é constantemente definida de acordo com minha trajetória de experiências de vida, de estudos – coletarei os relatos/imagens/produtos e, posteriormente, os organizarei em uma bela coleção/análise/tese.

Isso não significa que se tratará de dados falsos, de puras fantasias da minha cabeça. Significa apenas que, se outra pessoa [ou talvez eu mesma, em outro momento], com uma trajetória de vida e estudos diferentes fosse realizar semelhante coleta, a peneira seria outra, com granulação diferente. E, desta forma, outras “pedras” ficariam na peneira, resultando, conseqüentemente, em uma coleção/análise/tese diferente da minha. Mais apropriada? Mais falsa? Mais verdadeira? Depende do juiz/campo de saber que iria julgá-la.

Para além desta premissa, saliento que minha postura durante as atividades do *Grupo Virando a Mesa* e do PSE na Escola dos Pinheiros foi a de uma “observadora superparticipante”. Explico-me. Por ambos os lados, seja da equipe da Escola dos Pinheiros ou da US Esperança, fui percebida com uma pessoa que possuía uma forte legitimidade de fala com relação aos assuntos educacionais, em especial com relação à educação nutricional. Isto devido à posição que eles me conferiam: uma pesquisadora que realiza um Doutorado

junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de maior prestígio do Estado. Desta forma, além do apoio técnico que prestei na aplicação das atividades (auxílio para organizar a roda de estudantes, para ajudar nos recortes e colagens, para explicar e acompanhar as tarefas, para recolher os trabalhos no final da atividade, por exemplo), os profissionais envolvidos esperavam de mim um aceno, um acordo, um balançar de cabeça enquanto apresentavam suas idéias, realizavam suas falas e aplicavam seu plano de atividades. Que fique claro que eu não participei diretamente dos momentos de planejamento destas atividades. Mas, ao final delas, em geral era perguntada minha opinião, que uma vez dada, acabava por interferir nas atividades subsequentes.

Como meu objetivo não foi o de verificar se o grupo de emagrecimento funcionava corretamente ou se o *PSE* estava sendo aplicado efetivamente, mas como tais práticas foram vivenciadas, construídas e transformadas de acordo com os sujeitos que interagiram ali [através de perguntas como: que práticas de governo ocorrem ali? Que relações de saber/poder entram em ação], dentre eles eu mesma, procurei ser suave, mas mostrei meu ponto de vista, meus elogios e por vezes, minhas discordâncias (RABUSKE, 2006). Tentei defender os pontos que acreditava que fossem importantes de serem discutidos – a noção de um corpo biossocial, a idéia da alimentação como um fenômeno cultural, as relações com o dispositivo da aversão à gordura, entre outros. Ao ler certas passagens de meu caderno de campo, percebo que meus comentários surtiram pequenos efeitos. E daí? Dados viesados? Objetivo realizado? Crítica fazendo efeito? Vejo como o movimento da pesquisa, que saiu da minha esfera individual de controle e foi reverberando.

#### **2.3.4. Aspectos éticos**

Antes de destacar as questões mais formais dos aspectos éticos desta pesquisa, como a aprovação no Comitê de Ética e as devoluções aos participantes, gostaria de comentar uma importante questão destacada por Gastaldo e McKeever (2002), ao criticarem o “mito” criado nos últimos anos, em especial na América do Norte, de que toda pesquisa qualitativa é intrinsecamente ética.

Os pesquisadores que partilham desta crença acreditam que, nos estudos qualitativos, os participantes têm maior controle acerca de sua atuação na pesquisa – em

comparação com estudos quantitativos [duplo cego randomizados]. Acreditam também que as relações de poder estão melhor balanceadas, já que os observados podem se negar a participar do estudo ou dificultar a investigação

No entanto, esses pesquisadores não se dão conta da possível violência simbólica que certas perguntas e comentários podem representar para os participantes. Falar, por exemplo, sobre a sensação de desvalia que alguém experimenta em relação ao seu corpo, ou sobre as discriminações e exclusões sofridas devido ao excesso de peso é algo dolorido, que remexe em “fantasmas” profundos. Por isso, é necessário estar atento a maneira como os assuntos são abordados, como e quando as perguntas são formuladas, como interpretamos e representamos os resultados e, ainda, como os dados são difundidos e utilizados. Realizar uma pesquisa qualitativa acerca de um tema sensível, sem que sejam tomados os cuidados anteriormente citados e sem que o pesquisador reflita sobre a utilidade e a importância de se estudar tal tema, pode incorrer em uma espécie de *voyeurismo* intelectual.

Entendo que minha escolha em abordar a temática do dispositivo da aversão à gordura, apesar de possíveis desconfortos que possam ter sido causados a algum participante, constituiu a relevante busca por um entendimento mais aprofundado acerca das condições de possibilidades contemporâneas que sustentam a busca incessante pelos cuidados com o corpo, visando à adaptação aos modelos estéticos/médicos atuais. E nesse sentido, esse estudo, talvez, crie condições para que se interroguem os discursos que circulam em diferentes âmbitos sociais e que funcionam como “guias” dessas práticas de cuidados com o corpo, trazendo subsídios para que os cuidados com a alimentação, dentre outros, sejam vivenciados como atividades de múltiplas potências e não somente como um esforço de adaptação à norma estética/médica do corpo magro/saudável.

Feitas essas considerações, passo, agora, às questões mais burocráticas desta seção de aspectos éticos deste estudo.

Cabe ressaltar que esta pesquisa, que fora inicialmente intitulada “Aprendendo a Comer - Uma análise de como as políticas públicas brasileiras de prevenção e controle do excesso de peso são vivenciadas em uma comunidade do município de Porto Alegre, RS”, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na reunião nº 52, ata nº132, de 16 de julho de 2009, recebendo o número 2008059.

Fica garantido o sigilo aos dados pessoais confidenciais ou que, de algum modo, possam provocar constrangimentos ou prejuízos ao sujeito de pesquisa, coletados durante a observação participante e/ou durante as entrevistas individuais.

Cabe salientar que, ao serem divulgados os dados coletados na observação participante, o nome das pessoas e instituições participantes foi e será trocado por nomes fictícios, a fim de se manter o sigilo.

Todos os participantes que concordaram em participar dessa pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) a ele correspondente, que foi apresentado em duas vias de igual teor. Após a assinatura, uma dessas cópias ficou em posse do respectivo participante ou seu responsável (se for o caso).

Os dados coletados durante o trabalho de campo foram utilizados somente para a pesquisa em questão e ficarão armazenados – na forma de diário de campo – na sala 812 da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Av. Paulo Gama, s/n - 8º andar - Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060 - Fone: (51) 3308 3893), pelo período mínimo de 5 anos.

Com relação à devolução dos resultados aos participantes da pesquisa, além das realizadas imediatamente após o término das atividades acompanhadas nas observações participantes [para os envolvidos na atividade], comprometi-me com o grupo da US Esperança e com a equipe da Escola dos Pinheiros a divulgar os resultados do projeto de pesquisa na forma de Relatórios Parciais e de um Relatório Final.

Cabe ressaltar que, desde 2008, a cada semestre eu tenho apresentado e discutido os andamentos desta pesquisa nas reuniões do Núcleo de Nutrição da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.

Caso seja do interesse dos envolvidos na pesquisa, e de acordo com sua disponibilidade, comprometi-me também a organizar uma apresentação para os profissionais da US Esperança e da Escola dos Pinheiros, com a finalidade de divulgar os resultados coletados e discutir suas análises.

Cabe salientar que um exemplar do texto final da Tese de Doutorado será doado às bibliotecas do Grupo Hospitalar Conceição e da Escola dos Pinheiros, para a consulta de interessados.

---

## 3. BREVE HISTÓRIA DA GORDURA: BIOPODER, RISCO E NEOLIBERALISMO

Comer, comer bastante, sem se preocupar se é suficiente para todos ou se é preciso poupar para o dia seguinte. Comer carnes, pães bem grandes com bastante manteiga, queijos, frutas, doces lindos e coloridos, massas, molhos, bolinhos fritos salgadinhos ou açúcarados. Talvez, este tenha sido o sonho dourado de muitas pessoas, ao longo dos milênios e em diferentes partes do mundo [e que deu origem a muitas histórias e mitos, como o do país da *Cocanha*] – e pode ser que continue sendo, em países onde a “fome” ainda é uma inconveniente companheira cotidiana. Mulheres e homens trabalharam desenvolvendo melhores técnicas de plantio, de pecuária, de beneficiamento, de conservação, de aproveitamento, de preparo. Trabalharam duro para que se tivesse muita, muita, muita comida, poupando trabalho e armazenando energia [e a partir deste aumento na produção e de seu decorrente acúmulo, maiores possibilidades de lucro e de expansão de mercados e/ou de arrecadação de receitas governamentais, que ocorreram desde o século XV com o mercantilismo e o cameralismo<sup>16</sup>].

Vários séculos depois, cercados de cola-colas, sanduíches e sorvetes, parece que vivemos no sonho realizado. Mas qual! Irônica inconstância do desejo humano... Esse não é nosso único sonho. Queremos também descobrir formas de domar nosso apetite, comer o menos possível, gastar mais calorias. Alguns advogam pela volta a uma dieta paleolítica [peixes, carnes e frutas – sem nenhum tipo de alimento preparado ou processado], muito mais saudável e adequada. [Gostaria de ouvir a opinião de um homem das cavernas, desenhando antílopes, fazendo encantamentos, louco pra comer um churrasquinho bem gordo, e com farofa e salada de maionese, se ele soubesse o que é

---

<sup>16</sup> Cameralismo foi o nome de uma corrente do mercantilismo que existiu principalmente na Alemanha, durante os séculos XVII e XVIII. Assim como o colbertismo que existiu na França nessa mesma época, abarca todo um conjunto de práticas ou políticas, mais do que propriamente uma teoria econômica. O cameralismo chegou a constituir uma disciplina acadêmica, com um conteúdo teórico e ideológico mais formal que outras versões do mercantilismo. O termo cameralismo se origina do vocábulo alemão “kammer”, que significa câmara, peça ou cômodo, referindo-se aos quartos nos quais se realizavam reuniões para discutir-se os assuntos tanto comerciais como de governo. A palavra também era usada para referir-se a sala na qual se guardava o tesouro do Estado, sendo que o administrador das finanças reais recebia o título de “camerarius”. Em alemão, ainda na atualidade, se utiliza o termo “kameralforschung”, literalmente ciência da câmara ou ciências camerais, para se referir a administração do Estado.

isso]. E mulheres e homens se colocam novamente a trabalhar [e a trabalhar-se]; dessa vez para resolver o problema do comer demais.

Sem querer levantar, no momento, a polêmica discussão sobre a qualidade de nossa dieta e nossa atividade física e, principalmente, sobre os efeitos disso, dar-se conta desta mudança de “sonho” narrada acima me intrigava. Como foi que comer muito passou a ser um problema? Pergunta que, em minha opinião, fica mais bem formulada da seguinte forma: Como foi que ser gordo passou a ser um problema pessoal e, em especial para esta pesquisa, um problema de saúde pública a ser gerido pelo Estado?

É no sentido de pensar sobre esta questão que se desenvolvem as discussões deste terceiro capítulo. Para isso, retomo o momento de emergência do liberalismo como forma de governo, e a sua relação com o biopoder. Na sequência, discuto o conceito de risco, referenciando as correntes teóricas que se dedicam a estudá-lo e com as quais estabeleço conexões nesta pesquisa. A seguir, comento o desenvolvimento das biopolíticas no século XX, trazendo elementos dos campos da Estatística, Epidemiologia e Saúde Pública. Além disso, realizo uma discussão acerca da emergência do discurso do saúdismo<sup>17</sup> e da globalização da chamada epidemia do excesso de peso. Por fim, apresento e comento o processo de construção de políticas internacionais e nacionais de prevenção e controle do excesso de peso.

### 3.1. As verdades têm sua história

*A verdade, espécie de erro que tem a seu favor o fato de não poder ser refutada,  
sem dúvida porque o longo cozimento da história a tornou inalterável.*

(FOUCAULT, 2006b: 19)

A busca por compreender o processo através do qual um determinado conjunto de enunciados torna-se aceito e legítimo, em um dado momento histórico, consiste em uma investigação acerca de sua política da verdade – entendendo esta como sendo fruto de

---

<sup>17</sup> Tradução minha para o termo *healthism*, proposto por Crawford (1980). Castiel e Álvarez-Dardet (2007), num sentido aproximado, traduzem este termo como *sadiismo*. De certa forma, o discurso do saúdismo propõe uma busca por boa saúde que passa a ser um fim em si mesmo, e não mais um meio para se atingir outros fins.

negociações, de jogos de saber/poder, que vão continuamente definindo e redefinindo o que é aceito como verdadeiro, em momentos históricos específicos.

Em meus trabalhos venho utilizando o entendimento apresentado por Foucault acerca da relação entre saber e poder, qual seja, que o saber está essencialmente ligado à questão do poder, na medida em que, a partir da Idade Clássica, o processo de governo do Estado vem ocorrendo através do discurso da racionalidade, ou seja, da separação entre o científico e o não-científico, entre o racional e o não-racional, entre o normal e o anormal, que vai se efetuar um ordenamento dos indivíduos e do mundo. O disciplinamento do mundo através da produção de saberes locais corresponde ao disciplinamento do próprio poder: de fato, o poder disciplinar quando se exerce através de seus mecanismos, não pode se dar sem a formação, a organização e a circulação de um saber, isto é, de instrumentos efetivos de acúmulo de saber, de técnicas de arquivamento, de conservação e registro, de métodos de investigação e pesquisa, de aparelhos de verificação, etc. (FOUCAULT, 1987; FOUCAULT, 2006e). Sendo assim, o poder não pode disciplinar os indivíduos sem produzir, concomitantemente, a partir deles e sobre eles, um discurso de saber.

Dessa forma, os elementos e os pesos de cada um deles nos jogos de saber/poder vão se modificando ao longo da história: se na Europa da Idade Média o discurso religioso possuía lugar central no estabelecimento dos conhecimentos verdadeiros a respeito do corpo; hoje, para grande parte dos brasileiros e outras pessoas que partilham da cultura ocidental, é o discurso das ciências biomédicas – Bioquímica, Medicina, Nutrição – associado ao discurso estético – em campos como a Cosmetologia, a Medicina Ortomolecular, dentre outros – que, prioritariamente, estabelece o que é verdadeiro [ou cientificamente comprovado, baseado em evidências] com relação ao corpo – sua constituição, seu funcionamento, suas doenças, seus padrões – ao passo que o discurso religioso passou a ter menos força como modelo explicativo, ficando restrito ao âmbito da fé, da crença ou simplesmente do obscurantismo.<sup>18</sup>

Para investigar o processo implicado na constituição de um discurso verdadeiro, tomando os estudos de Michel Foucault como fundamento, parto de uma questão; de um dado do presente, no caso desta pesquisa, o entendimento de que o excesso de peso configura-se como um risco para a população e, conseqüentemente, um problema para o Estado. Em uma investigação que se utiliza de ferramentas genealógicas, busca-se as *condições de possibilidade*: acontecimentos

---

<sup>18</sup> É interessante salientar o movimento, que ocorre na atualidade, de validação de diversas práticas relacionadas aos cuidados de si através de sua medicalização, seja pela presença médica [vide exemplo da acupuntura estética utilizada para “suavizar” e prevenir os sinais da idade], ou pela agregação de discursos de especialistas. Tal movimento ocorre até mesmo com práticas originalmente ligadas a rituais religiosos, como, por exemplo, a ioga ou a meditação, que – atravessados por discursos científicos medicalizantes são prescritos como práticas preventivas de doenças e de aumento da longevidade.

econômicos, políticos, artísticos, científicos que ocorriam em determinada época, possibilitando que determinado discurso emergisse e fosse aceito<sup>19</sup> (FOUCAULT, 2006b).

Importante ressaltar que, em uma investigação na qual se faz uso de ferramentas genealógicas<sup>20</sup>, o que se procura não é a origem da “coisa”, de um conhecimento – algo como a idéia primeira, pura e desinteressada. Através das ferramentas genealógicas, busca-se a investigar as proveniências, a série de acontecimentos – disputas, divergências, interesses, suportes, acasos – que funcionam na produção e afirmação efetiva dos enunciados. Além disso, procura-se tornar visíveis enunciados que, no processo, foram excluídos, silenciados. Nesta investigação das proveniências o que se tenta capturar são as diferentes nuances do cenário no qual emerge o objeto investigado (FOUCAULT, 2006b).

### 3.2. Governando os corpos, gerenciando a vida

A fim de iniciar a investigação sobre proveniências da noção atual de que o excesso de peso corporal constitui uma característica negativa, um verdadeiro risco à saúde da população [nossa questão do presente], remonto ao final do século XVIII, início do século XIX. Naquela época, nos países europeus que mais prosperavam na Revolução Industrial – notadamente na Inglaterra e na França – desenvolveu-se uma nova arte de governo; isto é, uma nova racionalidade na maneira de governar o país, seu território, sua produção e pessoas: o liberalismo, centrado não tanto no território, mas nas relações entre as pessoas e suas produções. Nesta pesquisa, compreendo o conceito de liberalismo como uma prática, como um “modo de fazer” orientado por certos objetivos e que se regula por uma reflexão contínua, e não como uma teoria ou uma ideologia, menos ainda como uma maneira da sociedade se representar. Por isso, a partir do

---

19 Um pequeno exercício para entender esse conceito: será que Robert Hooke teria observado seu pedaço de cortiça e ficado famoso por ser o descobridor [ou inventor?] das células, sem que, ao mesmo tempo, a Europa estivesse vivenciando um momento histórico de efervescência da ciência experimental, da filosofia humanista e de questionamento dos arraigados valores religiosos da Idade Média, o Renascimento? E, também ao mesmo tempo, a tecnologia dos microscópios estivesse sendo construída com as tentativas de Leeuwenhoek, contemporâneo dos debates de Isaac Newton sobre os princípios da óptica?

20 É importante deixar claro que neste trabalho dialogo com *ferramentas genealógicas*, ou seja, busco com um olhar histórico, uma maneira de elaborar questões a respeito da emergência de determinada questão, sem tentar ir a busca de uma origem e sem a tentativa de traçar uma história linear. O que é diferente, em termos de profundidade e abrangência, de realizar a *genealogia* de um determinado assunto/questão/problema, como fez Foucault acerca da loucura, ou dos mecanismos disciplinares, o que envolve uma minúcia, um grande número de materiais acumulados, um longo tempo de pesquisa documental e uma erudição que não são possíveis de se realizar como parte de uma pesquisa de Doutorado.

conceito de liberalismo, procuro investigar certos tipos de racionalidade que são colocadas em funcionamento nos processos pelos quais se procura dirigir, através de uma administração estatal, a conduta dos indivíduos (FOUCAULT, 2004).

Nesta nova racionalidade de administrar o Estado, o princípio-guia geral era tornar o exercício do governo mais econômico e eficaz, calculando suas ações em função da naturalidade dos fenômenos [por exemplo, no caso de uma doença, considerar-se-iam sua distribuição no tempo, no espaço, taxa de mortalidade, taxa de sucesso e custo do tratamento, taxa de sucesso e custo das estratégias preventivas, entre outros aspectos], os quais devem ser conduzidos (FOUCAULT, 2004)<sup>21</sup>.

Neste contexto, emerge e se desenvolve a Estatística, ciência da nova arte de governo, que permitiu conhecer os padrões de distribuição dos fenômenos [seja da produção anual de trigo ou das taxas de mortalidade dos moradores de Londres, com menos de 20 anos, em função da variola] e os custos envolvidos em cada ação específica do Estado para governá-los. De fato, o que se desenvolveu neste momento foi uma nova governamentalidade, isto é, uma “nova maneira de conduzir a conduta das pessoas” (FOUCAULT, 2004: 192). Segundo Foucault, ao utilizar tal conceito ele pretende abordar três aspectos desta condução das condutas:

- 1 – o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer esta forma bem específica e muito complexa de poder, que tem por alvo principal a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança;
- 2 – a tendência que em todo o Ocidente conduziu incessantemente, durante muito tempo, à preeminência deste tipo de poder, que se pode chamar de governo, sobre todos os outros – soberania, disciplina, etc. – e levou ao desenvolvimento de uma série de aparelhos específicos de governo e de uma série de saberes;
- 3 – o resultado do processo através do qual o Estado de justiça da Idade Média, que se tornou nos séculos XV e XVI Estado administrativo, foi pouco a pouco governamentalizado (2006g: 291-292).

Além disso, cabe destacar que, nos trabalhos que utilizam os estudos de Foucault como referencial, este conceito funciona – em termos metodológicos – como uma grade de análise para as relações de poder envolvidas na questão a ser investigada (FOUCAULT, 2004).

---

21 Não estou, com isso, transpondo o processo histórico europeu de forma direta ao que ocorreu no Brasil, o que discutirei posteriormente, mas utilizando-me de estudos foucaultianos para pensar o funcionamento contemporâneo das biopolíticas.

Na governamentalidade liberal<sup>22</sup>, quatro conceitos são importantes: população, liberdade, segurança e risco.

A noção de *população* emergiu em função desta nova forma de conduzir as condutas. Não mais o povo, os habitantes de um determinado território, os súditos de um reino. Mas uma multiplicidade de indivíduos essencialmente ligados à materialidade de onde existem [o bairro, a fábrica, a vila], da qual será possível conhecer e calcular os padrões de distribuição de diversos fenômenos biológicos [taxas de natalidade, doenças, longevidade, fertilidade, entre outros]. A população é o objetivo final do governo das condutas; ou seja, os indivíduos são considerados como instrumentos, a partir dos quais se age para alcançar os objetivos em nível populacional [tomando como exemplo a questão do excesso de peso: apesar das políticas de prevenção e controle do excesso de peso se dirigirem aos indivíduos, sua principal finalidade é diminuir a incidência de DCNT no nível populacional] (FOUCAULT, 2006).

Para entender o funcionamento da governamentalidade liberal, é preciso antes esclarecer que, entre o início do século XVIII e o final do século XIX, a quantidade de liberdade oferecida às pessoas não aumentou, por razões de método e de fato. De método, porque não se pode considerar que a liberdade seja uma espécie de universal, que apresenta variações quantitativas mais ou menos graves ao longo do tempo. De fato, porque não faz sentido julgar a quantidade de liberdade oferecida entre um sistema de governo e outro. Seria *nonsense* querer julgar se uma monarquia administrativa, com seus privilégios estatutários oferece mais ou menos liberdade que um regime “dito liberal, mas que se encarrega de conduzir continua e eficientemente as pessoas, seu bem estar, sua saúde, seu trabalho, sua maneira de ser, de se conduzir e até mesmo sua maneira de morrer” (FOUCAULT, 2004: 64).

De fato, a grande modificação na relação com a *liberdade* estabelecida pela governamentalidade liberal foi a de não somente respeitá-la ou garanti-la, mas a de ser consumidora de liberdade. Esta arte de governo precisa de liberdade para funcionar [liberdade de mercado, liberdade de compra e venda, de livre exercício do direito de propriedade, de discussão], de forma que mais do que assegurá-la, ela precisou produzi-la continuamente.

Neste processo de gestão e organização das condições nas quais as pessoas poderiam ser livres, se instauram limitações, controles e coerções baseados na noção de *risco* – um cálculo

---

22 Comentando este conceito, e sua utilização no momento atual, o autor afirma que “o importante para nossa modernidade, quer dizer, para nossa atualidade, não é então a estatização da sociedade, mas sim o que eu chamaria de ‘governamentalização’ do Estado” (FOUCAULT, 2006: 137); ou seja, a busca por conduzir a conduta dos indivíduos em intrincados detalhes [alimentação, cuidados de si, atividade física, por exemplo] através de estratégias biopolíticas [como as atividades de promoção da saúde acompanhadas nesta pesquisa], criadas com base em cálculos e objetivos formulados pelo Estado [diminuição na incidência das DCNT e a consequente diminuição em custos para o Sistema Único de Saúde].

comparativo dos custos do livre interesse individual com os interesses coletivos [será preciso conduzir a conduta de algumas pessoas, restringindo certas liberdades – como a de pesar o quanto bem entender ou consumir alimentos ricos em gorduras saturadas – para garantir outras liberdades à coletividade – acesso livre e universal a um sistema de saúde público gratuito, por exemplo]. Desta forma, o risco funciona como um elemento para o governo, pois é a partir de seu cálculo que se estabeleceu toda uma série de mecanismos de segurança, cujo objetivo paradoxal será garantir a permanente criação e funcionamento da liberdade (FOUCAULT, 2004: 64).

Os mecanismos de segurança emergem como solução para o problema surgido com o desenvolvimento e expansão das cidades – o da naturalidade da espécie humana [suas necessidades fundamentais, suas doenças, contágios] dentro de um meio artificial [o meio urbano]. Através de cálculos de probabilidades, os mecanismos de segurança buscam atuar no ponto onde os fenômenos irão produzir-se (sejam eles desejáveis ou indesejáveis), para, a partir daí, prescrever soluções [importações de trigo para diminuir os preços em um ano de má colheita, evitando o desabastecimento; vacinações para prevenir ou minimizar os surtos de varíola] e não proibir ou impedir a ocorrência dos fenômenos [proibir o aumento do preço do trigo nacional para evitar o desabastecimento; estabelecer quarentenas para os doentes, proibindo que eles saiam de suas casas como prevenção para os surtos de varíola, ambas medidas que eram adotadas pela razão de Estado que vigorava nos séculos XVI e XVII].

As estratégias dos mecanismos de segurança se diferenciam daquelas próprias aos mecanismos disciplinares<sup>23</sup>, característicos da razão de Estado dos séculos precedentes (XVI e XVII). Os mecanismos disciplinares eram estratégias pensadas para operar no nível do indivíduo isolado, em espaços fechados [quartéis, escolas, hospitais] dentro dos quais funcionavam plenamente e sem limites, de uma maneira centrípeta, centralizadora. Representados iconicamente pela figura do panóptico<sup>24</sup>, os mecanismos disciplinares atuavam no nível do mais tênue detalhe

---

23 Os mecanismos disciplinares são uma modalidade de aplicação do poder que aparece entre o fim do século XVII e o início do século XIX. Eles se caracterizam por um conjunto de técnicas de coerção exercidas segundo um esquadramento sistemático do tempo, do espaço e do movimento dos indivíduos que investem particularmente em atitudes, gestos e corpos. São técnicas de individualização do poder que se preocupam em vigiar os indivíduos e controlar suas condutas, seus comportamentos, suas atitudes, buscando intensificar sua performance, multiplicar suas capacidades e fazê-lo funcionar de forma que seja mais útil (FOUCAULT, 1987; FOUCAULT, 2006).

24 Dentre os dispositivos de vigilância do início do século XVIII, podemos destacar o panóptico, de Jeremy Bentham, um mecanismo arquitetural, utilizado para o domínio da distribuição de corpos em diversificadas superfícies (prisões, manicômios, escolas, fábricas). O panóptico era um edifício em forma de anel, no meio do qual havia um pátio com uma torre no centro. O anel dividia-se em pequenas celas que davam tanto para o interior quanto para o exterior. Em cada uma dessas pequenas celas, havia, segundo o objetivo da instituição, uma criança aprendendo a escrever, um operário trabalhando, um prisioneiro sendo corrigido, um louco tentando corrigir a sua loucura, etc. Na torre havia um vigilante. Como cada cela dava ao mesmo tempo para o interior e para o exterior, o olhar do vigilante podia atravessar toda a cela; não havia nenhum ponto de sombra e, por conseguinte, tudo o que o indivíduo fazia estava exposto ao olhar de um vigilante que observava através de persianas, de modo a poder ver tudo sem que ninguém ao contrário pudesse vê-lo. O panoptismo corresponde à observação total, é a tomada

[postura, gestos, movimentos], distribuindo as coisas segundo um código do que é obrigatório e do que é proibido.

Os mecanismos de segurança, pelo contrário, foram estratégias pensadas para gerenciar séries abertas e atuar sobre os detalhes que são identificados como pertinentes ao nível da população. Dessa forma, eles atuam de maneira centrífuga, tendendo a ampliar-se continuamente por todo o tecido social [campanhas midiáticas de vacinação ou de prevenção da dengue, podem ser citados como alguns exemplos atuais]. Produtos de uma governamentalidade liberal, os mecanismos de segurança operam através de prescrições de condutas, caracterizando-se pela permissividade [funcionam pela promoção de condutas e não pela divisão proibido/obrigatório].

Outra diferença fundamental entre os mecanismos disciplinares e os mecanismos de segurança são os modelos de estabelecimento do normal e do anormal. Os mecanismos disciplinares analisam e decompõem os gestos, os comportamentos; em seguida, estabelecem a norma de conduta e a impõem a cada pessoa individualmente; por fim realizam uma divisão entre aqueles que se adaptam (normais) e os que não se adaptam (anormais), ou seja, primeiro define-se o que é a norma, para em seguida estabelecer quem é o normal [processo ao qual Foucault chamou *normação* (FOUCAULT, 2006: 76)].

Os mecanismos de segurança, por outro lado, analisam a distribuição do fenômeno na população, estabelecendo diferentes curvas de normalidade; para, em seguida e através de um cálculo de custo, estabelecer qual a normalidade mais favorável. A partir disso, buscam-se estratégias para trazer as normalidades desfavoráveis (anormal) o mais próximo possível da normalidade favorável (normal). Neste caso, primeiro se estabelece o normal, para daí deduzir-se a norma a qual todos devem adaptar-se [processo ao qual Foucault chamou *normalização* (FOUCAULT, 2006: 83-84)]. Através deste processo de normalização, identificam-se as parcelas da população que se encontram sob determinado risco, e que devem ser governadas, isto é, conduzidas até se restabelecerem em um patamar de segurança [a normalidade].

Importante salientar que os mecanismos de segurança não substituem os mecanismos disciplinares como estratégia de controle. Eles não atuam no mesmo nível [os mecanismos disciplinares atuam no nível do homem-corpo e os mecanismos de segurança no nível do corpo-espécie], o que lhes permite não se excluírem, mas passarem a funcionar de maneira articulada, complementando-se e reforçando-se [por exemplo, para que a estratégia de prevenção da dengue

---

integral por parte do poder disciplinador da vida de um indivíduo. Ele é vigiado durante todo o tempo, sem que veja o seu observador; nem que saiba em que momento está sendo vigiado. Assim, a vigilância torna-se permanente nos seus efeitos, mesmo que não fosse em sua ação. Mais importante do que vigiar o prisioneiro o tempo inteiro, era que o mesmo soubesse estar sendo vigiado. Em suma, o panóptico desfaz a necessidade de combater a violência física com outra violência física [como acontecia em séculos precedentes nos suplícios], combatendo-a antes, com mecanismos de ordem psicológica (LOPES; SANTOS, 2009).

seja bem sucedida é preciso articular mecanismos de segurança, como campanhas televisivas de esclarecimento sobre os potenciais criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, com mecanismos disciplinares como as vistorias feitas casa a casa, o ensino de técnicas para evitar o acúmulo de água parada e até mesmo as aplicações do “fumacê” nos locais onde são identificados muitos focos de criação de mosquito de difícil erradicação].

Esta articulação entre os mecanismos disciplinares e os mecanismos de segurança permitiu, desde fins do século XVIII, a instalação de uma tecnologia de duas faces – anatômica e biológica, individualizante e totalizante, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida –, que caracteriza um poder cuja função mais elevada é “investir sobre a vida, de cima a baixo” – o biopoder (FOUCAULT, 2007: 152). O funcionamento do biopoder foi fundamental para o desenvolvimento do liberalismo e do capitalismo industrial, relativamente à inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e ao ajustamento dos fenômenos da população aos processos econômicos [através do funcionamento de diferentes biopolíticas], com a finalidade de dar conta das demandas de governo de uma sociedade em vias de industrialização, explosão demográfica e intensa urbanização. Notadamente, a partir do século XIX, com a emergência da governamentalidade liberal, um conjunto de mecanismos de segurança e mecanismos disciplinares [o biopoder] – construídos com base em cálculos estatísticos e epidemiológicos –, tem se difundido e funcionado, especialmente, através de instituições e práticas médicas direcionadas ao governo do corpo e da vida das pessoas [e que, na atualidade se reforçam e se ampliam por seções de jornais, revistas e programas televisivos especificamente voltados para os assuntos de saúde].

O desenvolvimento do biopoder representou a entrada da vida na história e no campo das técnicas políticas, isto é, o ingresso dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder. Nas palavras de Foucault:

No terreno assim conquistado, organizando-o e ampliando-o, os processos da vida são levados em conta por procedimentos de poder e saber que tentam controlá-los e modificá-los. O homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que se podem modificar, e um espaço em que se pode reparti-las de modo ótimo. Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo do controle do saber [Ciências Médicas e Biológicas] e de intervenção do poder [políticas de saúde] (...) O homem, durante milênios, permaneceu o que era para Aristóteles: um animal vivo e, além disso, capaz de existência política; o homem moderno é um animal, em cuja política, sua vida de ser vivo está em questão. (FOUCAULT, 2007: 155-156, comentários meus entre colchetes).

Na seção a seguir tento aprofundar o conceito de risco, no sentido de pensá-lo – tanto em termos de ações quanto em condições consideradas arriscadas – como um elemento no governo dos indivíduos, e assim, da população.

### 3.3. Viver é a arte de “correr” e governar riscos

*A preocupação com o risco trouxe o futuro para o presente e o tornou calculável, usando a inteligibilidade estatística que as leis coletivas de grandes números pareciam prover.*  
Ian Hacking (*apud* MILLER;ROSE, 2008: 98-99, tradução minha)

*O risco está no olho de quem vê.*  
(FOX, 1999: 12)

Antes de passar para a discussão a respeito do funcionamento do biopoder na atualidade, acredito ser importante e interessante deter-me mais especificamente na noção de risco, discutindo os entendimentos que geram e as correntes teóricas de estudo que dele vêm se ocupando, procurando mostrar os diferentes sentidos assumidos pelo termo risco.

Antes da era moderna, risco era um termo ligado às probabilidades de perdas e ganhos, sendo usualmente associado a jogos e investimentos (FOX, 1999). No período moderno, risco passa a ser um termo estritamente negativo, que designa um desfecho indesejável – entendimento próximo ao que consta no dicionário contemporâneo, que define risco como sendo: (1) probabilidade de perigo, geralmente com ameaça física para o homem e/ou para o meio ambiente [risco de vida; risco de infecção; risco de contaminação];(2) probabilidade de insucesso, de malogro de determinada coisa, em função de acontecimento eventual, incerto, cuja ocorrência não depende exclusivamente da vontade dos interessados (HOUAISS;VILLAR, 2001:2462). Na atualidade, o termo risco (e seus derivados) entrou para o léxico popular, sendo usado quase como um sinônimo para perigo ou ameaça (FOX, 2009).<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Michel Foucault, em obras como “A verdade e as formas jurídicas” (1973) e “Os anormais” (1975), discute as proveniências e a emergência das noções de periculosidade e de indivíduo perigoso.

Figura comum em pesquisas científicas, de cálculos de probabilidades, hoje o risco é estudado por diferentes campos de saber – Engenharia, Psicologia, Economia, Medicina e Epidemiologia –, abordado como um fenômeno objetivo dado. Existem, no entanto, outras vertentes de pesquisa, de cunho sócio-cultural, que propõem que o risco não pode ser simplesmente aceito como um fato não problemático, como um fenômeno que pode ser isolado de seus contextos históricos, sociais e culturais. Essas pesquisas dividem-se em três grandes perspectivas sócio-culturais de estudos sobre o risco (LUPTON, 1999).

A *perspectiva cultural-simbólica* ou culturalista, proposta por Mary Douglas<sup>26</sup> e seus colaboradores, teve suas origens nos trabalhos anteriores desta autora acerca das noções de pureza e contaminação. Segundo essa perspectiva, as noções de pureza servem para construir ligações culturais (entre corpos individuais, entre grupos sociais de uma comunidade e entre comunidades). O que é visto como impuro ou contaminado, um perigo para tais ligações culturais, é culturalmente específico e serve para definir as ideias de si e do outro. A noção de risco, trabalhada posteriormente por Douglas, relaciona-se com este esquema pureza versus contaminação. Para ela, a noção de risco é utilizada nas sociedades ocidentais modernas como uma forma de manter as ligações culturais. O risco, ou o estatuto de arriscado, funciona como um julgamento de culpa a certos grupos e instituições, que são assinalados como perigosos, apresentados como ameaças à integridade física ou simbólica da comunidade ou sociedade ao qual pertencem.

A *perspectiva da sociedade de risco*, proposta por Ulrich Beck e Anthony Giddens<sup>27</sup>, busca analisar os fatores macro-estruturais que influenciam o que os autores compreendem como uma intensificação da preocupação com o risco nas sociedades da modernidade tardia (LUPTON, 1999). Tais autores argumentam que os riscos produzidos no contexto da modernidade tardia aumentaram em magnitude e globalizaram-se, de forma que se tornou mais difícil [do que no passado] calcular, gerenciar e evitar os riscos. Além disso, segundo a perspectiva da sociedade de risco, a individualização e a progressiva perda dos vínculos sociais tradicionais, característicos da modernidade tardia, modifica nosso posicionamento perante o risco: somos dispostos como agentes. Ao acreditar em uma grande capacidade de controle, somos individualmente

---

26 Como *Pureza e perigo* (1966), *Risk and culture: an essay on the selection of technological and environmental dangers* (1980) – escrito em co-autoria com Aaron Wildavsky – e *Risk and blame: essays in cultural theory* (1992), estes dois últimos não possuem edições em português.

27 Como *Risk society : towards a new modernity*, *Ecological Politics in the Age of Risk* e *Modernização reflexiva : política, tradição e estética na ordem social moderna* de Ulrich Beck; e *Modernidade e identidade* e *As conseqüências da modernidade* de Anthony Giddens.

responsabilizados pelo gerenciamento de nossas escolhas e atitudes a fim de evitar os riscos. Para os autores que desenvolveram esta perspectiva, o caráter reflexivo da sociedade de risco, isto é, o fato da sociedade [seus produtos, seu modo de vida, seus modelos de consumo] ter se tornado um problema para ela mesma – representa uma crise e uma oportunidade para mudanças sociais.

De acordo com a *perspectiva da governamentalidade* – baseada no trabalho de Foucault – partir do século XVI, desenvolveu-se uma rede de saberes especializados [pedagogia e psiquiatria, por exemplo], acompanhada por aparatos e instituições envolvidas na construção, reprodução, disseminação e prática destes saberes [escolas e hospitais psiquiátricos, seguindo o exemplo anterior]. A produção de tais saberes especializados se intensificou com a emergência do liberalismo (século XVIII e XIX) e sua ênfase na regulação e manutenção da ordem a partir da articulação entre mecanismos de segurança e mecanismos disciplinares. Dentro deste modelo explicativo, a noção de risco é compreendida como uma estratégia governamental heterogênea “através da qual as populações e os indivíduos são monitorados e gerenciados para atingirem os objetivos do humanismo democrático” (LUPTON, 1999:4). Desta forma, o risco funciona como uma estratégia de normalização: aqueles fatores e/ou indivíduos nomeados como “de risco” são acompanhados e manejados de forma a aproximar-se da normalidade estabelecida como mais favorável, isto é, não arriscada [processo discutido na seção anterior, 3.2].

Aproximando-se do entendimento trabalhado pela perspectiva da sociedade de risco, a compreensão atual identificada pela perspectiva da governamentalidade – a de que o risco pode ser racionalmente reconhecido, calculado e evitado – cria a sensação de controle e responsabilização dos indivíduos no gerenciamento dos riscos associados a sua vida.

Esse último ponto, o da responsabilização individual pelos riscos, tem chamado a atenção de autores<sup>28</sup> que trabalham a partir da perspectiva da governamentalidade, os quais apontam que no neoliberalismo contemporâneo tal processo de responsabilização individual dos riscos tem se exacerbado: os discursos e as estratégias governamentais utilizados afastam-se das antigas noções de gerenciamento partilhado dos riscos via segurança social [típico dos governos de bem-estar social de meados do século XX] e aproximam-se da ideia de privatização dos riscos.

---

28 Como Mitchell Dean (1997 *apud* LUPTON, 1999), Pat O'Malley (1996 *apud* LUPTON, 1999) e Deborah Lupton (1999).

Outro aspecto, que diferencia os entendimentos e os estudos sobre o risco realizados nessas diferentes perspectivas, refere-se às compreensões da relação entre perigos e riscos. Segundo os modelos explicativos trabalhados na perspectiva cultural-simbólica, os perigos são naturais, reais, estão dados no mundo; já os riscos são culturais, ou seja, a valoração e a preocupação dispensadas em relação aos perigos são construídas segundo as crenças localizadas de cada comunidade. Para as outras duas perspectivas – a da sociedade de risco e a da governamentalidade – os perigos, eles mesmos, são socialmente construídos a partir “dos julgamentos sobre desfechos adversos ou indesejáveis das escolhas feitas pelos seres humanos”. (FOX, 1999: 19). Tais perigos são, então, invocados como base discursiva para o estabelecimento do que seriam as estimativas de risco, os comportamentos de risco e os grupos de risco. Sendo assim, é a própria identificação e o cálculo dos riscos que dá existência ao perigo e às atitudes e condições perigosas. Desta forma, a noção de risco não cria somente o perigo [a epidemia do excesso de peso, por exemplo], cria também – a partir disso – novos saberes [no campo da Nutrição, da Medicina], novas profissões, [*personal trainer*, *personal diet*], novos produtos [suplementos alimentares emagrecedores, alimentos *diet* e *light*], novas técnicas e novas possibilidades de intervenção nos corpos [cirurgias bariátricas, lipoaspirações].

A partir da década de 1990, numa tentativa de superar as contradições e conflitos causados pela abordagem epidemiológica do conceito de risco na pandemia de HIV – o que acabou gerando o estabelecimento de equivocadas categorias, como “grupo de risco” ou “comportamento de risco”, autores da área da saúde pública passaram a propor a utilização do conceito de *vulnerabilidade*. Com o uso deste conceito, buscaram sintetizar os diferentes elementos associados e associáveis ao processo de adoecimento. Abstendo-se do caráter probabilístico e da pretensão universalizante do conceito de risco, os autores pretendem, com o uso da vulnerabilidade, expressar os “ 'potenciais 'de adoecimento/ não adoecimento relacionados a 'todo e cada um dos indivíduos' que viva em um certo conjunto de condições” (AYRES *et al*, 2009)[sociais, culturais, econômicas, emocionais, entre outras].

Em meus trabalhos, venho compreendendo o risco de maneira aproximada àquela da perspectiva da governamentalidade. Desta forma, ao propor para meu Doutorado uma discussão acerca do processo através do qual o excesso de peso passou a configurar-se como um risco para a população [justificando a criação de um conjunto de políticas e estratégias de prevenção e controle do excesso de peso], meu objetivo é apontar o

surgimento de uma rede de conhecimentos específicos da área da saúde (Biologia, Medicina, Epidemiologia) que, a partir de determinado momento, passaram a identificar que possuir uma massa corporal  $X$  correlacionava-se com uma probabilidade  $Y$  de desenvolver determinados problemas de saúde [associados por sua vez, a um número  $M$  de consultas médicas, a um número  $R$  de uso de medicamento, a um número  $I$  de internações hospitalares, a uma expectativa de vida  $V$ , e assim por diante], enquanto que quem tivesse uma massa corporal maior que  $X$  ( $> X$ ) teria uma probabilidade maior que  $Y$  de desenvolver os mesmos problemas de saúde ( $> Y$ ) – caracterizando assim um grupo de risco [massa corporal  $> X$ ] e a constituição de um novo e material perigo: o excesso de peso.

Além disso, seguindo a racionalidade própria deste modelo de governamentalidade – a de tentar aproximar os desvios [grupos de risco] da normalidade mais favorável – pretendo investigar através deste trabalho, o funcionamento, na atualidade, de estratégias biopolíticas [de mecanismos de segurança e mecanismos disciplinares articulados], no grupo de emagrecimento *Virando a Mesa* e nas atividades do *Programa Saúde na Escola* realizadas na Escola dos Pinheiros, para prevenir que os indivíduos pesem mais que  $X$ , e para tentar trazer aquelas que já pesam mais que  $X$  o mais próximo possível desta faixa de normalidade.

### 3.4. Biopoder no século XX

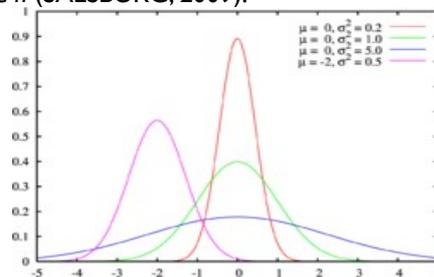
#### 3.4.1. Estatística, Epidemiologia e Saúde Pública

*Para entender as idéias de Deus, precisamos estudar estatística, porque essa é a medida de Seu propósito.*  
 Florence Nightingale (SALSBURG, 2009: 5)

Como já discutido nas seções anteriores, as estratégias biopolíticas são concebidas e organizadas a partir de uma rede de saberes científicos especializados. A partir do final do século XIX, e especialmente no século XX, a produção científica ganhará grandes incrementos – o aperfeiçoamento dos métodos estatísticos e o desenvolvimento da Epidemiologia e da Saúde Pública.

Desde o século XVIII, matemáticos como Blaise Pascal, Abraham De Moivre [que desenvolveu a famosa distribuição normal, ou curva de Gauss<sup>29</sup>] e Pierre Simon Laplace vinham trabalhando a teoria matemática das probabilidades. Mas foi somente no início do século XX, a partir dos estudos biométricos<sup>30</sup> de Francis Galton e, especialmente, com o

29 A distribuição normal (representada no gráfico abaixo) é uma das mais importantes distribuições da estatística, conhecida também como Distribuição de Gauss ou Gaussiana. Além de descrever uma série de fenômenos físicos e financeiros, possui grande uso na estatística inferencial. É inteiramente descrita por seus parâmetros de média e desvio padrão, ou seja, conhecendo-se esses se consegue determinar qualquer probabilidade em uma distribuição normal. Esta foi introduzida pela primeira vez por Abraham de Moivre em um artigo no ano 1733, que foi reproduzido na segunda edição de seu *The Doctrine of Chances* (1738) no contexto da aproximação de distribuições binomiais para grandes valores de  $n$  (SALSBURG, 2009).



**Função densidade de probabilidade para quatro diferentes conjuntos de parâmetros; a linha verde representa a distribuição normal standard (SALSBURG, 2009).**

30 Francis Galton foi um antropólogo, meteorologista, matemático e estatístico inglês. Criou o conceito estatístico de correlação e a amplamente promovida regressão em direção à média. Foi o primeiro a aplicar métodos estatísticos para o estudo das diferenças e herança humanas de inteligência, e introduziu a utilização de questionários e pesquisas para coletar dados sobre as comunidades humanas, o que ele precisava para obras genealógicas e biográficas e para os seus estudos antropométricos (os chamados estudos biométricos). Como um pesquisador da mente humana, ele fundou a psicometria (a ciência da medição das faculdades mentais) e a psicologia diferencial. Era primo de Charles Darwin e, baseado em sua obra, criou o conceito de "Eugenia" que seria a melhoria de uma determinada espécie através da seleção artificial. O primeiro livro importante para a Psicologia de Galton foi

desenvolvimento dos quatro parâmetros das distribuições probabilísticas<sup>31</sup> por Karl Pearson, que os cálculos estatísticos passaram a adquirir as feições que dominaram a ciência do século XX e que permanecem triunfantes, no século XXI (SALSBURG, 2009). Com tais aperfeiçoamentos dos métodos estatísticos e o desenvolvimento da Bioestatística, as Ciências Naturais e da Saúde ganharam ferramentas poderosas e mais eficazes para o estudo da distribuição das probabilidades de ocorrência dos fenômenos, e para a localização dos padrões de normalidade e o estabelecimento dos comportamentos e grupos de risco.

A Epidemiologia, ciência das epidemias, é a base científica para a identificação, definição e gerenciamento de problemas de saúde pública. Desenvolvida desde meados do século XIX na Europa, a Epidemiologia foi e é fundamental para o desenvolvimento das relações de causa e efeito, para o monitoramento das condições de saúde da população e para a avaliação dos serviços de saúde prestados. Na Grã-Bretanha, os estudos de Epidemiologia surgiram a partir dos dados fornecidos pelos censos regulares e pelo sistema centralizado de notificação de nascimentos e mortes, organizados a partir de meados do século XIX, que permitiram a construção de tabelas de expectativa de vida. Seu desenvolvimento foi grande na Grã-Bretanha e França, apoiado pelo movimento higienista de saúde pública – graças ao aprimoramento dos métodos estatísticos, discutidos acima, associados ao desenvolvimento tecnológico de aparelhos como o estetoscópio e aos avanços na microscopia, que permitiram uma identificação mais acurada de patógenos causadores de doenças contagiosas (PETERSEN; LUPTON, 2000).

A partir de meados do século XX, a Epidemiologia passou a constituir um campo de saber acadêmico, passando a fazer parte dos currículos dos cursos de formação dos profissionais da área de saúde, especialmente médicos. Essa passagem da Epidemiologia para o ambiente acadêmico foi acompanhada por uma mudança de perspectiva: o foco, que antes era o controle de doenças infecciosas, passa a ser o monitoramento e a prevenção de problemas de saúde crônicos, como o câncer e as doenças cardíacas

---

*Hereditary Genius* (1869). Sua tese afirmava que um homem notável teria filhos notáveis. O objetivo de Galton era incentivar o nascimento de indivíduos mais notáveis ou mais aptos na sociedade e desencorajar o nascimento dos inaptos. Propôs o desenvolvimento de testes de inteligência para selecionar homens e mulheres brilhantes, destinados à reprodução seletiva (SALSBURG, 2009).

31 Karl Pearson foi figura importante para o desenvolvimento da Estatística como uma disciplina científica séria e independente. Ele foi o fundador do Departamento de Estatística Aplicada na University College London, em 1911 – o primeiro departamento universitário dedicado à estatística em todo o mundo. Em 1901, junto com Francis Galton fundou a revista *Biometrika* cujo objeto era o desenvolvimento da teoria estatística. Ele editou essa revista até a sua morte. Ele também fundou a revista *Annals of Eugenics* (agora *Annals of Human Genetics*), em 1925. O pensamento de Pearson fundamentou muitos métodos estatísticos "clássicos" que são de uso comum atualmente, como os quatro parâmetros da distribuição normal – a média, o desvio padrão, a simetria e a curtose – e o teste de significância Chi-Quadrado (SALSBURG, 2009).

(OPPENHEIMER, 1995: 918). Atualmente, a Epidemiologia é a fonte primordial de conhecimentos e fatos para as ações de saúde pública, atuando em diversas funções regulatórias e de vigilância, como: identificação via método científico dos fatores causadores de doenças, estabelecimento de condições e grupos de risco, prescrição das soluções e intervenções mais efetivas e de menor custo e monitoramento das ações de promoção de saúde oferecidas (PETERSEN; LUPTON, 2000).

O movimento da saúde pública emergiu na Europa pós-Iluminista do século XVIII (sendo mais conhecida na época como movimento de Higiene Social ou Medicina Social), adotando muito dos conceitos e posições filosóficas do Iluminismo – como a ênfase no progresso, a reforma pela razão, educação e ordem social, humanismo e crença no método científico como desvelador das verdades. Acreditava-se que havia leis naturais obscuras que governavam as doenças e epidemias e que estas poderiam ser reveladas através do inquérito científico e da coleta de dados empíricos. Uma vez que tais leis fossem estabelecidas, as doenças poderiam ser controladas, mitigadas e prevenidas através da ação racional deliberada (LUPTON, 1995). No processo de descoberta de tais “leis”, a Medicina Social utilizava-se de dados demográficos, epidemiológicos, estatísticos, sociológicos – campos de saber que se desenvolviam paralelamente na mesma época. Os conhecimentos produzidos pelo movimento de Medicina Social serviram como guias na implantação dos mecanismos de segurança estabelecidos pelos governos liberais em desenvolvimento.

Na Grã-Bretanha das primeiras décadas do século XIX, emergiu o movimento de saúde pública moderno, como uma “resposta aos problemas colocados pela rápida industrialização e a urbanização”. (LUPTON, 1995: 38). Seu foco eram as ações de saneamento básico: acesso à água limpa, esgoto e moradias limpas. Somente no final do século XIX, com o conhecimento dos micróbios, foi que o movimento de saúde pública moderno sofreu alterações significativas em seus objetivos e orientações. A partir deste momento, o foco passou a não ser mais a sujeira visível – não necessariamente maléfica – mas a sujeira invisível [os microorganismos causadores de doenças]. Se antes se policiavam os espaços entre corpos e ambientes, neste momento se passou a vigiar os espaços entre corpos. Operou-se também uma intensificação das biopolíticas, pois se antes os grupos de risco anteriormente associados às más condições sanitárias das camadas mais pobres; com o perigo da “sujeira invisível”, toda a população passou a estar potencialmente em risco.

Outra novidade implantada pelo movimento de saúde pública moderno, considerando o contexto europeu, foram as ações de educação em saúde. Desenvolvidas para as classes de trabalhadores, buscavam esclarecer as vias de transmissão de doenças, prescrever condutas de higiene pessoal, oferecer conselhos sobre planejamento familiar e reprodução [com um forte viés eugenista] e estimular a prática de atividade física – especialmente em idade escolar, como uma forma de higiene físico-mental disciplinadora. A partir da década de 1930, o movimento de saúde pública e os educadores em saúde começaram a utilizar o potencial dos meios de comunicação de massa – como rádio, revistas, jornais, cinemas, panfletos – para promover campanhas educativas. Até a década de 1960, o modelo de saúde pública e educação em saúde se modificou pouco e continuou investindo em sua “obsessão com a higiene e limpeza pessoal e doméstica e no tom moralista das ações de educação em saúde”(LUPTON, 1995: 46).

Cabe salientar mais uma vez que os desenvolvimentos comentados até agora se referem ao contexto europeu, sendo que, para o movimento de saúde pública moderno, vários aspectos também se aplicam aos Estados Unidos, Canadá e Austrália. No Brasil, o desenvolvimento e funcionamento de biopolíticas, nos séculos XIX e XX, têm uma história diferente. Até a chegada da corte portuguesa ao Rio de Janeiro, em 1808, a preocupação com o atendimento em saúde inexistia no país. Os atendimentos eram prestados por pajés, boticários, curandeiros, pelos raríssimos médicos [em 1789, havia no Rio de Janeiro, capital do Império, quatro médicos, que atendiam as poucas pessoas com possibilidade de custear seus serviços] e, principalmente, pelos chamados “barbeiros”. Em 1808, estimulado pelas necessidades da própria corte e da rápida expansão urbana [calcula-se que, em 1820, o Rio de Janeiro possuía uma população de cerca de 110 mil pessoas – sendo 55 mil escravos – que sofria constantemente com epidemias de varíola, das chamadas “doenças venéreas” e até mesmo de peste], o governo imperial criou duas escolas de Medicina, o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. Somente a partir 1860, com o aumento no número de profissionais médicos no país, algumas medidas de saneamento básico passaram a ser implantadas (FILHO, 2008).

As primeiras medidas sanitaristas organizadas foram realizadas durante o governo presidencial de Rodrigues Alves (1902-1906), com a nomeação do médico Oswaldo Cruz, então diretor do recém-fundado Instituto Soroterápico Federal, como Diretor-Geral da Saúde Pública, em 1903. Oswaldo Gonçalves Cruz havia se graduado em Medicina no Rio de Janeiro e estagiou no Instituto Pasteur, na França, onde teve contato com os

desenvolvimentos da microbiologia e epidemiologia. Na volta ao Brasil, organizou o combate ao surto de peste bubônica de 1899, registrado em Santos e outras cidades portuárias brasileiras, através do uso de soro antipestoso e de medidas sanitárias. Como Diretor-Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz coordenou as campanhas de erradicação da varíola e da febre amarela no Rio de Janeiro – através de medidas policiais (invasão de casas, queima de roupas e colchões, por exemplo) e impopulares que culminaram na Revolta da Vacina<sup>32</sup>, causando seu afastamento do cargo. Apesar de seu fim tumultuado, a atuação de Oswaldo Cruz contribuiu na resolução parcial dos problemas e na coleta de dados que ajudaram seu sucessor, Carlos Chagas<sup>33</sup>, a estruturar uma campanha rotineira de ação e educação sanitária (FILHO, 2008).

Em 1930, início da era Vargas<sup>34</sup>, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública. A principal mudança ocorrida no período, com relação ao acesso aos serviços de saúde, foi a criação de um Sistema de Saúde para atendimentos médicos e os Institutos de Aposentadoria e Pensão. No âmbito da prevenção, foram criados órgãos específicos para o combate de endemias, e estabelecidas normativas para a ação sanitária. Passadas várias décadas, as condições de acesso aos serviços de saúde no país pouco se alteraram. O regime militar instaurado com o Golpe de 1964 implantou, mais uma vez, modificações no Sistema de Saúde para atendimentos médicos, pois através da unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão getulistas, criava-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Nestes dois períodos da história brasileira, o foco das ações governamentais em saúde foi ampliar o acesso da população aos atendimentos médicos, ficando restrito a um modelo

---

32 Para erradicar a varíola, Oswaldo Cruz convenceu o Congresso a aprovar a *Lei da Vacina Obrigatória* (31 de Outubro de 1904), que permitia que brigadas sanitárias, acompanhadas por policiais, entrassem nas casas para aplicar a vacina à força. A aprovação da *Lei da Vacina* foi o estopim da revolta: no dia 5 de Novembro, a oposição criava a *Liga contra a Vacina Obrigatória*. Entre os dias 10 e 16 de novembro, a cidade virou um campo de guerra. A população exaltada depredou lojas, virou e incendiou bondes, fez barricadas, arrancou trilhos, quebrou postes e atacou as forças da polícia com pedras, paus e pedaços de ferro. No dia 14, os cadetes da Escola Militar da Praia Vermelha também se sublevaram contra as medidas baixadas pelo Governo Federal. A reação popular levou o governo a suspender a obrigatoriedade da vacina e a declarar estado de sítio (16 de Novembro). A rebelião foi contida, deixando 50 mortos e 110 feridos. Centenas de pessoas foram presas e, muitas delas, deportadas para o Acre. Ao reassumir o controle da situação, o processo de vacinação foi reiniciado, tendo a varíola, em pouco tempo, sido erradicada da cidade do Rio de Janeiro (FILHO, 2008).

33 Carlos Justiniano Ribeiro Chagas foi um médico sanitário, cientista e bacteriologista brasileiro, que trabalhou como clínico e pesquisador. Atuante na saúde pública do Brasil, iniciou sua carreira no combate à malária. Destacou-se ao descobrir o protozoário *Trypanosoma cruzi* (cujo nome foi uma homenagem ao seu amigo Oswaldo Cruz) e a tripanossomíase americana, conhecida como doença de Chagas. Ele foi o primeiro e o único cientista na história da Medicina a descrever completamente uma doença infecciosa: o patógeno, o vetor (*Triatominae*), os hospedeiros, as manifestações clínicas e a epidemiologia (FILHO, 2008).

34 A Era Vargas é o período em que Getúlio Vargas governou o Brasil, por 15 anos ininterruptos (de 1930 a 1945). Essa época foi um divisor de águas na história brasileira, devido às inúmeras alterações que Vargas fez no país, tanto sociais quanto econômicas (CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA DO BRASIL, 2009).

de Medicina curativa. Poucas medidas de prevenção e educação em saúde foram tomadas, sendo que a principal delas foi a criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública.

O pensamento desenvolvido durante este período [século XX], no Brasil, nos campos da Saúde Pública e da Educação em Saúde, se aproximava muito do modelo europeu comentado anteriormente. Seu tom era fortemente moralista; seu objetivo principal era salvar o país do atraso, da degeneração e da catástrofe; seu público alvo eram as camadas mais pobres, as quais se pretendia instruir e educar, para prevenir e erradicar as doenças e a ignorância às quais estavam condenados. (STEPHANOU, 2006). Assim como no caso dos demais países citados anteriormente, a efetiva realização das ações educativas se deu através de duas instituições: a escola e a família – neste último caso, direcionando-se para as mulheres/mães, provedoras e cuidadoras, responsáveis pela saúde da família, que foram [e acredito que ainda são] as interlocutoras privilegiadas de diferentes campanhas educativas/preventivas.

### **3.4.2. Sistemas de Saúde**

Juntamente com o desenvolvimento destes campos de saber científicos – Estatística, Epidemiologia e Saúde Pública –, desenvolveu-se um conjunto de políticas e instituições, a partir das quais as estratégias biopolíticas foram sendo colocadas em funcionamento. Do século XIX até meados do século XX, tais estratégias fravam sob a responsabilidade dos departamentos de Polícia Sanitária, que tinham como função regulamentar o exercício da profissão médica e combater o charlatanismo, exercer o saneamento da cidade, fiscalizar as embarcações, os cemitérios e o comércio de alimentos, com o objetivo de vigiar a cidade para evitar a propagação das doenças.

Foi somente no século XX, e de maneira mais intensa após a Segunda Guerra Mundial, que as estruturas públicas e privadas de atenção à saúde se consolidaram em sistemas de saúde<sup>35</sup>, como conhecemos hoje. Estes sistemas se desenvolveram por conta do “crescimento da participação dos Estados no controle dos diversos mecanismos que afetam a saúde e o bem-estar das populações e comprometem o desenvolvimento das nações”. (LOBATO; GIOVANELLA, 2008: 107). Desta forma, diversos países foram

---

<sup>35</sup> Sistema de Saúde é definido por Lobato; Giovanella (2008) como sendo o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços, e que visam a alcançar resultados condizentes com a idéia de saúde prevalecente na sociedade.

consolidando estruturas com a finalidade de garantir a “prevenção de doenças, a oferta direta de serviço de cura e reabilitação, incluindo o controle e a definição de regras para a produção de alimentos, medicamentos, equipamentos, proteção do meio ambiente”, dentre outros (LOBATO; GIOVANELLA, 2008: 107). O *National Health Service* inglês, criado em 1946, foi o primeiro sistema nacional universal de saúde no Ocidente e em um país capitalista [antes dele, instituído com a Revolução Russa de 1917, existia na União Soviética o sistema público universal *Semashko* – modelo centralizado e inteiramente estatal de acesso universal, que ainda funciona em Cuba].

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) funciona desde 1988, com uma proposta de acesso gratuito e universal, oferecendo serviços coletivos, que se dirigem à prevenção, à promoção e ao controle de ações que têm impacto sobre o conjunto da população (controle ambiental, saneamento, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica), e serviços de assistência médica. Ele é dividido em três diferentes níveis de atenção à saúde. O nível primário, ou Atenção Básica à Saúde, é o primeiro nível de atenção à saúde, segundo o modelo adotado pelo SUS. É, preferencialmente, a “porta de entrada” do sistema de saúde. A população tem acesso a especialidades básicas, que são: clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia. A estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica à Saúde, no âmbito do SUS, é a Estratégia de Saúde da Família, que dispõe de recursos específicos para seu custeio. É responsável pela Atenção Básica à Saúde de uma área determinada [o chamado território]. Cada equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes de saúde) “deve atender no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas, podendo solucionar 80% dos casos em saúde das pessoas sob sua responsabilidade”. (BRASIL, 2006: 22). O nível secundário compreende o atendimento em ambulatórios de especialidades e o nível terciário se refere ao atendimento hospitalar.

O Ministério da Saúde é o órgão federal que gerencia o SUS, financiado pelo governo federal. Ele possui a função de planejar, criar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS. É esse Ministério que formula as políticas nacionais de saúde, mas não é diretamente ele que realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, organizações não governamentais, fundações, empresas, entre outros).

É através do SUS, e prioritariamente através da Estratégia de Saúde da Família, devido à sua pulverização e proximidade com as comunidades, que as biopolíticas formuladas para a população brasileira são, hoje, colocadas em prática [através de

campanhas, orientações médicas, visitas domiciliares, ações de educação e promoção da saúde, como, por exemplo, as campanhas em favor da amamentação].

Além dos agentes diretos (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes de saúde), a Estratégia de Saúde da Família conta com outros parceiros na efetiva implantação de suas atividades de promoção da saúde. Um dos principais são as escolas, ou melhor, continuam sendo as escolas, já que essas são parceiras das ações preventivas e educativas sanitárias desde as primeiras décadas do século XX. Além dessas, as estratégias biopolíticas de promoção em saúde da Estratégia de Saúde da Família contam, na atualidade, com a dinamicidade e grande alcance dos diferentes veículos de comunicação de massa – televisão, rádio, internet, jornais, *outdoors*, entre outros, para auxiliar em suas campanhas educativas.

### 3.4.3. Nova Saúde Pública e promoção da saúde

*Todas as pessoas em todos os países do mundo devem ter, no mínimo, um nível de saúde que as possibilite trabalhar produtivamente e participar ativamente na vida social na qual estão inseridas.*  
(Estratégia Global de Saúde para Todos no Ano 2000, Organização Mundial da Saúde *apud* PETERSEN; LUPTON, 1996: 1, tradução minha)

A saúde pública é um campo de saber em contínuo debate acerca de sua definição e suas atribuições. A partir da década de 1970, emergiu no movimento de saúde pública um novo conjunto de ideias e orientações, baseados em escritos críticos sobre a eficácia e o custo social da Medicina até então praticada. Autores como Thomas McKewon<sup>36</sup> e Ivan Illich<sup>37</sup> foram nomes importantes neste movimento crítico, que buscou destacar a ideia de uma “crise cultural da Medicina moderna”. (LUPTON, 1995: 49).

Neste contexto, os partidários da corrente reformadora da saúde pública passaram a defender que os recursos destinados a saúde deveriam ser direcionados das tecnologias curativas para a prevenção de problemas de saúde [*disease* e *illness*<sup>38</sup> ou doenças e

36 Autor de *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis*, de 1976.

37 Ivan Illich foi autor de uma série de críticas às instituições da cultura moderna. Escreveu sobre educação, Medicina, trabalho, energia, ecologia e gênero. No campo da crítica à instituição médica, sua obra mais conhecida é *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, de 1975.

38 *Disease* é a presença de um processo fisiopatológico definido, que pode afetar o organismo ou qualquer sistema, com um rol de sinais ou sintomas, tendo suas etiologia, patogenia e prognóstico conhecidos ou não. *Illness* é a percepção subjetiva do paciente diante de um processo patológico definido, ou seja, a sensação de estar doente.

enfermidades]. Deste movimento reformador surgiu a Nova Saúde Pública, representada como uma reação ao modelo curativo individualista e de culpabilização das vítimas operado pela saúde pública moderna. Narrada como a “ponta-de-lança dos esforços em saúde pública” rumo ao século XXI, a Nova Saúde Pública teve como foco o ambiente [concebido de maneira ampla, incluindo fatores sociais e psicológicos], atualizando os primórdios do movimento de saúde pública do século XIX, e tem buscado ser um modelo de saúde preventiva holística, que funciona através de estratégias direcionadas à comunidade e orientadas pela noção de saúde, não mais pela doença (LUPTON, 1995: 50).

Um conceito central na Nova Saúde Pública tem sido o de promoção da saúde, um conceito relativamente recente na saúde pública, utilizado pela primeira vez em 1974, em um relatório de Marc Lalonde, então Ministro da Saúde e Bem-Estar Nacional do Canadá. A ideia proposta no Relatório Lalonde é a de que a saúde pública poderia ser melhorada poupando-se os gastos com tratamentos curativos e investindo-se em um modelo preventivo, que atentasse, ao mesmo tempo, para os fatores ambientais e para as escolhas individuais de estilo de vida que afetam a saúde. O relatório de Lalonde marcou o início de uma nova era no movimento de saúde pública, influenciando a publicação de documentos semelhantes na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos (BUSS, 2009; LUPTON, 1995).

Para lidar com uma série de ameaças novas e complexas, a Nova Saúde Pública reuniu além da promoção da saúde, estratégias biopolíticas inovadoras - como o marketing social, a epidemiologia, a bioestatística, os diagnósticos por *screening*, imunizações, participação comunitária, colaboração intersetorial, ecologia, [alinhados com a ideia de mecanismos de segurança] entre outras – combinadas com métodos antigos de controle de epidemias, como a quarentena, o isolamento e a inspeção sanitária [mais relacionados aos mecanismos disciplinares] (PETERSEN; LUPTON, 2000).

Como se trata de uma estratégia preventiva, a promoção da saúde se dirige a todos os indivíduos de diferentes grupos da população, e não somente aos doentes. Com base em sua ênfase dual (ambiente e estilo de vida), muitos aspectos da vida social passaram a ser relacionados à saúde, e tornaram-se campo de intervenção para a ação promocional. Dessa forma, operou-se uma importante mudança de ponto de vista: não mais as doenças causadas por agentes infecciosos, na Nova Saúde Pública o interesse repousa sobre as

---

Segundo Helman (2003), o termo “doença” (*illness*), utilizado para o paciente, denota o que este sente quando procura auxílio médico. Trata-se de uma interpretação subjetiva dele e de todos os que o cercam, incluindo a importância atribuída ao agravo, bem como suas consequências. A pessoa entra no consultório com uma doença (*illness*) e sai com uma enfermidade (*disease*).

doenças produto da sociedade, sintomas da patologia da civilização, causadas pelo *stress* e pelos estilos de vida inadequados, que mostram que a vida moderna é inerentemente prejudicial à saúde (FIGLIO, 1987 *apud* LUPTON, 1995).

A partir da década de 1980, o termo *promoção da saúde* passou a substituir o termo *educação em saúde*, que continuava a carregar as ressonâncias das práticas higienistas das décadas precedentes. Dentro do movimento da Nova Saúde Pública, a promoção da saúde é vista como um avanço da educação em saúde, já que adota um caráter humanista e incentiva ideias de uma saúde positiva e de crescimento pessoal, ao invés de uma postura puramente didática de transmissão de conhecimentos científicos. No entanto, o termo educação em saúde continua a aparecer na literatura produzida pelo movimento da Nova Saúde Pública – por vezes como um sinônimo de promoção da saúde, outras como parte integrante das ações de promoção da saúde –, o que pode ser um indicativo de que, em alguns casos, a mudança pode ter ficado no nível dos termos e não ter atingido, ainda, as práticas de fato (RAWSON, 1992 *apud* PETERSEN; LUPTON, 2000).

Interessante salientar que, enquanto estratégias políticas de governo, a Nova Saúde Pública e a promoção da saúde reúnem um contínuo de interesses que vão do extremo mais conservador até o mais radical. O lado conservador advoga a seu favor por constituírem formas de atribuir aos indivíduos a responsabilidade no gerenciamento de sua própria saúde, diminuindo os gastos públicos com os serviços de saúde. O grupo radical moderado as defende por acreditar que implicam numa redefinição das relações entre cidadãos e Estado, que substitui as formas de cuidado médico institucionalizadas por políticas públicas e ação multissetorial. Os radicais mais extremos acreditam que a Nova Saúde Pública, e especialmente a promoção da saúde são ferramentas de mudança social, que propiciam o desenvolvimento comunitário e encorajam a emancipação dos cidadãos frente ao Estado.

Apesar de a Nova Saúde Pública ser apresentada como aquela que vai além das estratégias e filosofias modernas, concordo com Petersen; Lupton (2000) ao dizerem que ela funciona como um empreendimento moderno, iluminista, que dá ênfase para as avaliações racionalmente construídas de todas as suas atividades [para checar se estas estão funcionando de forma correta]; no qual os dados científicos, médicos ou epidemiológicos são tratados como verdades dadas; e para o qual o conhecimento específico ocupa posição privilegiada em relação aos saberes leigos na definição das condutas adequadas, propostas nas atividades de promoção da saúde.

Desta forma, neste trabalho, a Nova Saúde Pública é tratada como um conjunto de estratégias de governo da população, uma biopolítica relacionada à governamentalidade neoliberal contemporânea, que reativa princípios liberais e enfatiza a noção do indivíduo empresário de si<sup>39</sup> nas questões de saúde e bem-estar (FOUCAULT, 2004; CASTIEL; ÁLVAREZ-DARDET, 2007):

A Nova Saúde Pública é, se nada mais, um conjunto de discursos focado nos corpos e na regulação das maneiras pelas quais esses corpos devem interagir dentro de arranjos particulares de tempo e espaço. Talvez menos óbvio, os discursos da Nova Saúde Pública também visam a guiar a atenção dos indivíduos de forma que esses se tornem mais autorregulados e produtivos tanto em servir seus interesses quanto aqueles da sociedade mais ampla. Ao fornecer parâmetros de normalidade a partir dos quais os indivíduos devem ser avaliados, classificados e monitorados, a ênfase da Nova Saúde Pública é em persuadir as pessoas a se conformarem voluntariamente aos objetivos estabelecidos pelo Estado e outras agências. Este é um conceito crucial do neoliberalismo: o reconhecimento de que nas sociedades contemporâneas o Estado não deve se posicionar como dominador, repressivo ou autoritário, mas preferencialmente como parte de um conjunto de instituições e agências que buscam maximizar o desenvolvimento e a liberdade individual. Conseqüentemente o autogoverno – ou a regulação e o disciplinamento de si como indivíduo autônomo – torna-se um imperativo externo. Dada a persuasão destes imperativos na vida cotidiana, os indivíduos passam a compreender-se como cidadãos em relação com as tecnologias sociopolíticas de governo (PETERSEN; LUPTON, 2000: 11-12, tradução minha).

Ao adotar tal entendimento da Nova Saúde Pública como uma das premissas desta pesquisa, meu objetivo não é o de denunciá-la como opressora dos direitos dos cidadãos, buscando advogar em favor da emancipação deles. Esta seria uma abordagem simplista, que se apoiaria em uma divisão binária entre opressores e oprimidos, os que possuem o poder e os que não o possuem [nada condizente com o entendimento foucaultiano de poder, com o qual opero em minhas análises].

Meu objetivo foi investigar, no processo de definição e funcionamento de estratégias biopolíticas brasileiras [de certa forma, orientadas pela Nova Saúde Pública] direcionadas à prevenção e ao controle do excesso de peso, quais foram os discursos privilegiados (e quais foram silenciados); quais as alianças e os conflitos que foram estabelecidos; quais campos de saber eram usados como suporte; o que contou como conhecimento e como esses foram organizados, controlados, legitimados e disseminados; como se deu o acesso aos conhecimentos-suporte, e como esses conhecimentos eram utilizados pelos agentes de promoção da saúde.

---

39 Figura própria do neoliberalismo, o indivíduo empresário de si é aquele que é, ao mesmo tempo, seu capital próprio, seu próprio produtor e a fonte de seus rendimentos. Para Foucault (2004), o indivíduo empresário de si é a superfície de contato entre o indivíduo e o poder que se exerce sobre ele, na governamentalidade neoliberal.

### 3.5. Final do século XX: estilo de vida, saúdismo e a globalização da epidemia do excesso de peso

*Nas últimas décadas, conforme a mudança nos padrões de beleza e atratividade exigiu que as mulheres (e também, em menor grau, os homens) passassem a ser magras e bem definidas, a ditadura da cultura da beleza fez com que a gula passasse a ser uma forma distinta de ameaça. Mais recentemente, nossa fixação na saúde, nossa quase obscena fascinação com a doença e a morte, e a nossa extremada, impossível esperança que a dieta e o exercício nos permitirá viver eternamente demonizaram o comer em geral e o comer muito em particular. A preocupação exagerada com a saúde e a nossa cultura fixada na morte transformou a gula de um pecado que levava a outros pecados em uma doença que leva a outras doenças.*

(...)

*O tão falado glutão é uma reprovação ambulante de nosso autocontrole, nossa autonegação, e nossa fé vacilante de que se nós nos autovigiarmos, se nós fizermos isso e não fizermos aquilo, então – certamente – a morte não poderá nos tocar.*

(PROSE, 2003:4;58, tradução minha)

A partir da década de 1970, com a forte influência do modelo da Nova Saúde Pública [abordado mais detalhadamente na seção anterior deste capítulo], a pesquisa epidemiológica passou a interessar-se mais pelos fatores relacionados aos estilos de vida [dieta, atividade física, consumo de tabaco e álcool, entre outros]. Esse movimento na pesquisa epidemiológica, que passou a ser utilizada não somente como meio para controle de epidemias, mas como um empreendimento burocrático para racionalizar os recursos dos serviços de saúde, aproximando-se da economia da saúde, também aconteceu com relação ao excesso de peso.

Ao longo das décadas de 1970 e 1980, foi produzido um grande número de estudos sobre as relações entre excesso de peso e diferentes tipos de problemas de saúde.<sup>40</sup> Buscou-se também compreender os efeitos do excesso de peso por faixas etárias e por sexo<sup>41</sup>. Além disso, foram investigadas suas relações com a dieta e a atividade física<sup>42</sup>.

40 Alguns exemplos de artigos da época retirados do portal Pubmed (www.pubmed.gov):

MANN, G.V. "Obesity, the nutritional spook". In: **American Journal of Public Health**. 1971 Aug;61(8):1491-8. / SEDGWICK, J.P. "Obesity - the health hazard of our time". In: **South African Medical Journal**. 1971 Apr 3;45(14):362-70. / HEALD, F.P. "The natural history of obesity". In: **Adv Psychosom Med**. 1972;7:102-15. / GORDON, T.; KANNEL, W.B. "The effects of overweight on cardiovascular diseases". In: **Geriatrics**. 1973 Aug;28(8):80-8. / GOTTLIEB, M.S. "The natural history of diabetes: factors present at time of diagnosis which may be predictive of length of survival". In: **Journal of Chronic Diseases**. 1974 Nov; 27(9-10):435-45. / WOMERSLEY, J. "How dangerous is obesity?" In: **British Medical Journal**. 1977 Jul 9;2(6079):119. / VERDY, M. "Obesity: the most important nutritional disease of our society". In: **Union Médicale Canadienne**. 1980 May;109(5):630-4. / SANKEY, K. "The practical effect of obesity on the insured life-relative risks associated with obesity and various disease states- 'the impaired life'". In: **Postgraduate Medical Journal**. 1984;60 Suppl 3:5-12.

41 Alguns exemplos de artigos da época retirados do portal Pubmed (www.pubmed.gov):

No final da década de 1980, no campo das ciências da saúde, já estavam bem estabelecidas as noções de que o excesso de peso relacionava-se com o aumento de doenças crônicas; e de que os países desenvolvidos e em desenvolvimento estavam frente a uma nova e desafiadora epidemia: a obesidade, causada pelas profundas modificações nos estilos de vida, principalmente em termos de dieta (aumento do consumo de produtos industrializados de alta densidade calórica, ricos em gorduras e açúcares) e atividade física (modos de vida cada vez mais sedentários).

Em 1989, ocorreu a primeira reunião do Grupo de Estudos em Dieta, Nutrição e Prevenção de Doenças Crônicas da Organização Mundial da Saúde, que ficou encarregado de organizar um conjunto de recomendações para servirem de parâmetro para o desenvolvimento de ações de prevenção e redução do impacto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Foi neste contexto que emergiu o discurso do saúdismo, no qual a saúde funciona não somente como uma condição médica, mas como um grupo de conhecimentos usados para acessar diferentes grupos da população, através de variadas estratégias governamentais. Tais conhecimentos não são desenvolvidos e aplicados somente por médicos, mas por professores, líderes comunitários, burocratas, pais, etc.

Através da ideia proposta pelo discurso do saúdismo, a busca por boa saúde passa a ser um fim em si mesmo, e não mais um meio para se atingir outros fins. Nas sociedades – como a brasileira contemporânea – em que este discurso do saúdismo funciona de maneira cada vez mais intensa, os conceitos de saúde e de cuidados com o corpo tornaram-se centrais no processo de construção das subjetividades.

Importante salientar que, com o saúdismo sendo colocado em prática, o corpo ideal passou a ser o corpo civilizado, controlado racionalmente. O objetivo passa a ser o de manter a boa saúde e aumentar a longevidade [sem muitos questionamentos sobre as condições e demandas dessa manutenção].

---

PLAUCHU, M; POUSSET, G; DE MONTGOLFIER, R; VEYRE, B; JANDOT DIT DANJOU, V. "Life and death of obese people. I. The man. Apropos of 199 cases among 445 cases observed from 1951 to 1967". In: **Lyon Médical**. 1970 Jun 21;223(25):1201-15. / PLANCHU, M; POUSSET, G; DE MONTGOLFIER, R; JEANNOT, G. "Life and death of the obese. II. The woman. 462 obese women in 1,144 cases observed from 1951 to 1967". In: **Lyon Médical**. 1970 Jun 28;223(26):1269-86. / DRASH, A. "Obesity and diabetes in childhood". In: **The Journal of the Florida Medical Association**. 1971 May;58(5):38-40.

42 Alguns exemplos de artigos da época retirados do portal Pubmed ([www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov)):

HAMBURG, D.A. "Changing behavior for health". In: **The American Journal of Cardiology**. 1981 Mar;47(3):736-40. / PACY, P.J.; WEBSTER, J.; GARROW, J.S. "Exercise and obesity". In: **Sports Medicine**. 1986 Mar-Apr;3(2):89-113. / HAGLUND, B.J. "Geographical and socioeconomic distribution of overweight and morbidity in a rural Swedish county". In: **Scandinavian Journal of Social Medicine**. 1987;15(1):19-29.

É interessante marcar também, como salientam alguns autores, que, nas sociedades ocidentais contemporâneas, a idéia de corpo [do si, ou *self* para alguns autores] que grande parte das pessoas possui, passou a restringir-se a aparência exterior deste, o que caracteriza a chamada subjetividade somática (ORTEGA, 2008). Os cuidados de si despendidos a esse corpo estruturam-se, então, a partir da tríplice “exercício = boa forma = saúde” (LUPTON, 1995: 71). Possuir esta saúde – espécie de bem cuja posse necessita ser constantemente reafirmada; que é tornada visível através do corpo magro, firme e exercitado – parece ser uma questão de bom gosto, de autonomia, de desenvolvimento pessoal.

Sendo assim, entendo que o discurso científico relativo à prevenção e ao controle do excesso de peso, construído pelo campo das Ciências Médicas a partir das pesquisas realizadas e publicadas, ao ser colocado em prática pelos profissionais de saúde pública, torna-se inevitavelmente carregado de julgamentos morais baseados nas noções do saúdismo [discurso que funciona no atual contexto sócio-histórico e ao qual nenhum de nós está completamente imune]. Desta forma, acredito que as práticas de promoção da saúde [relacionadas ao excesso de peso] passam a fazer parte do dispositivo da aversão à gordura [apresentado e detalhado na seção 1.1.2 da Introdução], atuando, senão como um reforço deste dispositivo, ao menos como uma de suas bases de conhecimentos legítimos, de argumentação.

O discurso do saúdismo e o funcionamento do dispositivo da aversão à gordura também geraram e continuam gerando grandes efeitos econômicos. A partir de finais da década de 1970, ocorreu o desenvolvimento de uma nova gama de produtos e serviços específicos para dieta, exercício físico e estética. Eclodiu a onda das academias, aparelhos de ginástica, vídeos de aeróbica com a Jane Fonda para praticar exercícios sem sair de casa, todos no espírito do *no pain no gain*<sup>43</sup>...

Além desses, surgiram [e continuam a surgir a cada dia] diferentes tipos de dietas, algumas delas vendidas em pacotes semanais prontos para o consumo, *shakes diet*, bermudas anticelulite, aparelhos para o exercício passivo [pequenos “apetrechos de tortura” que emitem suaves choques elétricos que causam contrações musculares, as quais, supostamente, tonificarão, firmarão e definirão os músculos sem nenhum esforço].

Muitos outros produtos e serviços foram e têm sido criados e oferecidos para esta fatia de mercado, reforçando o funcionamento do dispositivo da aversão à gordura.

---

<sup>43</sup> Traduzindo literalmente: *sem esforço, sem resultados*. É um *slogan* de incentivo para praticantes de atividade física, bastante comuns em vídeos e aulas de ginástica [pelo que me lembro, aparecia até em uma música infantil da Xuxa, chamada “Mania de Malhar”, que estimulava o exercício físico dentre as crianças].

Exemplos disso são as variadas revistas destinadas aos cuidados com o corpo e as mais diversas cirurgias plásticas estéticas. Em uma simples pesquisa no Google com a expressão “revista+plástica”, pude encontrar cinco publicações de circulação mensal: “Revista Plástica & Beleza”, “Revista Plástica & Forma”, “Revista Plástica & Estética”, “Revista Estética & Plástica” e “Revista Corpo & Plástica”, a maioria delas vendida em bancas de jornal, livrarias e supermercados e algumas distribuídas gratuitamente em salas de espera de clínicas de Medicina Estética e de cirurgia plástica [cirurgias essas que são atualmente oferecidas até mesmo em regime de consórcio ou parcelamentos em 36 ou 48 meses<sup>44</sup>].

Com o final do século XX e o início de um novo milênio, a sociedade ocidental encontra-se em uma paradoxal situação: vive-se em um mundo cada vez mais gordo que sonha ser cada vez mais magro. Em 2000, a Organização Mundial da Saúde contabilizava que havia no mundo 1 bilhão de pessoas com excesso de peso, sendo que 300 milhões dessas eram obesas. Nesse mesmo período, as DCNT foram responsáveis por 60% das mortes no mundo. E a estes números vultosos somavam-se outros dados importantes: com a globalização de alimentos industrializados e padrões de consumo alimentar, globalizou-se também o excesso de peso – de forma que, se antes este era um problema de países desenvolvidos e em desenvolvimento, ele começava a ser um problema também para países pobres, nos quais desnutrição e excesso de peso conviviam em um mesmo cenário – caracterizando a chamada transição nutricional<sup>45</sup>.

Diante deste quadro global complexo, no qual a expansão da circunferência das cinturas não consegue ser contida, apesar da construção constante de conhecimento sobre os malefícios do excesso de peso, e também do aumento na oferta de produtos, técnicas e serviços para amenizá-lo, intensifica-se a ansiedade frente ao fato de ser [ou ao risco de vir a ser] gordo. Aumenta, ainda, a preocupação de órgãos nacionais e internacionais com relação ao impacto – em termos monetários e de capacidade de atendimento – gerado nos sistemas de saúde pelo excesso de peso e as DCNT a ele relacionadas.

---

44 Pode parecer uma hipérbole minha, mas não é. Para quem quiser investigar mais sobre o assunto, seguem os *links* de alguns sites interessantes: <http://oblogdeplastico.blogspot.com/2009/02/consorcio-de-cirurgia-plastica.html>; <http://www.cirurgia-plastica.com/cirurgia-plastica-parcelada/>; <http://www.plasticaparcclada.com.br/>. Acessados em 09 Nov 2011.

45 Entende-se por transição nutricional, o fenômeno no qual ocorre uma inversão nos padrões de distribuição dos problemas nutricionais de uma dada população no tempo, ou seja, uma mudança na magnitude e no risco atribuível de agravos associados ao padrão de determinação de doenças atribuídas ao atraso e à modernidade, sendo em geral, uma passagem da desnutrição para a obesidade (KAC;VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003).

Ao tentar criar estratégias para o controle e a desejável modificação deste cenário, órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde, irão lançar propostas para a prevenção do excesso de peso, a promoção de dietas mais saudáveis e o incremento da atividade física. Estas propostas repercutirão na forma de políticas de saúde, criadas por diferentes países no início do século XXI. O processo de construção dessas políticas é o que procuro detalhar na próxima seção.

### 3.6. Políticas da gordura (ou a gordura torna-se política)

*O imperativo da saúde:  
ao mesmo tempo, a tarefa de cada um e o objetivo de todos.*  
Michel Foucault (1984a apud LUPTON, 1995: 1; tradução minha)

Após o reconhecimento científico internacional do excesso de peso e das DCNT a ele relacionadas como epidemias crescentes, a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>46</sup> passou a organizar consultas à *experts*, transformando-as em conjuntos de orientações, dados epidemiológicos e de possíveis estratégias para o controle deste quadro em expansão.

Nesta seção apresento a história da construção dessas orientações, assim como de seus reflexos na esfera brasileira: a criação de documentos e políticas de alimentação e nutrição para a prevenção e controle do excesso de peso no país.

No nível internacional, tratarei da construção do Relatório *Dieta, Nutrição e a Prevenção de Doenças Crônicas*, organizado conjuntamente pela OMS e pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), em 2003, e da *Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde*, organizada pela OMS, em 2004.

No nível nacional, discorrerei sobre os aspectos específicos da *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*, aprovada em 1999, que serve de base e regulamenta todas as ações direcionadas à alimentação e à nutrição no Brasil; tratarei também do *Guia Alimentar para a*

---

<sup>46</sup> A OMS é a autoridade coordenadora e diretora para assuntos de saúde no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU). A OMS é responsável por prover liderança em questões de saúde globais, definir a agenda de pesquisa em saúde, fixar normas e padrões, articular opções de políticas baseadas em evidência, prover apoio técnico aos países membros e monitorar e avaliar tendências em saúde. Em 1945, quando os diplomatas se reuniram para formar a ONU, uma das propostas discutidas foi a formação de uma organização de saúde global. Em 7 de abril de 1948 (data na qual, atualmente, celebra-se o Dia Mundial da Saúde), a Constituição da OMS foi aprovada. Atualmente, a OMS é formada por 193 países membros, agrupados em 6 regiões – Região Africana, Região das Américas, Região Européia, Região Sudeste-Asiática, Região do Mediterrâneo Oriental e Região do Pacífico Ocidental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

*População Brasileira*, lançado em 2006 e que consiste em uma adaptação das metas sugeridas na referida *Estratégia Global* para o contexto brasileiro. Apresentarei, ainda o *Programa Saúde na Escola* – instituído em 5 de dezembro de 2007, pelo decreto presidencial de nº 6286 – cuja efetiva implantação em uma escola do município de Porto Alegre foi uma das atividades acompanhadas na pesquisa de cunho etnográfico que realizei.

Diversos órgãos/entidades internacionais e nacionais, e mesmo a própria OMS, organizaram outros encontros e documentos tratando da questão da expansão do excesso de peso e das DCNT. Ciente deste fato, escolho apresentar e comentar neste trabalho somente os documentos citados acima, por considerar que eles têm funcionado como referências básicas para a formulação de documentos internacionais e nacionais. Cabe salientar que, dos documentos propostos nesta seção [3.6], somente o *Guia Alimentar para a População Brasileira* [apresentado no subseção 3.6.2.2] faz parte do conjunto de materiais que compõem o *corpus* de análise desta pesquisa – que serão trabalhados no Capítulo 4.

Ao apresentar a história da construção e o desenvolvimentos dos documentos citados anteriormente, busco mostrar como as políticas traçadas em nível transnacional, transformam-se em políticas nacionais e, consecutivamente, em ações locais, que atingem os indivíduos e a população, como as atividades de promoção da saúde acompanhadas nesta pesquisa.

### **3.6.1. Documentos internacionais**

#### 3.6.1.1. Relatório Dieta, Nutrição e a Prevenção de Doenças Crônicas

No ano de 1989 [como comentado anteriormente na seção 3.5, deste capítulo], a OMS – motivada pela expansão dos números do excesso de peso e DCNT em países desenvolvidos e em desenvolvimento, organizou o primeiro encontro do Grupo de Estudos em Dieta, Nutrição<sup>47</sup> e Prevenção de Doenças Não-Contagiosas da OMS. O

---

<sup>47</sup> Na Introdução da versão de 2003 do *Relatório Dieta, Nutrição e Prevenção de Doenças Crônicas*, procura-se diferenciar dieta de nutrição. A dieta é vista como fazendo parte de um contexto mais amplo, envolvendo escolhas alimentares que se relacionam com questões sócio-econômicas (preços, produção agrícola, distribuição, entre outras) e culturais. A nutrição por sua vez, é definida como fazendo parte do âmbito individual e biológico, relacionando-se com o processo de ingestão, absorção, distribuição e eliminação de nutrientes dos alimentos pelo corpo. No entanto, ao longo do resto do texto esta

objetivo deste encontro foi organizar um conjunto de recomendações acerca da prevenção das DCNT e da redução de seus impactos. Este conjunto de recomendações foi lançado em 1990, no *Relatório Dieta, Nutrição e Prevenção de Doenças Crônicas*.

Em 2002 – como uma forma de dar continuidade aos trabalhos realizados pelo referido grupo de estudos, em 1989 – a OMS, desta vez em parceria com a FAO, realizou a *Consulta à Experts em Dieta, Nutrição e Prevenção de Doenças Crônicas*. Participaram desta Consulta cerca de 30 pesquisadores – europeus, asiáticos, africanos e americanos, além de secretários e representantes da OMS. Esta Consulta resultou na segunda versão, de 2003, do *Relatório Dieta, Nutrição e Prevenção de Doenças Crônicas*.

Neste encontro, os *experts* participantes da consulta:

reconheceram que a crescente epidemia de doenças crônicas que afeta, ao mesmo tempo, países desenvolvidos e em desenvolvimento estavam relacionados com mudanças na dieta e de estilo de vida e estabeleceram como sua tarefa a revisão dos progressos científicos consideráveis que haviam sido feitos em diferentes áreas. (JOINT WHO/FAO, 2003: 1, tradução minha).<sup>48</sup>

Ressaltou-se que, desde o Relatório lançado em 1989, houvera avanços nas evidências epidemiológicas para a determinação dos fatores de risco, nos conhecimentos acerca da evolução das doenças crônicas e no desenvolvimento de intervenções para a diminuição dos riscos. Afirmou-se, ainda, que as mudanças nas dietas e estilos de vida, ocorridas com a industrialização, urbanização e desenvolvimento econômico – que resultaram em um aumento na oferta de alimentos e na diminuição da atividade física cotidiana – eram correspondentes ao aumento das DCNT, especialmente entre as populações mais pobres. Esse aumento, que se tornara “causa significativa de invalidez e mortes prematuras, onerava ainda mais os já sobrecarregados orçamentos destinados à saúde”. (JOINT WHO/FAO, 2003: 2, tradução minha).

Sendo assim, o objetivo da Consulta era o de “inspirar-se nas mais recentes evidências científicas disponíveis e atualizar as recomendações de ações para os governos, agências internacionais e parceiros dos setores público e privado”. (JOINT WHO/FAO, 2003: 2, tradução minha).

---

diferenciação não fica tão clara, sendo que – em alguns pontos – os dois termos são utilizados, aparentemente, como sinônimos (JOINT WHO/FAO, 2003).

<sup>48</sup> As transcrições literais dos documentos internacionais, feitas na seções 3.6.1.1 e 3.6.1.2 deste capítulo, são traduções minhas do original em inglês.

Os países mais pobres e os grupos economicamente desfavorecidos de países desenvolvidos e em desenvolvimento [grupos afetados pelo fenômeno da transição nutricional, nos quais o excesso de peso e as DCNT somam-se ao problema da subnutrição, especialmente de micronutrientes] foram definidos como os focos a serem priorizados pelas políticas de prevenção de excesso de peso e DCNT, pois “as pessoas pobres são as que possuem o maior risco e que possuem o menor poder para realizar mudanças efetivas”. (JOINT WHO/FAO, 2003:8, tradução minha).

Cabe destacar que a nutrição é apontada no documento como a principal determinante modificável para o desenvolvimento de DCNT; além disso, critica-se a postura de alguns países em desenvolvimento, cujas políticas de saúde ainda encontravam-se focadas na subnutrição e não tratavam especificamente das DCNT [que era o caso do Brasil, neste momento histórico, que somente em 2006 lançou o *Guia Alimentar para a População Brasileira*, primeira política dirigida especificamente para as DCNT]. Apesar do objetivo da Conferência focar-se nas questões relativas à dieta e nutrição, os *experts* participantes procuraram também discutir e enfatizar a importância da atividade física na prevenção e controle das DCNT.

Após a discussão dos objetivos e a apresentação de argumentos e justificativas, o documento traz recomendações (divididas nas seções: Conhecimentos Estabelecidos, Tendências, Força de Evidência, Estratégias Gerais para a Prevenção e Recomendações Doença-Específicas) para a prevenção do excesso de peso e obesidade, diabetes melito, doenças cardiovasculares, câncer, doenças bucais e osteoporose.

A seção de recomendações para a prevenção do excesso de peso e obesidade<sup>49</sup> inicia-se chamando atenção para os altos custos gerados pela obesidade e pelo sedentarismo, que, somente nos Estados Unidos no ano de 1995, juntos, totalizaram 94 bilhões de dólares. Por ser um problema complexo, custoso e de grandes proporções, o documento salienta que a questão do excesso de peso exige o desenvolvimento de “estratégias de educação da população ancoradas em uma sólida base de modificações políticas e ambientais a fim de efetivamente reverter a tendência de expansão”. Recomenda-se especial atenção para a prevenção e modificação dos ambientes “obesogênicos” [promotores da obesidade], muito comuns na atualidade, seja nas escolas, trabalho, ou casas.

---

49 Única seção analisada nesta pesquisa, por ser a que diretamente se relaciona com o problema investigado.

Com base nos estudos epidemiológicos consultados pelos *experts* reunidos, estabeleceu-se uma tabela que traz a força de evidência dos fatores que podem atuar como protetores ou promotores do ganho de peso e da obesidade – mostrada a seguir.

**Tabela 1:** Sumário das forças de evidência dos possíveis fatores promotores ou protetores do ganho de peso e obesidade

Evidência	Risco Diminuído	Sem Relação	Risco Aumentado
<b>Convicente</b>	-Atividade física regular  -Alto consumo de fibras na dieta		-Estilos de vida sedentários  -Alto consumo de alimentos energeticamente densos e pobres em micronutrientes
<b>Provável</b>	-Ambientes domésticos e escolares que incentivem escolhas alimentares saudáveis para as crianças.  -Amamentação		- <i>Marketing</i> intenso de alimentos energeticamente densos e de redes de <i>fast-food</i>  -Alto consumo de refrigerantes e sucos adoçados com açúcar  -Condições socioeconômicas adversas (em países desenvolvidos, especialmente para as mulheres)
<b>Possível</b>	-Alimentos de baixo índice glicêmico	-Conteúdo de proteína na dieta	-Porções de alimento de tamanho grande  -Alta proporção de alimentos preparados fora de casa (países desenvolvidos)  -Padrão alimentar que combina restrição rígida e desinibição periódica
<b>Insuficiente</b>	-Aumento na frequência de refeições		-Consumo de álcool

(JOINT WHO/FAO, 2003: 63, tradução minha)

Ainda como parte das recomendações, o documento propõe que a prevenção do excesso de peso em bebês, crianças e adolescentes deve ser considerada como de alta prioridade. Para crianças e adolescentes, as principais estratégias recomendadas são: “a promoção de um estilo de vida ativo; limitação do tempo passado assistindo televisão;

promoção do consumo de frutas e vegetais; restrição do consumo de alimentos energeticamente densos e pobres em micronutrientes (salgadinhos, por exemplo; restrição do consumo de refrigerantes adoçados com açúcar”. (JOINT WHO/FAO, 2003: 68, tradução minha).

Interessante destacar que o documento recomenda, para os países em desenvolvimento, que prestem atenção especial nas populações atendidas por programas assistenciais de distribuição de alimentos e de transferência de renda [como o Vale-Leite, que funciona em alguns estados, ou Bolsa Família, que funciona em todo o território brasileiro], e que procurem desenvolver estratégias educativas específicas para este público a fim de evitar que os alimentos e/ou dinheiro distribuídos acabem por estimular o ganho de peso excessivo.

Por fim, os experts consultados estabelecem que, para alcançar a “saúde ótima”, os países devem estabelecer como meta que o IMC mediano para a população adulta deva ficar entre 21 e 23, sendo que, no nível individual esta meta deve ser mantida entre 18,5 e 24,9<sup>50</sup>.

### [3.6.1.2. Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde](#)

Em maio de 2004, durante a Assembléia Mundial de Saúde, a OMS lançou a *Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde*, como forma de atender à solicitação feita pelos países membros durante a Assembléia de 2002: a construção de um documento/parâmetro orientador para o desenvolvimento de políticas de saúde direcionadas ao controle dos dois principais fatores de risco para as DCNT: dieta e atividade física.

O documento inicia pontuando “a profunda mudança no balanço das principais causas de morte e doença que aconteceu nos países desenvolvidos e que vem acontecendo em muitos países em desenvolvimento”, qual seja, o grande aumento das DCNT. Sendo assim, a prevenção de tais doenças caracteriza o “grande desafio a ser enfrentado em termos de saúde pública global”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004: 2, tradução minha).

---

50 Para uma maior explicação do que é IMC e quais são as suas categorias, ver nota de rodapé 6.

A seguir, salienta-se que – segundo o *Relatório Mundial da Saúde de 2002* – “alguns poucos fatores de risco afetam intensamente as taxas mortalidade e morbidade”. No caso das DCNT, os fatores de risco mais importantes incluem “pressão arterial elevada, altas concentrações de colesterol no sangue, consumo deficitário de frutas e vegetais, sobrepeso ou obesidade, sedentarismo e tabagismo” – destes seis fatores de risco, “cinco relacionam-se fortemente com a dieta e a atividade física”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004: 2, tradução minha). Afirma-se, ainda, que, devido ao seu padrão de distribuição atual, mais alto nos grupos mais pobres da população, as DCNT e o excesso de peso contribuem para reforçar as desigualdades [inequidades] sociais e econômicas.

O documento reconhece que os governos, em cooperação com outros parceiros interessados, possuem um papel central na criação de ambientes que “possibilitem a autonomia e encorajem mudanças de comportamento dos indivíduos, famílias e comunidades, a fim de que adotem dietas saudáveis e padrões de atividade física que sejam positivos e que possam aumentar sua longevidade”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004: 3). Além disso, considerando que o excesso de peso e as DCNT oneram significativamente os restritos orçamentos dos sistemas de saúde; que estes implicam em grandes custos para a sociedade; e que a saúde é uma importante determinante para o desenvolvimento e um precursor do crescimento econômico, o documento afirma que os “programas direcionados à promoção de dietas saudáveis e atividade física, visando à prevenção de doenças, são instrumentos-chave das políticas que buscam alcançar as metas de desenvolvimento”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004: 3, tradução minha).

Interessante salientar que o documento propõe esta complexa situação como uma “oportunidade única” para que, com base nas fortes evidências científicas disponíveis, sejam desenvolvidas “intervenções efetivas que permitam que as pessoas tenham vidas mais longas e saudáveis, que as inequidades sejam reduzidas e um maior desenvolvimento possa ser planejado e implementado”; e que com a mobilização de todos os potenciais parceiros “essa visão pode se tornar uma realidade para todas as populações em todos os países”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004: 3, tradução minha).

A partir do reconhecimento deste desafio/oportunidade, é colocado como meta geral dessa *Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde*:

a promoção e a proteção da saúde através da condução do desenvolvimento de um ambiente que proporcione ações sustentáveis nos níveis individual, comunitário, nacional e global que, quando tomadas conjuntamente, permitirão a redução das taxas de doença e morte relacionadas com dietas inadequadas e sedentarismo. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004: 3, tradução minha).

Para esta pesquisa, outros dois pontos do documento são especialmente importantes. O primeiro deles é uma recomendação de que as ações serão mais efetivas se tomadas no nível da população como um todo, ao invés de direcionarem-se para grupos de risco específicos [o que corrobora com o modelo biopolítico da Nova Saúde Pública abordado no na seção 3.4.3, desde capítulo].

O segundo ponto é o estímulo para que os governos se utilizem das estruturas já existentes para colocar em prática as ações preventivas; para que os ministérios da saúde assumam o papel de coordenadores e facilitadores de ações conjuntas com outras agências governamentais; e para que os governos invistam em vigilância, pesquisa e avaliação do estado nutricional, dos fatores de risco e do consumo alimentar de sua população. Estas recomendações foram, de certa forma, colocadas em prática nas políticas brasileiras, especialmente através do *Programa Saúde na Escola (PSE)* – uma das atividades acompanhadas através das ferramentas etnográficas utilizadas nesta pesquisa.

Antes de passar para a próxima seção, na qual tratarei dos documentos e políticas brasileiras, considero importante pontuar alguns aspectos apresentados nos textos dos dois documentos internacionais comentados anteriormente. Entendo que esses documentos mostram-se alinhados com o discurso da Nova Saúde Pública, uma vez que seu foco é a prevenção de doenças e a promoção da saúde dirigidas a toda população, com vistas a poupar os altos gastos de um modelo curativo. Além disso, dois conceitos-chave do discurso da Nova Saúde Pública aparecem de maneira recorrente ao longo dos textos: estilo de vida (promoção de estilos de vida saudáveis, prevenção de estilos de vida inadequados) e ambiente (surge e idéia do ambiente “obesogênico”). Ambos os documentos apostam na educação como força transformadora, em conformidade com o caráter Iluminista da Nova Saúde Pública, que investe na transmissão de conhecimentos como garantia para a mudança de comportamento, com a tomada de atitudes racionalmente mais corretas.

Outra característica própria do discurso da Nova Saúde Pública, visível ao longo do texto dos documentos, é o privilégio absoluto dos saberes científicos (em especial epidemiológicos) frente aos saberes leigos, postura aparentemente incoerente com a

atitude de emancipação dos indivíduos e comunidades, proposta pelos mesmos documentos.

Ao encerrar os comentários, ressalto o que talvez seja a característica mais forte da Nova Saúde Pública mostrada pelos documentos – qual seja, a ativação de princípios neoliberais, do ideal do indivíduo empresário de si (FOUCAULT, 2004). A necessidade de corte de custos governamentais em saúde, o reforço da ideia do excesso de peso e das DCNT como um oneroso custo para a sociedade e o investimento em promover mudanças nos níveis individuais e comunitários, através do estímulo ao autogerenciamento/autovigilância da saúde, são algumas das noções centrais deste modelo de governamentalidade.

### **3.6.2. Políticas e documentos brasileiros**

#### 3.6.2.1. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

No âmbito nacional, o documento que serve como o “marco conceitual de ação governamental” em assuntos de alimentação e nutrição é a *Política Nacional de Alimentação e Nutrição* (BRASIL, 2008: 7). Construída de forma participativa por instituições governamentais e não governamentais, a PNAN foi aprovada em 1999, através da Portaria n.º 710.

Já na Apresentação do documento, destacam-se suas duas prioridades: o combate à fome e à pobreza; e a “construção de uma agenda política para a prevenção da obesidade e demais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil” (BRASIL, 2008: 7).

Apesar de ser uma política formulada pelo Ministério da Saúde, é salientada, de forma recorrente ao longo do texto, a necessidade de ações de caráter intersetorial no enfrentamento dos dois problemas destacados acima [em consonância com as recomendações feitas na *Estratégia Global*, comentada na seção anterior]. No que compete ao setor Saúde, as ações são planejadas para dois momentos – o momento positivo (situação ideal) e o momento crítico (situação real). No momento positivo, o setor Saúde ficaria encarregado da vigilância alimentar e nutricional, da vigilância sanitária dos alimentos e da promoção de medidas de caráter educativo para a população. No

momento crítico – situação real vivenciada – as ações do setor Saúde precisam ir além, a fim de enfrentar os obstáculos extrasetoriais ou setoriais, “a exemplo da desinformação e de hábitos alimentares inadequados”, a desnutrição, as carências nutricionais específicas, “a obesidade, o diabetes melito, as dislipidemias e as associações com outras doenças crônicas de reconhecida relevância epidemiológica”. (BRASIL, 2008: 12).

O documento salienta, com relação à “evolução epidêmica da obesidade, das dislipidemias e suas relações com as doenças cardiovasculares” nos termos em que se apresenta hoje, que se trata de uma “situação epidemiológica nunca antes experimentada” (BRASIL, 2008: 14). Na sequência, são apresentados alguns dados populacionais importantes. Segundo o relatório do Banco Interamericano de Desenvolvimento e da OMS, publicado em 1996, “o incremento da obesidade e das enfermidades associadas à alimentação, particularmente nos grupos de baixo nível socioeconômico [grupos de risco], tem alcançado proporções da ordem de 50% entre os adultos”. (BRASIL, 2008: 14). Além disso, o documento destaca que a “obesidade na população brasileira está se tornando bem mais frequente do que a própria desnutrição infantil”, sinalizando um processo de transição nutricional [seguindo a tendência para os países em desenvolvimento, relatada nos documentos internacionais]. (BRASIL, 2008: 14).

Considerando a situação epidemiológica da população brasileira com relação à alimentação e nutrição [brevemente comentada acima], o documento destaca que o propósito geral da PNAN é:

a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos. (BRASIL, 2008: 17).

Para o alcance deste propósito, são definidas sete diretrizes: 1) estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; 2) garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto; 3) monitoramento da situação alimentar e nutricional; 4) promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; 5) prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; 6) promoção do desenvolvimento de linhas de investigação e 7) desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Dentro da estrutura orgânica do Ministério da Saúde, o órgão responsável pela implantação de ações de acordo com as diretrizes da PNAN é a Coordenação-Geral da

Política de Alimentação e Nutrição, vinculada ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde.

A Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição é o órgão responsável por planejar, orientar, coordenar e supervisionar o processo de implantação da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição, através da proposta, planejamento, normalização, gerenciamento, monitoramento e avaliação – em âmbito nacional – da execução de planos, programas, projetos, ações e atividades necessárias à concretização desta política [como no caso do PSE, a ser comentado mais adiante]. É também a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição que promove a articulação com as esferas estaduais e municipais – pois será através das estruturas em funcionamento nestes âmbitos, em especial via Estratégia de Saúde da Família (que é uma atribuição dos municípios), que os programas de alimentação e nutrição brasileiros serão praticados.

#### 3.6.2.2. Guia Alimentar para a População Brasileira

O *Guia Alimentar para a População Brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável*, publicado em 2006, é uma espécie de manual técnico que contém as primeiras diretrizes alimentares oficiais adequadas para a nossa população.

O documento é composto por três partes. Na primeira delas, é exposto o referencial teórico que fundamentou sua elaboração, situando-o conforme os propósitos da PNAN e das orientações preconizadas pela OMS na *Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde*. No início desta parte, apresenta-se que o objetivo deste *Guia* é “contribuir para a prevenção das doenças causadas por deficiências nutricionais, para reforçar a resistência orgânica à doenças infecciosas e para reduzir a incidência de DCNT, por meio da alimentação saudável.” (BRASIL, 2006b: 15).

Cabe destacar que o documento mostra um entendimento da alimentação não-restrito às noções biológicas, visto que aponta que “uma vez que a alimentação se dá em função do consumo de alimentos e não de nutrientes, uma alimentação saudável deve estar baseada em práticas alimentares que tenham significado social e cultural.” (BRASIL, 2006b: 15).

Seguindo a tendência em favor da atuação intersetorial e da partilha de responsabilidades com a sociedade, mostrada nos documentos internacionais e na própria PNAN, o *Guia Alimentar* esclarece que:

muito embora, ao longo da história das políticas de alimentação e nutrição no Brasil, a área da Saúde tenha chamado para si tais responsabilidades – mesmo porque é sobre esse setor que recaem as conseqüências da insegurança alimentar e nutricional –, assegurar o direito à alimentação adequada a toda a população é uma responsabilidade a ser compartilhada por outros setores governamentais e pela sociedade como um todo. (BRASIL, 2006b: 16).

A segunda parte do *Guia Alimentar* trata das nove diretrizes estabelecidas com base nas recomendações dietéticas da OMS, combinadas com especificidades da realidade nacional – cuja “abordagem baseada na família reflete a cultura brasileira e a atual preocupação com a relação entre doenças, alimentação e modos de vida” [expressão que neste documento parece substituir a expressão “estilos de vida”, bastante citada nos outros documentos]. (BRASIL, 2006b: 31).

As nove diretrizes estabelecidas são: 1) os alimentos saudáveis e as refeições; 2) cereais, tubérculos e raízes; 3) frutas, legumes e verduras; 4) feijões e outros alimentos ricos em proteínas; 5) leite e derivados, carnes e ovos; 6) gorduras, açúcares e sal; 7) água; diretriz especial 1) atividade física e diretriz especial 2) qualidade sanitária dos alimentos. Para cada uma destas diretrizes, o documento traz as atribuições relativas [isto é, as ações que devem ser desempenhadas por cada um destes atores] a “todos”, aos “profissionais de saúde”, o “governo e setor produtivo” e a “família”, além de um conjunto de “considerações e informações adicionais” e de “orientações complementares” dirigidas aos profissionais da saúde.

A terceira parte do *Guia Alimentar* traz uma sistematização do panorama epidemiológico brasileiro, mostrando o quadro de transição nutricional e os novos padrões de morbidade. Apresenta também os dados de consumo alimentar disponíveis sobre o Brasil, além de ressaltar as evidências científicas que fundamentaram as orientações do guia.

Este manual técnico vem sendo utilizado como base teórica e fonte de informações nas atividades de educação nutricional colocadas em prática na Estratégia de Saúde da Família, como grupos de reeducação alimentar e de perda de peso. Existem, também,

versões resumidas e esquemáticas deste manual (os *10 passos da Alimentação Saudável* e os *10 passos da Alimentação Saudável para Crianças Menores de 2 anos*), elaboradas no formato de *folders* e cartazes, a fim de servirem de apoio nas campanhas educativas e de divulgação. Além disso, as orientações do *Guia Alimentar* são usadas na formulação de materiais didáticos de outros programas de promoção em saúde, como é o caso do *Programa Saúde na Escola*, do qual trato a seguir.

### 3.6.2.3. Programa Saúde na Escola (PSE)

O *Programa Saúde na Escola (PSE)* – instituído em 5 de dezembro de 2007, através do decreto nº.6286 – constitui-se num conjunto de ações que visa colocar em prática aspectos salientados de forma recorrente tanto na PNAN, quanto nos documentos/parâmetros orientadores internacionais apresentados anteriormente, dentre os quais destaco quatro principais: busca desenvolver estratégias de prevenção e controle do excesso de peso e DCNT, dentre outras; trata-se de um projeto de ação intersetorial, que visa a articular de maneira permanente as políticas e ações dos Ministérios da Saúde e da Educação; o público alvo das atividades de promoção em saúde previstas são as crianças e adolescentes escolares da Educação Básica; são aproveitadas estruturas em sólido funcionamento para sua implantação, qual sejam, escolas da rede pública de ensino e as ESF.

Planejado com a finalidade de “contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde” (BRASIL, 2007: sem numeração de página), o PSE tem como objetivos:

- I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo. (BRASIL, 2007: sem numeração de página).

Para a implementação desses sete objetivos gerais, são traçadas as seguintes oito diretrizes:

- I - descentralização e respeito à autonomia federativa;
- II - integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;
- III - territorialidade;
- IV - interdisciplinaridade e intersetorialidade;
- V - integralidade;
- VI - cuidado ao longo do tempo;
- VII - controle social; e
- VIII - monitoramento e avaliação permanentes. (BRASIL, 2007: sem numeração de página).

Como se trata de um programa cujas atividades deverão ser adaptadas às necessidades locais de saúde, identificadas em cada comunidade atendida, “as equipes de saúde da família que realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo” (BRASIL, 2007: sem numeração de página), poderão desenvolver atividades que envolvam:

- I - avaliação clínica;
- II - avaliação nutricional;
- III - promoção da alimentação saudável;
- IV - avaliação oftalmológica;
- V - avaliação da saúde e higiene bucal;
- VI - avaliação auditiva;
- VII - avaliação psicossocial;
- VIII - atualização e controle do calendário vacinal;
- IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
- X - prevenção e redução do consumo do álcool;
- XI - prevenção do uso de drogas;
- XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
- XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- XIV - educação permanente em saúde;
- XV - atividade física e saúde;
- XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e
- XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas. (BRASIL, 2007: sem numeração de página ).

O PSE iniciou suas atividades em 2008, atendendo inicialmente 2 milhões de estudantes. Neste primeiro ano de funcionamento foram priorizadas as escolas dos 647 municípios que apresentavam um baixo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

(IDEB) e nos quais a Estratégia de Saúde da Família cobria 100% da população. A partir do segundo semestre de 2008, a possibilidade de fazer parte do PSE foi ampliada para os municípios participantes do *Programa Mais Educação*<sup>51</sup>, que tivessem 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, medida que permitiu a inclusão no PSE de cerca de 2050 escolas, em 52 municípios que são capitais ou estão na região metropolitana [que é o caso de Porto Alegre]. Até 2011, o governo pretendia atender através do PSE cerca de 26 milhões de estudantes. Tais critérios de inclusão estão em conformidade com as orientações do *Relatório Dieta, Nutrição e Prevenção de Doenças Crônicas*, de que grupos economicamente desfavorecidos devem ser definidos como os focos a serem priorizados pelas políticas de prevenção de excesso de peso e DCNT, uma vez que esses grupos são os que se encontram em maior risco e que possuem o menor poder para realizar mudanças efetivas”. (JOINT WHO/FAO, 2003:8, tradução minha).

Para integrar o PSE, os municípios que atendam aos critérios de inclusão apresentados acima devem manifestar seu interesse. Em seguida, através dos Núcleos de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA), é feito o convite às equipes de Estratégia de Saúde da Família e às escolas de ensino básico da rede pública, podendo ser municipais ou estaduais. A fim de fazerem parte do PSE, as equipes da Estratégia de Saúde da Família devem se unir a uma escola inserida em seu território de responsabilidade. Para ser incluída no PSE, a equipe colaboradora ESF/escola deve construir, conjuntamente, um plano de trabalho, no qual identifiquem os principais problemas da comunidade, estabeleçam as atribuições da ESF e da escola, nomeiem os responsáveis de cada instituição parceira e montem uma programação das atividades a serem desenvolvidas.

Depois de incluída no PSE, a equipe de ESF passa a receber, anualmente, do Ministério da Saúde, o Incentivo PSE – que é constituído por uma parcela extra do

---

51 “Ampliar espaços, tempos e oportunidades educativas; ofertar novas atividades educacionais e reduzir a evasão, a repetência e distorções de idade-série, por meio de ações culturais, educativas, esportivas, de educação ambiental, de educação em direitos humanos e de lazer. Esses são alguns dos principais objetivos do *Programa Mais Educação*, que visa qualificar a experiência educativa das crianças e jovens das escolas públicas de ensino fundamental”. (BRASIL, 2009b: sem numeração de página). O Mais Educação, coordenado pela Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (Secad), é uma das ações do Plano de Desenvolvimento da Educação. Trata-se de uma estratégia do governo federal para a ampliação da jornada escolar. O programa é composto por sete macrocampos, referentes ao acompanhamento pedagógico; ao meio ambiente; ao esporte e ao lazer; aos direitos humanos e à cidadania; à cultura e às artes, à inclusão digital; à saúde, à alimentação e à prevenção. A Secad seleciona as escolas e as secretarias confirmam a escolha, de acordo com critérios pré-estabelecidos. Elas devem estar localizadas em capitais ou cidades de regiões metropolitanas com mais de 200 mil habitantes, além de terem aderido ao Compromisso Todos pela Educação e de possuírem mais de 100 estudantes matriculados, conforme o Educacenso. Também devem ter obtido índice inferior a 2,9 no índice IDEB (BRASIL, 2009b: sem numeração de página). No ano de 2009, no estado do Rio Grande do Sul, 56 escolas participam do *Programa Mais Educação*, localizadas nos municípios de Porto Alegre, Canoas, Viamão, Alvorada, Novo Hamburgo, Sapucaia do Sul, Cachoeirinha, São Leopoldo e Gravataí. Em Porto Alegre, mais de 30 escolas participavam deste programa, em 2009.

incentivo mensal, com o objetivo de apoiar os municípios no desenvolvimento das ações de Atenção Básica à Saúde previstas no PSE. Além deste incentivo financeiro, cada equipe parceira recebe materiais de apoio, do qual fazem parte equipamentos médicos para a avaliação clínica (balança, estetoscópio, esfigmomanômetro) e materiais didáticos para as atividades de promoção da saúde

#### 3.6.2.4. O Programa Saúde na Escola no município de Porto Alegre

O município de Porto Alegre foi incluído no PSE, no final do ano de 2008, a partir da possibilidade das escolas que participam do *Programa Mais Educação*, inseridas em municípios com 100% de cobertura da ESF, virem a participar também do PSE.

Em Porto Alegre, o órgão público setorial gerenciador do PSE é a Secretaria Municipal de Saúde, através dos Núcleos de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA), tendo como órgão público setorial parceiro a Secretaria Municipal de Educação.

Criados em 2001, após a municipalização da Saúde Escolar e dos profissionais do quadro técnico científico, existem no município 9 NASCA – 8 deles situados em cada uma das Gerências Distritais (GD)<sup>52</sup> da cidade e um NASCA Especializado, vinculado ao Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas.

Em documento elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde para divulgação do PSE no município, destaca-se que esse programa “configura-se como uma estratégia de crescente integração entre as políticas e ações de educação e saúde”, com a participação da Comunidade Escolar e da ESF, que reconhece na “escola uma condição privilegiada na organização da vida comunitária e para articulação de ações de promoção de saúde”. (PORTO ALEGRE, 2008: 8).

Este mesmo documento apresenta como justificativa para a implantação do PSE no município, o reconhecimento de que:

---

<sup>52</sup> São elas: Centro; Noroeste/Humaitá – Navegantes – Ilhas; Norte/Eixo Baltazar; Lestes/Nordeste; Glória/Cruzeiro/Cristal; Sul/Centro-Sul; Partenon/Lomba do Pinheiro; Restinga/Extremo-Sul (PORTO ALEGRE, 2008).

a escola é o equipamento de maior abrangência social para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, distinguindo-se das demais instituições por oferecer maiores oportunidades na construção do conhecimento, além de experiências significativas de socialização e vivência comunitária. (PORTO ALEGRE, 2008: 14).

Desta forma, ações efetivas desenvolvidas no espaço escolar “podem incidir no desenvolvimento humano em suas múltiplas dimensões (biológicas, cognitivas, afetivas, sociais e dos agravos prioritários em saúde)”. (PORTO ALEGRE, 2008: 14). Além disso, salienta-se que o PSE pode atuar na “perspectiva da garantia de direitos”, uma vez que a “educação preventiva pode ser reconhecida como um direito, na medida em que oportuniza tornar a vida em sala de aula um exercício pleno de cidadania”, e que para tanto, a escola deve atuar na construção conjunta do programa de atividades para o PSE, “enfocando dados epidemiológicos, demanda e particularidades culturais”. (PORTO ALEGRE, 2008: 14).

Em seguida, são apresentados os dois objetivos gerais do PSE em Porto Alegre, quais sejam: I) a sistematização de ações voltadas à saúde da criança e do adolescente e “estabelecer uma nova relação entre Saúde e Educação e entre técnicos e usuários dos serviços de saúde, a partir do trabalho integrado e sinérgico junto às comunidades escolares da rede pública de ensino” (PORTO ALEGRE, 2008: 15) e II) o desenvolvimento de ações de promoção em saúde, de proteção específica de agravos prioritários e de recuperação da saúde dos estudantes das escolas públicas, “tendo em vista a diminuição dos níveis de evasão, repetência e absenteísmo e o estímulo à adoção de estilos de vida mais saudáveis”. (PORTO ALEGRE, 2008: 15).

Em relação ao processo avaliativo da implantação do PSE em Porto Alegre, destaca-se que “o sistema de informação e vigilância epidemiológica tornam-se cruciais ao monitoramento e avaliação permanente do programa” (PORTO ALEGRE, 2008: 48), desta forma a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde é que ficará responsável pela geração de “informação qualificada” (PORTO ALEGRE, 2008: 48) – através da “observação, pesquisa, análise da ocorrência e distribuição das doenças e dos fatores pertinentes ao seu controle” (PORTO ALEGRE, 2008: 48), elaborada na forma de estudos de prevalência anuais, que “poderão propiciar uma análise das tendências de médio prazo”. (PORTO ALEGRE, 2008: 48).

Além deste monitoramento municipal, o PSE, segundo a proposta do Ministério da Saúde, integrará a geração de dados para diferentes estudos nacionais de monitoramento

e avaliação da situação de saúde dos estudantes: o Encarte Saúde no Censo Escolar (Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira/ Ministério da Educação); a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Ministério da Saúde); o Sistema de Monitoramento do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (Sistema de Monitoramento do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas e UNESCO) e a Pesquisa Nacional do Perfil Nutricional e Consumo Alimentar dos Escolares, encomendada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e executada pela Associação Brasileira de Nutrição.

No primeiro semestre de 2009, em Porto Alegre, o *PSE* passou a funcionar em 8 escolas (4 municipais e 4 estaduais) articuladas a 7 equipes da ESF [em um caso, uma equipe da ESF desenvolve o *PSE* em duas escolas do mesmo território].

Segundo os planejamentos apresentados por estes grupos, a maioria das atividades programadas constituía-se em ações de prevenção em saúde realizadas através de palestras sobre assuntos pontuais, sendo que os mais recorrentes foram sexualidade, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST)/AIDS e gravidez na adolescência, métodos contraceptivos, prevenção de parasitoses, estímulo à higiene corporal [sem maiores detalhamentos sobre o que isso compreenderia] e saúde bucal. Somente na programação das atividades de uma equipe parceira destacou-se a necessidade de trabalhar com a temática da obesidade e a prevenção de transtornos alimentares [sem maiores detalhamentos de quais tipos de transtornos necessitariam ser abordados, nem das atividades planejadas].

Segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde, o *PSE* em Porto Alegre poderá ser implantado em até 37 escolas que atualmente participam do *Programa Mais Educação*, inseridas nos territórios de 64 equipes de ESF às quais podem associar-se. Em maio de 2009, os NASCA lançaram novo convite para a inserção de escolas e ESF no *PSE*, buscando expandir o programa no município. A partir deste convite, uma das equipes parceiras, que aceitou trabalhar conjuntamente no diagnóstico das demandas e na construção de uma programação de atividades para a implantação do *PSE*, foi a equipe da Unidade de Saúde Esperança em colaboração com a Escola dos Pinheiros [anteriormente citadas no capítulo 2].

Nesta equipe, em junho de 2009, começaram as reuniões de planejamento, sendo que uma atividade-piloto foi realizada em novembro de 2009. Atividades contínuas e sequenciais foram iniciadas no primeiro semestre do ano letivo de 2010. Este processo de

negociação, planejamento e realização de atividades fez parte da coleta de dados desta pesquisa – que será mais bem descrita, explicada e analisada no capítulo seguinte.

Gostaria, ainda, de salientar mais um aspecto com relação a estas que chamei “políticas da gordura”. Procurei trazer as características destas políticas começando pelo nível mais macro, vindo para o nível mais micro, mais específico. Com isso, minha intenção foi mostrar a relação existente entre, por exemplo, o *Relatório Dieta, Nutrição e Prevenção de Doenças Crônicas* [apresentado pela OMS e pela FAO, em 2003] e o *Programa Saúde na Escola* [lançado em uma ação intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação brasileiros, em 2007].

Com o fenômeno de globalização econômica e cultural, universalizaram-se também os dados epidemiológicos e as estratégias biopolíticas. Esta talvez seja uma das grandes modificações sofridas pelo biopoder com relação ao liberalismo clássico dos séculos XVIII e XIX, estudados por Foucault: o conceito de estado-nação modificou-se intensamente, transformando, por consequência, as noções de território e de população a serem governados. Na atualidade, o que podemos perceber é o funcionamento de uma governamentalidade neoliberal, que articula políticas nacionais e internacionais e estabelece um biopoder transnacional, que procura adequar as populações dos diferentes países aos mesmos padrões de normalidade. Um exemplo simples para elucidar este ponto: como já citado, segundo o *Relatório acima mencionado*, para buscar a “saúde ótima” os países devem estabelecer como meta que o IMC mediano para a população adulta deva ficar entre 21 e 23 – tanto faz se este país é o Brasil, a Islândia ou as Filipinas.

Sendo assim, as grandes organizações transnacionais, como a OMS, no caso das políticas de controle e prevenção do excesso de peso, formulam diretrizes e padrões de normalidade transnacionais. Estes servem como marcos orientadores na construção das políticas nacionais de controle e prevenção do excesso de peso, em diferentes países. A partir dessas políticas nacionais são lançados programas mais específicos como o *Programa Saúde na Escola*, que visa a utilizar o já bem estabelecido aparato pedagógico-escolar para realizar suas ações em saúde. Para a aplicação desses programas, formulam-se materiais didáticos para a capacitação dos profissionais que estarão envolvidos em sua aplicação, como o *Manual operacional para profissionais de saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas*, distribuído pelo Ministério da Saúde para as equipes de ESF envolvidas em atividades do PSE [este *Manual* já fora citado anteriormente no capítulo 2, e consta do *corpus* de análise desta pesquisa]. Esses materiais se traduzirão em atividades realizadas por profissionais da saúde e professores. A partir destas atividades,

procura-se modificar as variáveis de estilo de vida dos estudantes [como hábitos alimentares, atividade física, consumo, autocuidado] e através deles de suas famílias e da comunidade escolar como um todo.

Finalizo ressaltando, novamente, que minha intenção ao apresentar a história da construção e o desenvolvimentos dos documentos citados anteriormente, foi a de mostrar como as políticas traçadas em nível transnacional, transformam-se em políticas nacionais e, consecutivamente, em ações locais, que atingem os indivíduos e a população, como as atividades de promoção da saúde acompanhadas nesta pesquisa.

---

## 4. GOVERNANDO O EXCESSO DE PESO

### 4.1. Algumas considerações importantes

É bastante curiosa a sensação que se tem ao olhar o percurso de um trabalho, estando ele já concluído. Se muitas vezes me preocupava se teria material suficiente para uma análise com o grau de aprofundamento exigido em um tese de doutorado, ao fazer a retrospectiva de meu trabalho de campo, me surpreendi com a infinidade de elementos interessantes e importantes que “saltavam” dos dados.

Foram, ao todo, cerca de dois anos e meio de trabalho de campo. Começando pelas primeiras conversas com as nutricionistas preceptoras e as idas às reuniões do Núcleo de Nutrição da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Após alguns meses, foi se dando a aproximação com a Unidade de Saúde Esperança e sua grande equipe de profissionais [na época do estudo eram cerca de 40 pessoas], os quais eu acabei conhecendo quase todos, pois uma das condições que esta instituição me impôs para a realização do estudo era que eu entendesse o seu funcionamento, como se dava o fluxo de usuários e os diferentes tipos de serviços prestados à comunidade. Desta forma, eu passei dias conhecendo a recepção da US Esperança; acompanhei o processo delicado do acolhimento<sup>53</sup> realizado pelas equipes de ESF; participei das reuniões semanais de toda a equipe e estive, também, nas reuniões de preceptoria dos residentes que faziam sua formação nesta US [nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, médicos e dentistas]. Foi a partir destes encontros que fui construindo um projeto de pesquisa que adequasse minha ideia de investigação às condições reais daquela comunidade.

Após um ano de contato com a US Esperança, e também após a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, comecei, de fato, a observação participante no *Grupo Virando a Mesa*, que se estendeu por quatro meses.

---

53 O acolhimento, na US Esperança, era operacionalizado sob a forma de um atendimento específico, direcionado às pessoas que procuravam essa US e não tinham agendamento prévio. Estava organizado para possibilitar a escuta dos motivos que levaram o usuário a procurar o serviço de saúde naquele momento e dar uma resposta à sua necessidade. Era realizado em uma sala específica e os diferentes profissionais da equipe tinham uma escala para se revezarem no desenvolvimento dessa atividade.

Encerrada a observação no *Grupo Virando a Mesa*, iniciei as aproximações com a Escola dos Pinheiros – uma outra instituição, com uma nova equipe e toda uma nova relação de conhecimento e confiança que precisou ser travada. Durante alguns meses eu visitei esta escola, conheci a equipe diretora e alguns professores, observei suas instalações. Foram-me apresentados os resultados de alguns projetos realizados pelos professores. Conheci a cozinha, as merendeiras, e acompanhei o processo de preparação da merenda. Observei a rotina dos alunos, suas idas ao refeitório e algumas de suas refeições. Tive também a importante função de ser uma espécie de intermediária entre a Escola dos Pinheiros e a US Esperança no processo de negociação e planejamento das atividades do *Programa Saúde na Escola* pois, apesar de deixar bem claro qual era meu papel e meus objetivos, na escola percebiam-me como pertencendo à equipe da US Esperança, e na US meu lugar era o de professora, ou seja muito mais próxima da realidade escolar do que da realidade de um profissional da saúde. Este processo levou cerca de um ano, até que as atividades sequenciais do PSE começaram a acontecer. Uma vez iniciada as atividades e minha observação participante, estas se estenderam durante oito meses, ao final dos quais encerrei meu trabalho de campo.

Faço este longo prólogo para ressaltar como, em uma pesquisa que utiliza ferramentas etnográficas, o processo de aproximação, de apresentação e da construção de confiança é delicado e necessita de um longo tempo, muitas vezes mais longo do que aquele da “observação participante em si”, aquela que será transformada em registro do caderno de campo e que será o objeto da análise.

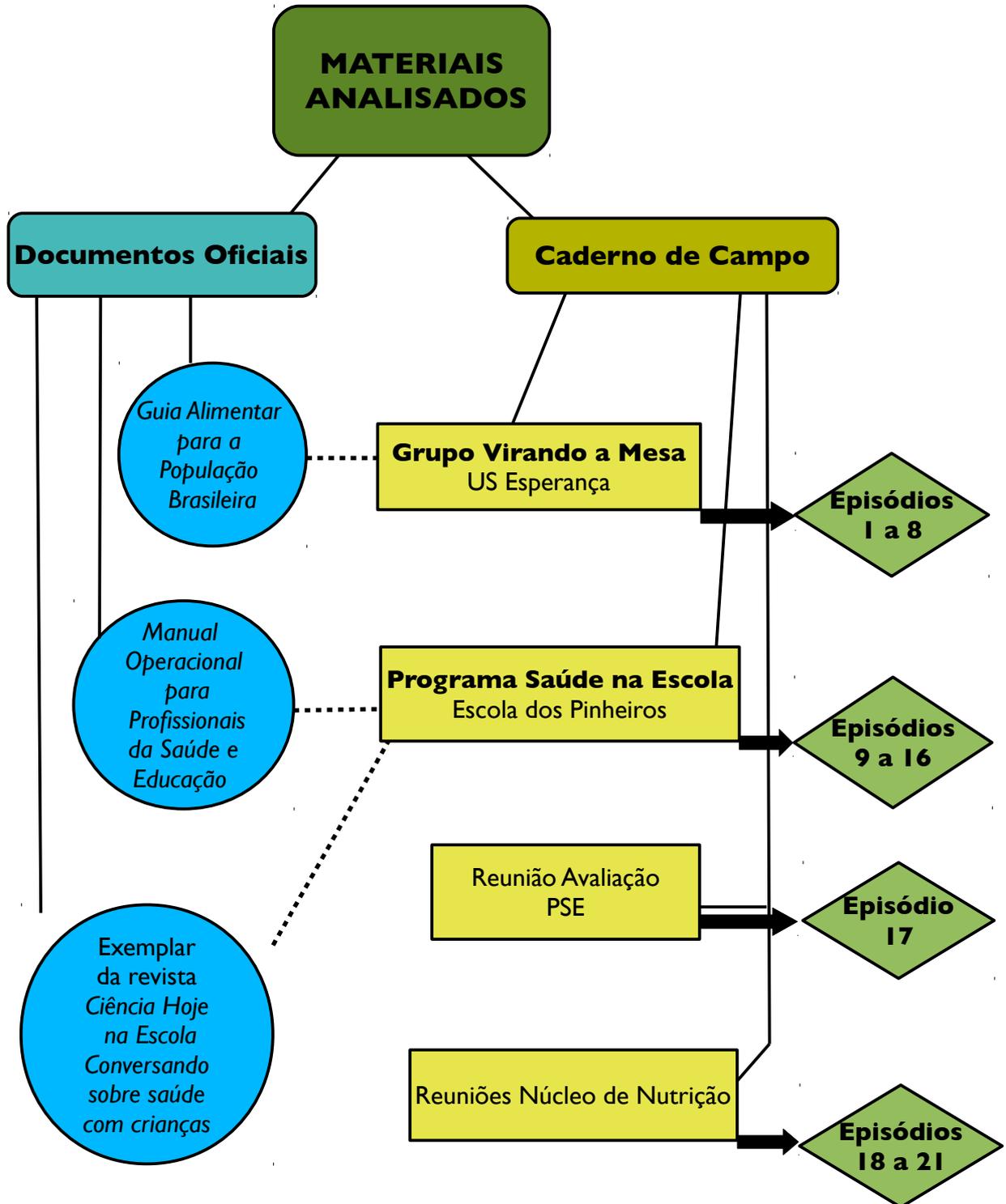
São os frutos desta observação participante, transformada em vinte e um episódios de meu caderno de campo que, conjuntamente com os documentos escritos que orientam as práticas observadas, serão trabalhados na análise que apresentarei neste último capítulo.

## 4.2. Procedimentos analíticos

Antes de partir para a análise, acredito ser importante detalhar os objetos e os procedimentos utilizados para realizá-la.

Como já especificamente descrito na seção 2.3.1 do Capítulo 2, este estudo de cunho etnográfico mescla a análise de documentos oficiais, que servem de referencial teórico para a construção das práticas de promoção da saúde, observadas à análise do caderno de campo. A composição desses documentos oficiais, assim como do caderno de campo pode ser melhor compreendida a partir do esquema mostrado abaixo, na Figura 1.

Os materiais analisados citados a seguir – *Guia Alimentar para a População Brasileira*, *Manual Operacional para Profissionais da Saúde e Educação*, exemplar da revista *Ciência Hoje na Escola* – *Conversando sobre saúde com criança*, e o *Caderno de Campo*.

**Figura 1.** Esquema da composição dos materiais analisados

Ao escolher este conjunto de materiais, a intenção foi investigar estratégias biopolíticas de controle das condutas que atuassem em diferentes níveis ou planos. Parafraseando Foucault (2006c), o objetivo da escolha desses materiais foi o de pensar tanto o âmbito das **programações de conduta** como o dos **regimes de práticas** a elas relacionadas. Ou, nas palavras de Rose e Rabinow (2006), ao apontar os elementos que compõem o plano de atualidade do biopoder, procurei olhar de maneira articulada para: os **discursos de verdade** sobre a prevenção e o controle do excesso de peso [presentes nos documentos oficiais analisados]; para as **estratégias de intervenção sobre a existência coletiva** em nome da vida, isto é da prevenção das tão temidas doenças crônicas não transmissíveis relacionadas ao excesso de peso [como o *Grupo Virando a Mesa* e as atividades do PSE na Escola dos Pinheiros]; e, além disso, para os **modos de subjetivação** nos quais os indivíduos são levados a atuar sobre si próprios, sob certas formas de autoridade [dos profissionais da ESF], em relação aos discursos de verdade, por meio de práticas do self [dietas, exercícios, autovigilância, entre outras], em nome da saúde individual [adequação do peso, dos níveis de triglicerídeos e do índice glicêmico, por exemplo] e coletiva [desoneração do SUS].

Como visei analisar estes materiais de forma conjunta e relacional, sem estabelecer separações entre documentos oficiais e caderno de campo, nem entre as atividades acompanhadas na observação participante [*Grupo Virando a Mesa* e PSE na Escola dos Pinheiros], estabeleci sete eixos analíticos a partir dos quais orientei as discussões. Tais eixos são apresentados abaixo na Tabela 2.

**Tabela 2.** Apresentação dos sete eixos analíticos selecionados

---

<b>EIXOS ANÁLITICOS</b>
<b>1. Promoção da saúde ou prevenção das doenças?</b>
<b>2. O imperativo da participação comunitária</b>
<b>3. Sempre alerta! - (Auto)Vigilância e gestão de si</b>
<b>4. O alimento como referência?</b>
<b>5. Os usos do cultural</b>
<b>6. Gênero, alimentação e cuidados de si</b>
<b>7. Lipofobia</b>

---

Esses eixos analíticos foram selecionados por aparecerem de maneira recorrente durante a leitura dos materiais. Consciente de que tais eixos representam aspectos que se misturam e se sobrepõem em alguns pontos, os quais não podem ser vistos com sendo independentes ou isolados, acreditei [mesmo assim] ser importante ressaltá-los como eixos diferenciados. Isto porque entendo que cada um desses eixos constituem elementos relevantes a serem apontados detalhadamente, no sentido de se pensar sobre como se dá o governo das condutas nestas atividades de promoção da saúde, voltadas para a prevenção e o controle do excesso de peso, prestando especial atenção em seus vínculos com o dispositivo da aversão à gordura [apresentado mais especificamente na seção 1.1.2, do Capítulo I].

### 4.3. Eixos analíticos

#### 4.3.1. Promoção da saúde ou prevenção das doenças?

Um dos primeiros usos do conceito de **promoção da saúde** foi feito por H. Sigerist em 1946, no texto “*The social sciences in the medical school*”, ao definir as quatro tarefas essenciais da Medicina, quais sejam a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Neste momento, a promoção da saúde era proposta como um dos níveis de atenção da Medicina Preventiva (BUSS, 2009).

No entanto, o entendimento, dito moderno, deste conceito, como um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado, surgiu no Canadá em 1974, com a divulgação do documento “*A new perspective on the health of Canadians*”, mais conhecido como *Relatório Lalonde* [que era o então Ministro da Saúde do Canadá]. Segundo autores que estudam a área da Saúde Pública, o *Relatório Lalonde* foi o primeiro passo na definição de um “novo paradigma em saúde”, por ter oferecido o reconhecimento político ao movimento da Nova Saúde Pública (LUPTON, 1995; BUSS, 2009).

Tal entendimento do conceito de promoção da saúde, assim como sua efetivação em práticas, vem se desenvolvendo de forma vigorosa, a partir das bases conceituais e das políticas contemporâneas estabelecidas em três importantes conferências internacionais sobre o tema: a de Ottawa (1986), a de Adelaide (1988) e a de Sundsval (1991) (BUSS, 2009; PORTO; PIVETTA, 2009).

O *Guia Alimentar para a População Brasileira* traz, em sua seção de Referenciais Teóricos, a definição da promoção da saúde segundo a Carta de Ottawa:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado completo de bem-estar físico e mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como o objetivo de viver. (BRASIL, 2006b: 21).

É a partir desta base conceitual que o *Guia Alimentar* se apresenta como um importante “instrumento para a promoção de modos de vida saudáveis” (BRASIL, 2006b: 21), na medida em que ele servirá como subsídio para a organização de diferentes ações de promoção da saúde, como o grupo de emagrecimento e as atividades na escola pesquisados. No entanto, as práticas de promoção da saúde, que em uma primeira impressão podem parecer inerentemente benéficas a todos e a qualquer um, comportam em si confusões e embates.

Começo pela dificuldade de delimitação entre os conceitos de promoção da saúde e prevenção das doenças, que aparece de forma recorrente nos materiais analisados.

A seção “Introdução”. do capítulo “Referencial Teórico” do *Guia Alimentar para a População Brasileira*, inicia destacando o objetivo deste documento oficial:

Este guia, como parte da responsabilidade governamental em promover a saúde, é concebido para contribuir para a prevenção das doenças causadas por deficiências nutricionais, para reforçar a resistência orgânica a doenças infecciosas e para reduzir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), por meio da alimentação saudável. (BRASIL, 2006b: 15, grifos meus).

Pensado para ser um instrumento de orientação de ações de promoção da saúde, através da promoção da alimentação saudável, desde o início, ao apresentar seu objetivo geral, o *Guia Alimentar* torna concreta a dificuldade de delimitar estes conceitos, uma vez que se apresenta como um instrumento que visa à promoção da saúde, mas que é concebido para contribuir para a prevenção de doenças.

Apesar desta dificuldade inicial de delimitação, o *Guia Alimentar* busca valorizar a promoção da saúde ao longo do texto. Ao falar sobre as chamadas doenças da modernidade, o documento ressalta a importância de uma abordagem ampliada da saúde, identificada com a promoção da saúde:

Evidências científicas mais recentes mostram que a saúde pode estar muito mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à idéia, anteriormente hegemônica, da sua determinação genética e biológica. O sedentarismo e a alimentação não-saudável, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o ritmo da vida cotidiana, a competitividade, o isolamento do homem nas cidades são condicionantes diretamente relacionadas à produção das chamadas doenças modernas. (BRASIL, 2006b: 21).

Ainda no sentido desta valorização da promoção da saúde, o Guia Alimentar compara o modelo de cuidado da saúde brasileiro aos modelos de cuidados de saúde de países de renda mais elevada, afirmando que a promoção da saúde é fundamental para garantir o acesso de qualquer cidadão brasileiro a um modo de vida saudável – o que seria impossível em outro modelo de cuidado, devido à diversidade social, econômica e cultural de nosso país continental:

Os modelos de cuidados de saúde desenvolvidos principalmente pelos (e para os) países de renda mais elevada referem-se quase que exclusivamente a intervenções profissionais, tais como: triagem em massa, tratamentos médicos e cirúrgicos disponíveis e cuidados paliativos, associados à recomendação de mudanças comportamentais e nos modos de vida adotados pelos indivíduos (...) No Brasil, quer pelas suas dimensões continentais, quer pela ampla diversidade social, econômica e cultural, a abordagem de tal complexidade epidemiológica deve estar fundamentada na promoção da saúde e na constituição de ambientes e contextos promotores de práticas saudáveis que possibilitem e garantam a todo e qualquer cidadão a possibilidade e as informações necessárias para a adoção de modos de vida saudáveis. (BRASIL, 2006b: 20).

A mesma dificuldade de delimitação, expressa a partir da afirmação do objetivo das estratégias de promoção da alimentação saudável ser a prevenção integrada de doenças, aparece na seção “Apresentação” do *Manual Operacional para Profissionais de Saúde e Educação: Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas*:

A complexidade dos problemas alimentares e nutricionais que convivemos atualmente tem demandado reformulações no setor saúde, a fim de responder às novas demandas alimentares. Neste sentido, a promoção da alimentação saudável constitui-se numa das estratégias de saúde pública de vital importância para o enfrentamento desses problemas alimentares e nutricionais do contexto atual, pois consiste em uma abordagem integral capaz de prevenir, ao mesmo tempo, as doenças causadas por deficiências nutricionais (desnutrição, carências de ferro, de vitamina A e outras), reforçando a resistência orgânica para as doenças infecciosas, e na redução da incidência do excesso de peso e das outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como obesidade, diabetes, hipertensão e câncer. (BRASIL, 2008b: 5, grifos meus).

A respeito deste trecho, cabe salientar que o excesso de peso é, por si, considerado como uma doença crônica. Esta visão equivocada que considera o excesso de

peso como uma doença, *a priori*, a ser preferencialmente prevenida e quando necessário controlada, será melhor discutida adiante, na categoria analítica Lipofobia.

Apesar do campo da promoção da saúde estar em franca expansão (CASTIEL, 2009) e de muitas obras que abordam esta temática estarem sendo produzidas, ao meu ver, surgem muitas dificuldades na criação e na operacionalização dos projetos em promoção da saúde. Neste sentido, Czeresnia (2009) aponta que estas dificuldades operacionais “aparecem como inconsistências, contradições e pontos obscuros e, na maioria das vezes, não distinguem claramente as estratégias de promoção das práticas preventivas tradicionais” – esta é a dificuldade que parece estar presente nos dois documentos oficiais citados acima.

Partindo dos discursos de verdade dos documentos oficiais, e se deslocando para as estratégias de intervenção da existência coletiva, [nos termos de Rabinow e Rose (2006)] apresento trechos do episódio 10, que relata uma das primeiras atividades do PSE na Escola dos Pinheiros:

Mudança no foco das atividades. Anteriormente foi proposto o tema alimentação saudável. Este ano o tema seria 'É possível mudar?' – uma tentativa de ampliar as possibilidades e modificação de aspectos do estilo de vida que influem na saúde.

Há duas semanas, a equipe multidisciplinar responsável pelas tarefas do PSE conversou com as turmas 51, 52, 53 – turmas nas quais as atividades serão realizadas – e fez um levantamento inicial dos temas em saúde que os estudantes gostariam de discutir e de saber mais. O tema que mais interessou foi “sexo seguro”.

Na turma 51, a atividade inicia-se com a apresentação de slides na sala de vídeo.

(...)

A discussão então segue para o tema das DST's, iniciando com a AIDS.

Meio de canto, questiono a nutricionista sobre a escolha desta abordagem. Ela diz que a equipe acreditava que, com o tema das DST's seria mais fácil de abrir uma entrada. E acrescenta:

- Trabalhar com a sexualidade, eles fariam com vergonha.

Em seguida, é mostrado um slide com um quadro das DST's mais comuns: gonorréia, candidíase, sífilis, tricomoníase, herpes genital, cancro mole, HPV, hepatites B e C e HIV/AIDS.

(...)

De repente uma pergunta inusitada:

- Duas mulheres podem ter um filho? (Episódio 10).

Entendo que neste trecho mostram-se algumas atitudes dos profissionais da equipe da US Esperança que merecem ser comentadas.

Na conversa com a diretoria da Escola dos Pinheiros, para o planejamento das atividades do PSE para aquele ano, foi estabelecido como tema gerador a mudança; ao meu ver, como uma estratégia para se abordar diferentes aspectos modificáveis do estilo de vida, no sentido de torná-los mais saudáveis, o que caracteriza uma retórica própria da promoção da saúde.

No entanto, ao planejarem a primeira atividade daquele ano, cujo tema “sexo seguro” havia sido sugerido pelos alunos<sup>54</sup> em uma conversa anterior, fora escolhida uma abordagem a partir das doenças, neste caso das DST's. A justificativa para isso é que a temática da sexualidade causaria vergonha [nos alunos ou na equipe?]. Por isso, escolhe-se uma apresentação tradicional e estritamente biológica da classificação das doenças e de suas formas de contágio. Esta é uma abordagem que está alinhada com a retórica da prevenção das doenças. Esta apresentação foi então finalizada por uma pergunta ao mesmo tempo estapafúrdia, surpreendente e reveladora: “duas mulheres podem ter um filho?”

Penso que essa pergunta é reveladora na medida em que ela mostra o descompasso da abordagem feita pelos profissionais da equipe da US Esperança com relação às experiências e dúvidas dos estudantes sobre o do tema. E, apesar deste episódio não trazer uma discussão acerca da questão específica do excesso de peso [que é meu tema de pesquisa neste trabalho], ele mostra uma postura, uma estratégia de escolha de abordagens e de recursos didáticos que reverbera nas demais atividades de promoção da saúde realizadas pelo PSE na Escola dos Pinheiros, e, de certa forma, no *Grupo Virando a Mesa*, uma vez que estas atividades distintas eram realizadas pelos mesmos profissionais, na maioria dos casos. De acordo com essa abordagem, são privilegiados os termos, os enunciados e os conhecimentos provenientes do campo das Ciências da Saúde, e pouco considerados as dúvidas, questões e experiências dos estudantes ou usuários participantes do grupo de emagrecimento.

Concordo com Czeresnia (2009) ao comentar acerca dos limites indefinidos entre promoção da saúde e prevenção das doenças, quando a autora destaca que a construção da consciência deste limite estaria na base de mudanças mais radicais nas práticas de saúde. Isto porque o desafio de pensar a saúde em uma perspectiva mais complexa – tarefa a qual a promoção da saúde se propõe a realizar – não será realizado simplesmente a partir da superação de obstáculos na produção dos conhecimentos científicos. Neste

---

<sup>54</sup> Não sei bem em que condições de diálogo; comento melhor a tensão entre o imperativo da participação e da autonomia versus a dificuldade de uma escuta legítima das demandas dos estudantes/usuários na categoria analítica O Imperativo da Participação Comunitária.

sentido, “não se trata de propor conceitos e modelos científicos mais inclusivos e complexos, mas de construir discursos e práticas que estabeleçam uma nova relação com qualquer conhecimento científico.”(CZERESNIA, 2009: 44).

De fato, os conhecimentos médicos acerca do funcionamento de nosso corpo se deram a partir de sua separação do conjunto de relações que constituem os significados da vida e de sua segmentação em sistemas e órgãos. Então, com base neste corpo fragmentado, extraiu-se o conhecimento das Ciências Médicas (SOUZA; CAMARGO, 2011). Desta forma, “o discurso científico, a especialidade e a organização institucional das práticas em saúde circunscreveram-se a partir de conceitos objetivos não de saúde, mas de doença”. Entendo, com isso, que a *mêlange* entre promoção da saúde e prevenção das doenças acontece devido a indefinições e lacunas mais profundas e mais complexas, que tem a ver com o processo histórico de construção do saber médico e da *expertise* da saúde pública.

Penso ainda que esta dificuldade de dissociação entre a promoção da saúde e a prevenção das doenças, apresentada nos documentos oficiais e nas estratégias de intervenção da existência coletiva, acaba se refletindo em modos de subjetivação nos quais os indivíduos são levados a buscarem sua saúde tendo como premissa a identificação de suas doenças. Neste sentido, trago trechos de episódios do caderno de campo que se passaram em reuniões do *Grupo Virando a Mesa*:

Começam, então, os relatos das participantes sobre seu histórico. Várias relatam que estavam com colesterol alto, pressão arterial alta e/ou diabetes descontrolada. Outro ponto muito marcado é a ansiedade, sendo que várias participantes relatam o uso de fluoxetina.

(...)

Nisso, algumas participantes começam a falar de seus objetivos, expectativas, desejos, etc. Uma delas diz:

- Preciso perder vinte e cinco quilos! Pra começar...

Outra questiona a colega:

- Você tem alguma doença?

E ela responde:

-Stress, um stress muito profundo, e ansiedade! (Episódio 1).

As participantes começam então seus comentários:

- Quem me dera não gostar de doces, chocolates...

- Não é que a gente não gosta. Mas chega um ponto em que a gente tem que se controlar. Se não, você faz os exames e dá colesterol e a glicose lá em cima. (Episódio 4).

Outra participante comenta:

- Esse negócio é brabo! O pai, eu estou querendo trazer para o grupo. Ele tá gordo, com a circunferência enorme [circunferência abdominal] – a cardiologista até reclamou. E ele diz 'agora a gente não pode nem mais comer'. Acho até que ele está meio deprimido. (Episódio 5).

Ao se conhecerem no primeiro encontro do ano, narrado no Episódio 1, as participantes passam a se apresentar a partir das doenças que acreditam possuir, as quais, de certa forma, tornam legítima sua presença em uma situação organizada em uma US. Essa postura de orientar-se a partir da premissa de suas doenças se repete ao longo dos encontros, seja na escolha do que comer [Episódios 3 e 6], no controle do apetite e dos desejos [Episódio 4] ou até mesmo na forma de compreender as necessidades e reclamações do pai idoso [Episódio 5].

Tal modo de narrar-se e identificar-se a partir da doença se aproxima do conceito de individualidade somática, proposto por Rose (2003). Segundo o autor, a individualidade somática é a tendência que os indivíduos passaram a ter, a partir do final do século XX, em definir aspectos-chave de sua individualidade em termos corporais, isto é, pensar a instância do si mesmo [ou *self*] como materializado no corpo, corporificado; em contraposição à tendência historicamente anterior, que emergiu no início do século XX, em grande parte a partir do desenvolvimento das áreas psi, de definir-se como indivíduos psicológicos, habitados por um espaço interior profundo, formado pelas experiências de vida, que era a fonte de sua individualidade e onde ficavam abrigados os descontentamentos. Rose (2003) destaca, ainda, que essa mudança na forma do pensar-se a si mesmo pode trazer profundas implicações éticas e sociais para o século XXI, na medida em que os indivíduos passam a pensar em suas emoções e sensações a partir de termos médicos, de doenças. Dessa forma, o que os indivíduos nomeavam como tristeza e preocupação em outro momento histórico, pode estar se transformando em depressão e transtorno da ansiedade generalizada.

Nesse sentido, possuir uma individualidade somática “é codificar as suas expectativas e medos nos termos desse corpo biomédico, e tentar reformar-se, curar-se ou melhorar-se atuando naquele corpo (...) através da dieta, exercícios”(ROSE, 2003:54). Atitudes muito semelhantes às narradas nas falas mostradas a seguir:

Em seguida, a nutricionista propõe uma conversa sobre alimentação saudável.

Uma participante então diz:

- Vi na TV que a banana catarina, aquela que a gente dá pra criança, tem mais fibras que a banana caturra. Eu gosto mais da comunzinha [a caturra], mas agora eu troquei... Tô comendo a banana catarina.

Uma participante sentada ao meu lado comenta comigo:

- Eu comprei linhaça agora, com casca de maracujá e dolomita. Diz que é muito bom pra saúde, que tem bastante cálcio, eu comecei a tomar agora.

Nisso, a nutricionista esclarece que todas as frutas têm fibras, que o mais importante é consumi-las em variedade, que não há uma melhor. Que o mais indicado é consumir as frutas da época, que estão mais baratas.

(...)

Em seguida, uma das participantes questiona sobre os benefícios do suco de couve, e então a nutricionista passa a apresentar informações sobre as propriedades nutricionais dos vegetais escuros.

Inicia-se então a dinâmica do desenho do prato (discutido no encontro anterior). São distribuídas folhas de ofício em branco e canetinhas coloridas. Eu pego uma folha e algumas canetinhas. Desta vez, a nutricionista e a assistente social não participam da dinâmica.

Após alguns minutos, começam as apresentações dos desenhos:

- Eu almocei às 11h. Esquentei e comi o resto da janta. Depois às 14h eu comi uma colher de cada coisa [que a esposa havia feito para o almoço]. Ah! E tomei um copo de água da berinjela, que nem sei pra que serve, mas eu bebo.

Primeiro eu comi um prato de salada, por causa do colesterol e dos triglicerídeos. E o azeite de oliva eu inseri [na dieta] por causa do LDL. Eu escolho mais é em função de saúde e não de engordar/emagrecer. (Episódio 3).

Ainda pensando acerca de tais falas, acredito que, se no nível dos documentos oficiais e do planejamento de atividades pelos profissionais da saúde existe uma indefinição dos limites entre promoção da saúde e prevenção das doenças, na fala dos participantes do *Grupo Virando a Mesa* a esfera da promoção da saúde desaparece. Para eles, a função do grupo é prevenir as doenças quando possível e controlá-las quando necessário. Tal apagamento da esfera da promoção da saúde pode sugerir uma grave lacuna entre o que os profissionais da equipe da US Esperança acreditavam estar realizando no *Grupo Virando a Mesa* [a promoção da saúde], e as compreensões e atitudes, inclusive em relação a si mesmos, no sentido de se identificar a partir de suas doenças, dos participantes acerca dessa mesma atividade [muito mais alinhadas com a prevenção das doenças].

A fim de encerrar as discussões acerca da indefinição entre promoção da saúde e prevenção da doença, trago uma citação de Czeresnia (2009), que aponta a complexidade que implicaria o desenvolvimento de uma abordagem genuinamente focada na promoção.

A compreensão adequada do que diferencia promoção de prevenção é justamente a consciência de que a incerteza do conhecimento científico não é simples limitação técnica passível de sucessivas superações. Buscar a saúde é questão não só de sobrevivência, mas de qualificação da existência. É algo que remete à dimensão social, existencial e ética, a uma trajetória própria referida a situações concretas(...). Pensar, conseqüentemente, em termos de promoção da saúde é saber que as transformações de comportamento são orientadas simultaneamente por aquilo que se conhece acerca dos determinismos e pela clareza de que não se conhece, nem se chegará a conhecer, todos eles. (CZERESNIA, 2009: 53).

Passo agora para a discussão sobre os principais embates com relação às estratégias de promoção da saúde. O primeiro deles tem a ver com os custos dos sistemas de saúde.

Desde suas origens modernas, com o *Relatório Lalonde*, a promoção da saúde tem sido pensada em termos políticos, técnicos e, em grande parte, econômicos, uma vez que visava enfrentar os custos crescentes da assistência médica, ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica, considerada pouco eficiente, principalmente para as doenças crônicas (BUSS, 2009). Em substituição a este modelo curativo, a NSP, baseada em práticas de promoção da saúde, passou a focar suas ações nos estilos de vida 'saudáveis' envolvendo o controle individual em questões como a dieta, a atividade física, a conduta sexual, o uso do tabaco, álcool e outras drogas (PORTO; PIVETTA, 2009)

Tal perspectiva, classificada como individualista, tem sido vista criticamente como uma modalidade de saúde pública internacional que dá sustentação às políticas neoliberais e de redução dos compromissos do Estado para com a saúde de seus cidadãos.

Na seção “A Escola como Espaço de Promoção da Alimentação Saudável”, do *Manual Operacional para Profissionais de Saúde e Educação: Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas*, a questão da necessidade da redução de custos para a saúde pública aparece de maneira bastante clara:

A prevenção e controle dessas doenças e seus fatores de risco é fundamental para conter o crescimento epidêmico e as conseqüências na qualidade de vida da população. Além disso, as DCNT estão entre as doenças que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde, onerando em aproximadamente 70% do total de custos do SUS, excluídos os custos indiretos (...). O problema vem acometendo a população infantil, de forma que atualmente, corresponde ao problema nutricional mais comum nesta fase do curso da vida nos países desenvolvidos (...), assumindo também grande proporção no Brasil. (BRASIL, 2008b: 10, grifos meus).

E essa preocupação em termos dos custos relacionados ao excesso de peso se dirige especialmente às crianças, uma vez que a criança obesa tende a ser um adulto obeso com problemas de saúde mais graves [e mais onerosos]:

A obesidade infantil é a mais preocupante que a adulta, pois cerca de 50% de crianças que são obesas aos seis meses de idade e 80% das crianças obesas aos cinco anos de idade permanecerão com esta condição (...). Além disso, sabe-se que, quanto mais intenso e precoce é seu aparecimento, maior o risco de persistência no adulto, sendo mais graves as co-morbidades a ela relacionadas (...). Sendo assim, os hábitos alimentares assumem importante papel, porque são estabelecidos durante a infância, consolidados na adolescência e estão diretamente relacionadas ao risco de desenvolvimento dessas doenças crônicas na vida adulta. (BRASIL, 2008b: 10).

Com a intenção de “atacar o mal do excesso de peso” pela raiz, isto é, na infância, os documentos internacionais têm orientado o desenvolvimento de ações intersetoriais [como comentado na seção 3.6.1, do Capítulo 3]. Nesse sentido, o *Manual Operacional* destaca repetidamente a importância da escola [e de seu aparato disciplinar pedagógico já bem consolidado], para o governo das condutas das crianças em relação à sua alimentação:

A escola configura-se como espaço privilegiado para ações de promoção da alimentação saudável, em virtude de seu potencial para produzir impacto sobre a saúde, autoestima, comportamentos e desenvolvimento de habilidades para a vida (...). Exerce grande influência na formação de crianças e adolescentes e constitui, portanto, espaço de grande relevância para a promoção da saúde, principalmente na constituição do cidadão crítico, estimulando-o à autonomia, ao exercício dos direitos e deveres, às habilidades com opção por atitudes mais saudáveis e ao controle das suas condições de saúde e qualidade de vida. (BRASIL, 2008b: 11).

A busca por amplificar o escopo individualista da promoção da saúde para visões mais amplas e mais críticas, com enfoque em políticas intersetoriais, tem se dado em diferentes países.

Na França, o Programa Nacional Nutrição e Saúde *Manger Bouger* busca associar as campanhas de promoção da saúde direcionadas a mudanças de estilo de vida individuais às

ações do setor social, dos profissionais da saúde, dos profissionais da educação e das coletividades locais.

Nos Estados Unidos, o Programa *Let's Move! America's Move to Raise a Healthier Generation of Kids* conclama as famílias, as escolas e as comunidades a se engajarem nesta tarefa; no entanto, seu grande trunfo parece ser a campanha de promoção da saúde de abordagem individual, chamada *Presidential Active Lifestyle Award: Activity + Nutrition*, que consiste em uma espécie de prêmio concedido pelo presidente para aqueles indivíduos que se inscreverem nessa campanha e que alcançarem seus objetivos. Para participar basta se cadastrar no site, e caso seja de interesse individual, os participantes podem comprar certificados de participação, botons, medalhas, imãs de geladeira e camisetas da campanha para motivarem suas mudanças de estilo de vida.

No Brasil, o discurso e a implementação de estratégias de promoção da saúde tem ocorrido, desde a década de 1990 e vem cumprindo uma trajetória bastante incerta, nos últimos anos, em busca da intersetorialidade. O *Programa Saúde na Escola* é proposto como uma das inovações na busca por ações intersetoriais, neste caso visando a “saúde integral do estudante”. No entanto, conforme a análise de Porto e Pivetta (2009), as ações prioritárias previstas na Política Nacional de Promoção da Saúde ainda se direcionam às dimensões individuais e comportamentais – como a alimentação saudável, a atividade física, o controle do tabagismo e o uso de álcool e drogas – e, ainda que mobilizem recursos intersetoriais como a escola, possuem como foco o controle dos indivíduos e não dos determinantes e condições socioambientais.

Outro interessante embate com relação à promoção da saúde, destacado por Castiel (2009), é a possibilidade desta estratégia de saúde pública, nos moldes propostos por organismos internacionais, atuar no sentido de “colonizar” os valores de certos grupos culturais, na medida em que propõem mudanças de estilo de vida centradas em uma noção individualista de identidade, de *self*. O autor destaca que em muitos grupos:

os respectivos contextos culturais sustentam posturas identitárias instituídas de modo heteronômico, em que se destacam imperativos familiares e cumprimento de normas éticas fundadas, primordialmente, nos valores da coletividade, sobrepujando ideias de autonomias de 'eus'. (CASTIEL, 2009: 90).

Cita-se como exemplo as culturas asiáticas, africanas e hindus, que representam cerca de oitenta por cento da população mundial, e cuja influência não pode ser desconsiderada em nosso país.

O último embate que gostaria de discutir a respeito da promoção da saúde são os seus desdobramentos em termos econômicos de mercado, e desta forma, seu potencial como estratégia de geração de biovalor. Explico: ao orientarem mudanças nos estilos de alimentar-se, exercitar-se, enfim de cuidar de si, as práticas de promoção da saúde observadas, e em especial o *Grupo Virando a Mesa*, se articulam a uma ampla rede de produtos e serviços.

Apresento como exemplo destes produtos, os alimentos *diet* e *light*, os alimentos enriquecidos com ômega 3, os alimentos com fibras e os alimentos sem colesterol consumidos pelos participantes do *Grupo Virando a Mesa*, segundo suas falas nos Episódios 3 e 6, apresentadas anteriormente. Os participantes relatavam consumir tais produtos no sentido de melhorarem os seus índices de vitalidade – taxas sanguíneas de colesterol, triglicerídeos, glicose. Dessa forma, as estratégias de marketing destes produtos exploram o potencial molecular da própria vida em gerar rendimentos financeiros, através da promessa da manutenção ou do incremento de sua vitalidade; ou seja, exploram o seu biovalor agregado (ROSE, 2011).

#### **4.3.2. O Imperativo da participação da comunidade**

O atual modelo de saúde pública brasileiro – inspirado no movimento da Nova Saúde Pública – que busca trabalhar com um conceito ampliado de saúde, tem como uma de suas bases a participação da comunidade (às vezes chamada de participação popular, ou participação social). A ideia de participação da comunidade é encontrada na maioria das declarações nacionais e internacionais da área de saúde e promoção da saúde. Sendo assim, a participação da comunidade se tornou um dos pressupostos centrais de programas e práticas de saúde pública (PORTO; PIVETTA, 2009).

Apesar de ser um conceito básico e bem consolidado na área da saúde pública, a participação da comunidade se dá a partir de elementos que, por vezes, geram controvérsias e críticas. Nesta seção, gostaria de discutir especialmente alguns aspectos

associados às noções de participação e comunidade como estratégias de governo, à questão da responsabilidade associada e ao conceito de *empowerment*.

Começo as discussões acerca do imperativo da participação comunitária trazendo dois trechos do *Manual Operacional para Profissionais de Saúde e Educação: Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas*:

Estas diretrizes [diretrizes para a promoção da Alimentação Saudável nas escolas de Educação Infantil, Fundamental e nível Médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional, instituídas pela Portaria Interministerial nº 1010] apontam para a necessidade de ações intersetoriais e transdisciplinares, fundamentadas a partir da articulação entre as políticas de educação e saúde, envolvendo ainda a participação da sociedade civil, de modo a permitir a manifestação de suas capacidades, recursos e responsabilidades que possibilitem a efetiva transformação do ambiente escolar como promotor de saúde. Assim, o êxito para a consecução das ações de promoção da alimentação saudável depende do compromisso de gestores, profissionais de saúde e de educação e da participação ativa da comunidade escolar. (BRASIL, 2008b: 6, grifos meus).

O conceito ampliado de saúde e a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la a partir do imperativo da participação social são fundamentos para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde, que reconhecem a impossibilidade do setor sanitário de responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes da saúde. (BRASIL, 2008b: 9, grifos meus).

No texto intitulado “A morte do social? Re-configurando o território de governo”(ROSE, 2010), Nikolas Rose apresenta o conceito de comunidade de uma maneira singular, e até mesmo surpreendente, se considerarmos os usos habituais deste conceito. Neste texto, Rose propõe que, com o enfraquecimento dos estados de bem-estar-social, conjuntamente com o apagamento da ideia de Estado-Nação e associada à intensificação dos processos de globalização cultural, de mercado e das cadeias produtivas, a comunidade começa a surgir [para alguns sociólogos e ativistas de movimentos sociais], na década de 1960, como uma espécie de antídoto para a solidão e o isolamento dos indivíduos na chamada 'sociedade de massa'. No entanto, o que começou a partir de uma linguagem de resistência e crítica, rapidamente se transformou em um discurso de *experts*, em vocação de certos profissionais e em um campo de estudos [com as melhores das intenções, destaca Rose]. Neste movimento, o conceito de comunidade, que já era tradicionalmente relevante no pensamento político, se tornou uma estratégia governamental, na medida em que passou para o domínio da técnica.

Essa emergência da comunidade veio, em certa medida, responder a certas demandas que o modelo de governo, a partir do social [presente nas políticas sociais, previdência social, por exemplo], parecia não dar mais conta. Com essa emergência, começou a tomar forma um novo modo de demarcar um setor de governo, um “setor cujos vetores e forças podem ser mobilizadas, alistadas e arregimentadas em novos programas e técnicas que operam através da instrumentalização das alianças pessoais e das responsabilidades ativas: o governo através da comunidade” (ROSE, 2010: 89-90, tradução minha).

A importância da comunidade, como eficiente estratégia de governo das condutas, aparece de maneira bastante clara nos trechos citados acima, nos quais o “imperativo da participação da comunidade” (BRASIL, 2008b: 6) é conclamado como possível solução para a “impossibilidade do setor sanitário [cujas ações se situam mais ao nível do social] de responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes da saúde” (BRASIL, 2008b: 9). Ao que me parece, nestes trechos, podemos notar a emergência de um conjunto de racionalidades e técnicas que buscam governar através de escolhas reguladas feitas por atores distintos e autônomos, a partir de seus compromissos particulares com suas famílias e comunidades (ROSE, 2010).

A respeito das comunidades, cabe destacar que elas são, ao mesmo tempo, localizadas, heterogêneas, superpostas e múltiplas. Por exemplo, a comunidade da Escola dos Pinheiros se sobrepõe à comunidade da US Esperança, e também se relaciona com a comunidade do bairro na qual estas instituições estão inseridas. Nestas comunidades, os membros são diferenciados – há crianças, idosos, mulheres, homens, professores, profissionais da saúde, entre outros. Além disso, elas ainda podem se relacionar com outras comunidades deste mesmo espaço geográfico – associações de amigos de bairro, comunidade da escola de samba, por exemplo.

Quanto ao funcionamento da comunidade como estratégia de governo, [ou estratégia de governo da existência coletiva, nos termos propostos por Rabinow e Rose (2006), citados no início deste capítulo] é interessante reconhecer que ela atua de forma a tornar os indivíduos ao mesmo tempo autorresponsáveis e sujeitos a certas ligações emocionais e morais com relação aos demais membros da comunidade, com os quais é levado a se identificar.

De fato, a responsabilidade – em termos de responsabilidade associada entre indivíduos, comunidade, governo e setor privado – parece ser um aspecto chave para as

ações de promoção da saúde nos documentos analisados, como é possível notar em trechos extraídos do *Guia Alimentar para a População Brasileira*, os quais trago a seguir:

Muito embora, ao longo da história das políticas de alimentação e nutrição no Brasil, a área de Saúde tenha chamado pra si tais responsabilidades – mesmo porque é sobre esse setor que recaem as conseqüências da insegurança alimentar e nutricional – assegurar o direito à alimentação adequada a toda a população é uma responsabilidade a ser compartilhada por outros setores governamentais e pela sociedade como um todo. (BRASIL, 2006b: 16, grifos meus).

Assim sendo, a PNAN e a Estratégia Global, compartilham do mesmo propósito central: fomentar a responsabilidade associada entre sociedade, setor produtivo e público para efetuar as mudanças necessárias no âmbito socioambiental, que favoreçam as escolhas saudáveis em nível individual e coletivo. (BRASIL, 2006b: 18, grifos meus).

As condições ambientais, que são fatores de risco para muitas DCNT, podem ser alteradas mais rapidamente por meio de uma abordagem prioritária para ação, incisiva e conjugada, tanto pelos gestores públicos, profissionais da saúde, indústria, organizações sociais civis e mídia, quanto pelas famílias e pela comunidade. (BRASIL, 2006b: 20, grifos meus).

A noção de responsabilidade associada é construída no sentido de reconhecer que o problema do excesso de peso e a necessidade de promover práticas alimentares mais saudáveis não podem ficar restritas ao âmbito individual. Elas deveriam ser combinadas a ações governamentais de educação, regulação e fiscalização, entre outros; e também a ações do setor privado em termos de adequação e fomento de práticas educativas.

No entanto, apesar da responsabilidade associada ser conclamada recorrentemente neste documento oficial, quando tal *Guia Alimentar* procura prescrever certas práticas, estas parecem se restringir a esfera da responsabilidade individual e da comunidade, que são duas dimensões do autogoverno. Apresento como exemplo disso a “Recomendação 2” presente na seção “Parte 3 – As bases epidemiológicas e científicas”. Essa recomendação prescreve a limitação do consumo total de gorduras, a substituição do consumo de gorduras saturadas por insaturadas e a eliminação do consumo de gorduras hidrogenadas (*trans*), destacando que existem evidências científicas convincentes de que tais atitudes impactam positivamente a saúde dos indivíduos. No entanto, em termos de práticas, as sugestões deste *Guia Alimentar* ficam no nível do autogoverno; na necessidade dos

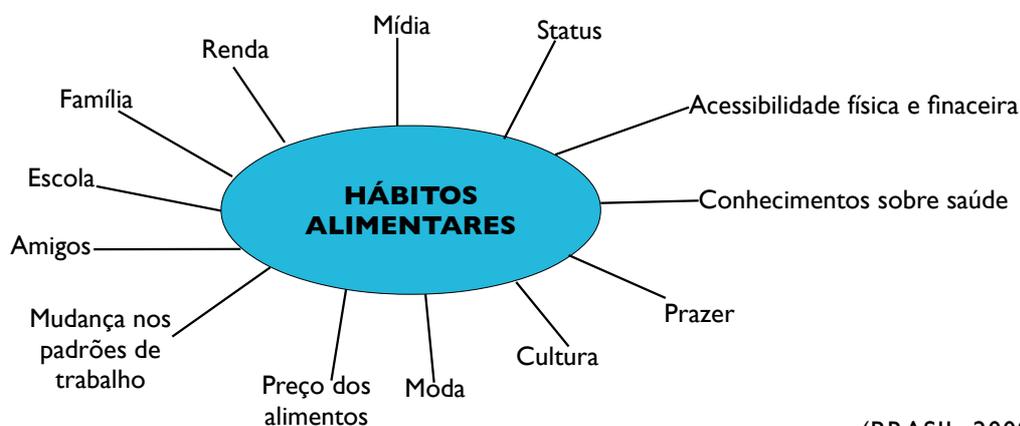
indivíduos controlarem os seus percentuais calóricos diários advindos das gorduras consumidas e na necessidade dos profissionais da saúde promoverem esta atitude. E neste caso, a insistência no autogoverno me parece notadamente simplista, pois há também uma evidência convincente de que as maiores fontes de gorduras hidrogenadas do tipo *trans* são os alimentos industrializados. Neste caso, como fica a responsabilidade associada do setor privado em termos de adequação e do setor governo em regulamentar e fiscalizar? Parece que insistir na responsabilização individual, e em sua outra faceta, que é a responsabilidade da comunidade, é uma estratégia de governo mais fácil e menos problemática, visto que não questiona, e muito menos interfere, no modelo atual de produção de alimentos, concentrado em algumas poucas empresas que detêm um enorme capital transnacional.

Continuando, ainda, a discussão acerca deste conflito responsabilidade associada *versus* práticas centradas na promoção da responsabilidade individual e/ou da comunidade, mostro um trecho e uma figura extraídos do *Manual Operacional para profissionais da saúde e educação*. O trecho abaixo constitui o “Passo 3” dos “Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas escolas”:

Passo 3: Desenvolver estratégias de informação às famílias dos alunos para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, enfatizando sua co-responsabilidade e a importância de sua participação neste processo.(BRASIL, 2008: 12).

A figura (Figura 2) procura representar os fatores que influenciam o modo como nos alimentamos:

**Figura 2.** Figura representando os fatores que influenciam a formação do hábito alimentar, retirada do *Manual Operacional para Profissionais da Saúde e Educação*



(BRASIL, 2008: 37).

A meu ver, ambos os excertos reconhecem que as ações de promoção da alimentação saudável na escola devem trabalhar como uma compreensão complexa da formação do hábito alimentar, que está de acordo com a ideia de responsabilidade associada entre indivíduo, comunidade, governo e iniciativa privada. No entanto, nos dois momentos em que a alimentação saudável foi escolhida como tema de atividade do PSE na Escola dos Pinheiros, o enfoque ficou na transmissão de informações sobre saúde, o que representaria apenas um dos doze fatores que influenciam o hábito alimentar apontados pelo *Manual Operacional*.

Detalho melhor esta tensão em relação ao Episódio I, no qual foi trabalhada a temática da escolha de alimentos saudáveis para a família, usando como recursos alguns recortes de encartes de jornal representando certos alimentos e as “sacolas” de compras que deveriam ser relacionadas com os personagens *Lisa*, *Bart* e *Homer*, dos *Simpsons*. O objetivo era que os estudantes compreendessem que a alimentação saudável deve incluir alimentos representativos de todos os grupos de nutrientes [carboidratos, proteínas, vegetais, frutas, legumes, açúcares e gorduras] em quantidades diferenciadas e balanceadas.

No segundo momento da atividade, os alunos deveriam se imaginar em um supermercado e montar sua própria sacola de compras saudáveis, considerando a mesma referência dos grupos de nutrientes. Apesar do recurso utilizado e da situação imaginada apresentarem a possibilidade de que fossem realizadas discussões mais ampliadas sobre as escolhas alimentares, atentando para a construção do hábito alimentar, as questões de

acessibilidade financeira e física a certos alimentos, a moda e a mídia, entre outros, a atividade ficou centrada na transmissão de informações e na necessidade de governo da conduta dos indivíduos, de suas famílias e de sua comunidade.

Ao insistir, ainda, no enfoque primordial das atividades de promoção da saúde estudadas centrarem-se na transmissão de parâmetros e técnicas de autogoverno, trago a cena narrada no Episódio 11. Neste episódio, a noção de força de vontade aparece de forma recorrente e naturalizada nas falas dos estudantes:

Os estudantes começam a discutir entre si [a respeito das chances de recuperação do usuário de drogas]:

- Eu não concordo. Acho que é só a pessoa ter força de vontade e procurar um recurso.

- Acho que é só a pessoa ser forte e querer.

- Tem clínicas que eles tratam [os viciados].

- Tem que se internar...

(...)

A nutricionista intervém:

- Pois é, é muito importante esta questão da força de vontade, da pessoa querer largar o vício e procurar ajuda dos profissionais de saúde. As pessoas podem procurar as US ou mesmo os CAPS [Centros de Apoio Psicossocial] ou as CAPS AD [Centros de Apoio Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas], que tratam especificamente destes problemas.

Fico surpresa como tema da força de vontade se mostra tão legítimo, forte, recorrente e naturalizado nas respostas dos estudantes. Fico também um pouco incomodada com a força que as gurias da equipe fazem para chegar num consenso:

(...)

O sinal do fim da aula bate e a enfermeira conclui:

- É como a nutricionista falou, vai depender da força de vontade de cada um. (Episódio 11).

Antes de apontar qualquer análise acerca deste excerto, cabe destacar que o tema trabalhado nesta atividade do PSE não se relacionava especificamente com a prevenção e controle do excesso de peso; o tema desta atividade era “Drogas”. No entanto, acredito que a naturalidade, a legitimidade e a recorrência com que a noção de força de vontade, em termos de modificações de estilo de vida surgiu na fala de crianças de cerca de onze anos, merece ser pensada mais profundamente. De fato, as falas dos estudantes me deixaram perplexa naquele momento [como se percebe no comentário que faço após as falas]. Esse uso da noção de força de vontade pelos estudantes, reforçada pela fala das profissionais da US Esperança que também recorrem a este mesmo recurso, me leva a pensar o quanto estes estudantes já estão interpelados por ações de promoção da saúde

que insistem na responsabilidade individual em realizar mudanças de estilo de vida, através dos conteúdos escolares, campanhas de saúde, programas de televisão, revistas, entre outros materiais.

Tendo discutido o uso da comunidade como estratégia de governo e as tensões geradas acerca a responsabilidade associada, passo agora a discutir outro aspecto relacionado ao imperativo da participação da comunidade, bastante importante e falado, o conceito de *empowerment*.

Em linhas gerais, o *empowerment* é uma abordagem de intervenção social que busca tornar os indivíduos, antes marginalizados e discriminados, conscientes de suas carências e competentes para realizar as reivindicações necessárias para corrigir esse quadro. O conceito de *empowerment* vem sendo discutido e utilizado desde a década de 1970, nos movimentos de ações afirmativas norte-americanos. No Brasil, tal conceito tem se articulado ao referencial freiriano, e sido proposto como pressuposto de uma promoção da saúde emancipatória e que tenha por “tarefa central a criação de processos relacionais, dialógicos e políticos que possibilitem a emergência de novas práticas democráticas e distributivas em termos de recursos existentes na sociedade.”(PORTO; PIVETTA, 2009: 213).

Com relação à participação da comunidade, o *empowerment* é proposto como uma questão central, na medida em que é visto como sendo determinante para a constituição de processos de promoção da saúde que fomentem mudanças mais radicais e sustentáveis em direção ao alcance da equidade (PORTO, PIVETTA, 2009). E, no sentido de efetivar o *empowerment* dos indivíduos e comunidades, o conhecimento popular e a participação social consequente a este conhecimento deveriam estar na base da formulação conceitual da promoção da saúde (BUSS, 2009).

Esta crença na necessidade de incluir os indivíduos e considerar seus conhecimentos no planejamento das atividades de promoção da saúde parecia ser partilhada pelos profissionais da equipe da US Esperança, envolvidos na realização das duas práticas de promoção da saúde acompanhadas, especialmente nas atividades do PSE na Escola dos Pinheiros. Já o processo de transformar essa crença em atitudes, parece envolver, em minha análise, uma ideia do que seria participação dos indivíduos em vistas de seu *empowerment* passível de algumas críticas. Explico melhor: do total de doze atividades do PSE, que foram realizadas na Escola dos Pinheiros, entre novembro de 2009 e dezembro de 2010, duas foram dedicadas ao debate pela escolha de temas para as atividades do semestre [Episódios 10 e 13] e duas foram dedicadas a realização de uma

avaliação das atividades, combinadas com uma autoavaliação [Episódios 12 e 17] –, realizadas a partir da aplicação de um questionário escrito.

Isto mostra a preocupação da equipe de profissionais da US Esperança, responsável pelo planejamento e pela realização das atividades do PSE na Escola dos Pinheiros, em escutar os estudantes – suas vontades, suas carências –, uma vez que dedicaram um terço das atividades para isso. No entanto, a dinâmica da escuta de demandas, muitas vezes se dava através de um processo um tanto quanto conduzido por estes profissionais até os desfechos que eles [profissionais] consideravam adequados, numa espécie de jogo em que “eu lhe digo o que eu quero que você me diga que você deseja/precisa aprender”. Essa impressão vale tanto para a escolha de temas quanto para as conclusões feitas ao final das atividades. Ilustro esta impressão, com alguns comentários acerca do questionário de “Avaliação do Projeto”, aplicado aos estudantes no Episódio 12, cujo modelo se encontra abaixo (Figura 3):

**Figura 3.** Modelo do questionário de Avaliação do Projeto aplicado aos estudantes no Episódio 12

**AVALIAÇÃO DO PROJETO:  
ESCOLA DOS PINHEIROS – UNIDADE DE SAÚDE ESPERANÇA**

**1) Vocês gostaram das atividades realizadas?**

( ) Sim    ( ) Não    ( ) Regular (mais ou menos)

Sugestões/ O que pode melhorar?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2) Vocês têm interesse que as atividades continuem no 2º semestre?**

( ) Sim    ( ) Não    Por quê?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3) Como vocês gostariam que os temas fossem trabalhados nos próximos encontros?**

( ) teatro    ( ) filmes, músicas    ( ) cartazes, pintura, desenhos    ( ) palestra  
( ) discussões    ( ) jogos    ( ) outros: \_\_\_\_\_

Desconsiderando a confusão básica do questionário ser individual, e suas questões terem sido propostas em nível coletivo, penso que tal questionário de avaliação torna visível alguns problemas neste processo que deveria ser de escuta e participação dos estudantes. O primeiro deles tem a ver com o curto espaço de tempo destinado a sua aplicação e discussão com os estudantes. Após esses preencherem os questionários, os formulários foram levados para a US Esperança e analisados em uma espécie de reunião, como narro no trecho abaixo:

Durante a reunião, cada participante recebe um bolinho de questionários para serem lidos e sistematizados. Eu também recebi um bolinho e comecei a anotar os pontos mais importantes.

Após alguns minutos, a nutricionista começa a apresentar o resultado do seu “bolinho” e percebo que eu fiz uma sistematização muito qualitativa dos meus – pois as outras pessoas haviam anotado quantos “sim”, “não”, “teatro”, etc, havia em casa turma! Fiquei meio sem jeito e reaturei os meus dados... (Episódio 12).

Como comento no trecho acima, a discussão dos resultados dos questionários se restringiu a uma apuração numérica das respostas, sem uma reflexão a respeito do significado de tais resultados, e o que isso significava em termos de replanejamento das atividades.

Além disso, saliento que as metodologias e os recursos utilizados pelos profissionais da US Esperança, na realização das atividades do PSE na Escola dos Pinheiros, pouco colaboravam para que os estudantes pudessem falar de si, de suas experiências e suas dúvidas com relação aos temas abordados, de maneira que as atividades ficassem centradas nas falas dos profissionais. Além disso, foi privilegiada a abordagem estritamente biológico-científica dos temas em saúde expostos. Tal apresentação dos fenômenos corporais, “a partir dos conhecimentos 'ditos' científicos, desconsidera ou não permite a entrada em cena de outras aprendizagens – aquelas adquiridas ao longo da existência das pessoas na relação dos seus corpos com o meio onde vivem” (SOUZA; CAMARGO, 2011: 28). Tendo tudo isso em mente, acredito que os processos de geração de autonomia e *empowerment* que, pretensamente, estariam se dando a partir desse modelo de atividade de promoção da saúde, talvez pudessem ser problematizados.

Nesse sentido, concordo com Rose (2010), quando este autor comenta que, mesmo com a ampla difusão da idéia de *empowerment*, os profissionais da saúde se relacionam de forma pedagógica e responsabilizante com os indivíduos de suas

comunidades. E o autor ainda acrescenta que, dessa forma, o *empowerment*, na prática, tem a ver com a atitude dos profissionais da saúde em ensinar, liderar e requisitar que os indivíduos conduzam a si mesmos a partir de determinadas comunidades de estilo de vida e de acordo com determinadas técnicas de responsabilidade individual ativa. Além disso, ao enfatizarem a necessidade de se fortalecer a capacidade dos indivíduos de protagonizarem suas vidas, o *empowerment*:

passou a abarcar um conjunto de intervenções para transmitir, sob tutela, certas técnicas mentais, éticas e práticas para o autogerenciamento ativo ratificado profissionalmente. Sob o signo do *empowerment*, podemos assim observar a redistribuição de toda a panóplia de tecnologias psicológicas para a reforma da conduta em relação a normas particulares, desde a psicoterapia individual em variadas formas racionais e cognitivas, passando pelo uso de técnicas comportamentais programadas para o trabalho em grupo. Ao se alinharem com essa visão 'superficial' dos novos *experts* do governo das condutas, entretanto, essas técnicas são reconceitualizadas de forma que eles possam ser vistas como tendo resultados comportamentais e mentais visíveis, identificáveis e especificáveis, e possam indicar como foco os comportamentos que parecem ser passíveis de mensuração e cálculo. E, como podemos ver, a ênfase em objetivos, focos e mensurações é parte de um novo jeito não somente de gerenciar as relações entre profissionais da saúde e usuários, mas de gerenciar estes próprios profissionais. (ROSE, 2010: 107, tradução minha).

Após discutir alguns aspectos acerca do uso da participação comunitária como estratégia de governo, que opera ao mesmo tempo ao nível coletivo e individual, na medida em que prescreve condutas pessoais, mas concomitantemente estabelece afiliações e compromissos entre os membros da comunidade na busca pelo objetivo compartilhado, gostaria de comentar alguns de seus efeitos em termos de modos de subjetivação dos indivíduos envolvidos nas atividades de promoção da saúde acompanhadas. Neste caso, detalharei mais especificamente sobre os participantes do *Grupo Virando a Mesa*.

No transcorrer das reuniões da prática de promoção da saúde, pude perceber nas falas dos participantes que eles se identificavam como uma espécie de pequena comunidade, que estava contida dentro da comunidade mais ampla dos usuários da US Esperança. Estes participantes estabeleciam certos laços emotivos, de aliança entre si: eles eram os indivíduos que buscavam ali os conselhos profissionais e o apoio mútuo no sentido de realizarem as tecnologias de si<sup>55</sup> necessárias para a adoção de um estilo de

---

55 Para Foucault, as práticas definem seu campo de estudo; estas se definem pela regularidade e pela racionalidade que acompanham os modos de fazer. Os conceitos de técnica e de tecnologia agregam à ideia de prática os conceitos de estratégia e tática. Com efeito, estudar as práticas como técnicas ou tecnologias consiste em situá-las em um campo que se define pela relação entre meios (táticas) e fins (estratégias). Foucault utilizou esta terminologia e esta

vida saudável [as quais Rose (2011) chamou de tecnologias do *self* saudável, conceito que comento mais profundamente no Eixo Analítico 3, na seção 4.3.3], com o objetivo principal de perder peso. Nesse sentido, trago algumas falas dos participantes, extraídas de diferentes episódios:

As participantes começam, então, seus comentários:

- Quem me dera não gostar de doces, chocolates...
  - Não é que a gente não gosta. Mas chega um ponto que a gente tem que se controlar. Se não, você faz os exames e dá colesterol e a glicose lá em cima.
  - Eu acho que o melhor é nem comprar...
- Nisso, uma participante diz:
- Hoje eu fiz uma coisa de criança. Eu coloquei uma caixa de bombom no carrinho, dei toda a volta no mercado e devolvi.
- Uma participante então observa:
- Viu como é bom o grupo. Se não tem o grupo, a gente come mesmo!
- Com o que as outras concordam:
- Vejo que o grupo é um desafio contra nós mesmas, para melhor.
  - Mas é verdade, se eu não tiver no grupo, eu engordo.” (Episódio 4).

Hoje está presente o pelotão das fêis [participantes mais antigas do grupo], um dos senhores [o não obeso], três participantes novos [um casal – marido com sobrepeso e esposa bastante obesa – e vizinha com sobrepeso] e uma participante que entrou no último mês [obesa].

A nova participante obesa começa a contar que ela já havia participado do grupo há dois anos, que havia perdido peso, mas que voltou a engordar.

Ao que as outras participantes acrescentam:

- Tem que vir que a gente consegue.
- Se faltar a gente desanima.
- Se falhar uma vez já viu... (Episódio 5).

Os laços de sociabilidade estabelecidos entre os participantes do *Grupo Virando a Mesa*, organizados em torno de tecnologias de si na busca por um peso corporal considerado como adequado segundo parâmetros científicos, se aproximam do conceito de biossociabilidade. Proposto inicialmente por Rabinow (1999), esse conceito define um modelo de sociabilidade apolítica constituída por grupos de interesses privados, reunidos segundo critérios de saúde, performances corporais, doenças específicas, longevidade, entre outros. Na biossociabilidade, termos oriundos do vocabulário médico – como é exemplo do IMC, das taxas de colesterol, dos triglicérides e das taxas de glicose no sangue, frequentemente citadas nas reuniões do *Grupo Virando a Mesa* – popularizam-se e

---

conceitualização para estabelecer uma metodologia de análise do poder – disciplinar e posteriormente o biopoder – e depois a estendeu para o estudo da ética (FOUCAULT, 2006c). Comento mais a respeito das tecnologias de si nas páginas 124 e 125.

adquirem uma conotação moralizante, fornecendo os critérios de avaliação individual. “Ao mesmo tempo, todas as atividades sociais, lúdicas, religiosas, esportivas, sexuais são ressignificadas como práticas de saúde” (ORTEGA, 2002: 154).

No caso do *Grupo Virando a Mesa*, os interesses e critérios giravam em torno do peso, e eram reforçados pelas falas e atitudes das organizadoras:

Tem vezes que a gente tem que dar um puxão de orelha nelas:  
- Qual é o objetivo do grupo?  
(...)  
Perguntamos para elas se elas queriam um grupo de convivência, e elas disseram “não, a gente quer emagrecer!” (Conversa de corredor com nutricionista organizadora do *Grupo Virando a Mesa*).

Acerca destas comunidades biossociais, é interessante salientar que, na atualidade, com a internet e a emergência das redes sociais, muitas vezes elas congregam indivíduos geograficamente dispersos, que se esforçam em busca de uma solução ou um controle para seus problemas de saúde.

Esta atitude de subjetivação a partir das tecnologias do *self* saudável fazem parte de uma nova modalidade de cidadania, a qual Rose (2010) chamou de cidadania biológica, ou em outras palavras, consiste na realização de um conjunto de práticas a partir das quais certos indivíduos das avançadas sociedades liberais ocidentais buscam se governar de acordo com uma “ética de cidadania ativa e são obrigados a administrar suas próprias vidas através de escolhas, a se responsabilizar por seu futuro e a maximizar seus próprios potenciais” (ROSE, 2010: 631).

Antes de encerrar as discussões acerca do imperativo da participação da comunidade, gostaria ainda de comentar um último aspecto.

Ao acompanhar as diferentes atividades realizadas na US Esperança, pude perceber que os profissionais da equipe encaravam as atividades de promoção da saúde como uma forma de ir organizando a enorme e constante demanda por atendimentos nesta US. Nesse sentido, apresento um trecho do Episódio 20:

- No posto [da Ilha da Pintada], as nutris não davam conta de atender a população muito grande. Foi então feito um chamamento para um grupo no posto, mas que teve uma adesão baixa. Daí surgiu a ideia de trabalhar com a escola (...) Foi uma maneira de amplificar o efeito. (Episódio 20).

Este trecho, composto pelo relato de uma nutricionista sobre sua experiência do estágio de graduação em uma US na Ilha da Pintada [por ocasião de sua palestra na Reunião do Núcleo de Nutrição da Residência Integrada em Saúde], de certa forma, corrobora com a minha percepção de que as atividades de promoção da saúde que buscam estabelecer a participação da comunidade no sentido de governar suas condutas, podem funcionar também como uma solução para organizar a exagerada demanda por atendimentos, em localidades nas quais a ESF não cobre toda a população do município [pelo menos não de maneira efetiva, como em Porto Alegre] – que é o caso de boa parte dos municípios de nosso país; tendo em vista que, apesar de 5294 dos 5561 municípios brasileiros possuírem a ESF, somente 53,52% da população brasileira estava coberta pela ESF, segundo os dados do Ministério da Saúde relativos a dezembro de 2011.

#### **4.3.3. Sempre alerta! – (Auto) Vigilância e gestão de si**

O modelo de promoção da saúde, cujas ações investem na participação da comunidade como uma estratégia de controle das condutas, procura, dentre outras coisas, ensinar aos indivíduos certos modos de agir, sentir e pensar. Ao mesmo tempo, colocam em funcionamento práticas de vigilância de parâmetros indicadores de saúde e ensinam tecnologias de autovigilância, no sentido de garantir que os indivíduos exerçam uma gestão de si adequada. A proposta é simples e constante: é preciso que os indivíduos estejam sempre em estado de alerta.

O funcionamento articulado destes dois tipos de tecnologias de vigilância pôde ser percebida nas atividades de promoção da saúde acompanhadas nesta pesquisa, em especial, e de maneira bastante recorrente e direta, no *Grupo Virando a Mesa*, atividade acerca da qual passo agora a discutir.

De acordo com as organizadoras, o *Grupo Virando a Mesa* constituía-se, especificamente, como um grupo de emagrecimento, destinado aos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que possuíssem um IMC maior que 24,9, e que por isso se encaixavam nas categorias de sobrepeso ou obesidade (em diferentes graus). Seus encontros eram semanais, com duração de uma hora e trinta minutos, realizados às quintas-feiras, das 15h às 16h30, na Sala de Grupos da US Esperança.

Esta Sala de Grupos era composta por um conjunto de cerca de 20 poltronas dispostas em círculo, um quadro grande para anotações e um mural onde ficavam anexados avisos, *folders* de campanhas de saúde e cartazes produzidos pelos demais grupos de promoção em saúde realizados na US Esperança[ como o grupo de convivência, grupo de gestantes, grupo de desabafo, grupo de caminhada, grupo de meditação, entre outros]. O *Grupo Virando a Mesa* era organizado sempre em dupla, por uma nutricionista residente e por outro profissional da US Esperança [no período em que acompanhei as reuniões, participaram enfermeiras e assistentes sociais]. Durante os dois semestres que estive em contato com o *Grupo Virando a Mesa*, o número de participantes máximo em uma reunião foi treze. E houve reuniões com dois participantes. Em geral, o número de participantes ficava em torno de 8 pessoas.

A dinâmica básica dos encontros do *Grupo Virando a Mesa* seguia uma sequência prevista, típica de uma prática de vigilância, na qual os participantes eram primeiro examinados, para em seguida serem classificados e, por fim, categorizados. Os participantes chegavam e eram pesados na Sala da Enfermagem, que ficava próxima à entrada da US Esperança; seu peso era anotado em uma carteirinha [recebida no primeiro encontro], e, então, se dirigiam para a Sala de Grupos. Lá, a nutricionista afixava um quadro motivacional, no qual era representada uma tabela, da qual constavam os nomes dos participantes[linhas] e o seu peso em cada semana [colunas], que renovada mensalmente; para cada meio quilo eliminado [segundo os participantes, não se deve dizer quilos perdidos, porque o que se perde, uma hora ou outra, acaba sendo achado...] o participante recebia uma “carinha feliz” que afixava no local correspondente ao seu nome na tabela; para cada meio quilo adquirido era recebida uma “carinha triste”; se o peso fosse mantido, o participante recebia uma “carinha indiferente”. Trago abaixo uma representação do modelo do quadro motivacional (Figura 4) e o modelo da carteirinha dos participantes do utilizados pelo *Grupo Virando a Mesa* (Figura 5).

**Figura 4.** Representação do quadro motivacional utilizado no Grupo *Virando a Mesa*

<b>QUADRO MOTIVACIONAL</b>	<b>Semana 1</b>	<b>Semana 2</b>	<b>Semana 3</b>	<b>Semana 4</b>
Participante 1 <b>77 kg</b>	76,5 kg 	76,5 kg 		
Participante 2 <b>69 kg</b>	69 kg 	68 kg  		
Participante 3 <b>85 kg</b>	86 kg  	86 kg 		



Após o momento da distribuição das “carinhas” no quadro motivacional, a nutricionista perguntava se havia algum participante novo – e, se fosse este o caso, procedia-se uma rodada de apresentações. A seguir, a nutricionista lançava algumas questões gerais sobre a semana dos participantes, sobre o que haviam feito com relação à alimentação, quais as dificuldades e as novidades da semana que havia se passado.

Passados alguns minutos, a nutricionista apresentava o tema da reunião que, em algumas semanas havia sido sugerido pelos participantes no encontro anterior, mas que na maioria das vezes era definido pelas organizadoras. Em muitas das reuniões, a profissional parceira da nutricionista tinha um papel coadjuvante, de debatedora dos temas. A maior parte das dúvidas, questionamentos e comentários eram dirigidos à nutricionista.

No início de cada mês era realizada a cerimônia do “pote dos desejos”: um pote de vidro transparente, no qual cada participante colocava o número de bolas de gude equivalente a quantidade de quilos que desejava eliminar no mês que se iniciava. Segundo as organizadoras, era uma estratégia de motivação coletiva, que procurava mostrar que todos os participantes estavam ali com um objetivo comum, reforçando a coesão e o apoio mútuo. No final do mês, eram calculados quantos quilos haviam sido eliminados pelo grupo, considerado como um todo, e o número equivalente de bolas eram retiradas do pote. O objetivo era que o grupo, ao final do mês, conseguisse esvaziar o pote. Caso ele não estivesse vazio, as organizadoras incentivavam os participantes a refletir sobre o porquê deste resultado – dificuldades no emagrecimento, perda de motivação no período, ou ainda expectativas de perda de peso superestimadas. Em geral, os participantes mais antigos procuravam colocar poucas bolas: uma ou duas. Os participantes mais novos [e mais afoitos], em sua maioria, colocavam um número maior de bolas: quatro ou mais. Em nenhuma das cerimônias de final de mês, que acompanhei, o “pote dos desejos” foi totalmente esvaziado.

Durante os meus acompanhamentos, os temas escolhidos para discussão no grupo ficaram centrados em aspectos específicos da nutrição (tabela de calorias, chocolate gorduras). Além disso, discutiu-se sobre atividades físicas, suas recomendações e seus índices de perda calórica. Na maioria das vezes, a nutricionista preparava uma pequena fala de esclarecimento sobre o tema e apresentava algum material coletado da internet. Em algumas ocasiões, especialmente quando se tratava da classificação de algum tipo de alimento/nutriente, era proposta a construção de cartazes – com recortes ou palavras escritas – que ficavam afixados na Sala de Grupos.

Tal descrição da dinâmica básica das atividades realizadas nas reuniões do *Grupo Virando a Mesa* traz exemplos de técnicas de vigilância utilizadas pelos profissionais na busca por motivar a perda de peso dos participantes [pesagem semanal, carteirinha, quadro motivacional, por exemplo]; assim como mostra também exemplos de tecnologias de si que os participantes lançam mão nesta tarefa [exame de consciência, relato/confissão do que comeram durante a semana, por exemplo]. A seguir, apresento trechos retirados de diferentes episódios, a partir dos quais comentarei mais detalhadamente este conjunto de técnicas e tecnologias de si:

Hoje, após meses de familiarização e sondagem na US Esperança – participando de vários grupos organizados pela nutricionistas, inicio meu caderno de campo.

É a primeira reunião do ano de 2009, as participantes do *Grupo Virando a Mesa* estão de volta das 'férias'.

(...)

As participantes começam as suas 'confissões' sobre as últimas semanas. Uma delas diz:

- Foram duas semanas de pecado...

São discutidos os modelos/atividades realizados anteriormente no grupo. Nisso, as participantes dizem prontamente:

- Queremos o mural do peso [quadro motivacional das carinhas] !

- Aquele era bom!

- Funcionou comigo...

A nutricionista propõe então que haja um acompanhamento mensal mais detido nas questões de IMC, circunferência abdominal, quantos quilos quer eliminar.

(...)

Nisso, algumas participantes começam a falar de seus objetivos, expectativas, desejos, etc. Uma delas diz:

- Preciso perder vinte e cinco quilos! Pra começar... (Episódio 1).

Os participantes novos voltam da pesagem assustados com seu peso e seu IMC, com as carteirinhas nas mãos, e caras de culpados, envergonhados, ruborizados.

A atividade de hoje é o balanço mensal da perda de peso, a medida da circunferência abdominal, a revisão do pote dos desejos e a comparação na carteirinha [da evolução individual no último mês].

Na comparação, observo que três participantes perderam peso [0,5 a 1 kg] e três participantes ganharam peso [1 a 2 kg].

Na revisão do pote [dos desejos], sobraram 4 bolinhas, o que significa que 4kg que deveriam, segundo o desejo das participantes, terem sido eliminados, não foram.

A nutricionista então pergunta:

- O que aconteceu?

- Aconteceu que eu comi mesmo.

- Eu não comi tanto, eu comi chocolate. Tenho comido bastante salada, pouca carne e feito mais exercício. Comi muito satisfeita. Não me sinto culpada – confessa a participante, numa espécie de desabafo de sua transgressão.

- No meu caso não foi só chocolate, foi pão feito em casa, churrasco.

A nutricionista interrompe:

- O que a gente pode fazer na vida de cada um para reverter este caso? Se é o que cada um quer... É importante cada um pensar se este ainda é o seu objetivo. (Episódio 5).

Após a pesagem e a anotação dos pesos no quadro motivacional, as carinhas são distribuídas.

Ninguém ganhou carinha triste essa semana e, apesar de alguns participantes não terem emagrecido, a nutricionista ressalta a positividade desta situação.

A nutricionista propõe:

- Podemos então contar o que fizemos essa semana para emagrecer?

Uma das participantes logo responde:

O que eu fiz? Bem, eu vou contar o que eu NÃO fiz... Não comi pão, não tomei vinho, não comi chocolate, nada destas coisas que eu gosto. Ah! Tenho comido muita fruta. Só não tomo leite porque tenho intolerância à lactose.

(...)

Uma participante diz que está tentando substituir seu café da tarde e o lanche da noite por um shake diet, para enganar a vontade de comer doce. (Episódio 2).

Estamos de volta à nossa sala de grupo na US Esperança [acabou a vacinação contra a febre amarela]. Começa o 'acerto de contas', já que hoje foi retomada a atividade do quadro motivacional, suspensa semana passada devido à questão do deslocamento. Os participantes começam a chegar da pesagem com suas carteirinhas com os pesos anotados, e o balanço das carinhas é feito. Hoje quase ninguém ganhou carinha triste. A maioria foi de carinhas estáveis e três participantes conseguiram a tão desejada carinha feliz.

(...)

- Quem perdeu peso, o que fez?

- Manarei a comida e fiquei mais no bife e salada – reporta um dos orgulhosos ganhadores de uma carinha feliz.

- Caminhada, bastante caminhada – diz a outra felizarda.

- Eu também caminho bastante – acrescenta o primeiro.

(...)

A nutricionista propõe:

- Como eu estou percebendo que vocês têm muitas dúvidas, vamos marcar de medir o percentual de gordura corporal no próximo encontro.

O pessoal se empolga:

- Vamos desvendar esse mistério.

A nutricionista então explica como é feito o exame – medida de circunferências e dobras cutâneas – e combina o tipo de roupa que elas devem usar para facilitar o exame. (Episódio 8).

No *Grupo Virando a Mesa*, caracterizado como um grupo especificamente destinado ao emagrecimento, o elemento **peso corporal** e as desejadas modificações que este deveria sofrer eram as bases em torno das quais se organizavam as práticas e discussões em todas as reuniões. Cientes dessa centralidade do peso, as organizadoras do *Grupo Virando a Mesa* lançavam mão de estratégias que se encadeavam e se combinavam, num processo de aferição, registro particular, registro compartilhado e geração de um compromisso com o coletivo dos participantes.

Deste modo, todas as reuniões começavam com a mesma atividade, qual seja, os participantes eram encaminhados à Sala de Enfermagem, local onde ficava a balança da US Esperança, para terem seu peso aferido pela nutricionista. Em seguida, ela anotava o peso de cada um em sua carteirinha, fazendo um registro particular [ou mais ou menos, pois os participantes tinham o hábito de mostrar as carteirinhas para os demais] e semanal do peso; desta forma, o participante tinha consigo algo concreto para lembrá-lo constantemente, ao longo da semana que iria se passar, da necessidade de se recordar de seu compromisso em perder peso, e neste sentido, sempre estar alerta.

Além da aferição e do registro particular, outra estratégia, cuja eficiência era recorrentemente citada pelos participantes, era lançada mão: o quadro motivacional das carinhas. Ela agia como um mecanismo de recompensa e punição, que funcionava na medida que envergonhava, perante os demais participantes do grupo, os que ganhavam peso e premiava os que emagreciam, fortalecendo a autoestima. Em minha opinião, esse quadro motivacional se configurava como uma tecnologia sutilmente cruel e moralizante [apesar de ter sido criado pelas organizadoras para ser algo lúdico], de exposição dos participantes, que buscava governar a partir da vergonha e que contava com o imperativo do comprometimento e da aliança com os objetivos do Grupo para amplificar seu efeito.

Ainda neste sentido de geração de um compromisso, de uma aliança compartilhada na tarefa de emagrecer, as profissionais que organizavam o *Grupo Virando a Mesa*, utilizavam o pote dos desejos – que ficava exposto durante todo o mês na Sala de Grupo – que através de suas bolinhas procurava incitar e encorajar a dedicação dos participantes. Entendo essa tecnologia do pote dos desejos o funcionamento de uma forma concreta e simbólica de potencializar o compromisso dos participantes em perder peso, pois mesmo que cada um colocasse poucas bolinhas, o pote [que era uma responsabilidade de todos] sempre tinha muitas bolinhas e era preciso não fraquejar perante o inimigo.

Além do elemento peso corporal, após algumas reuniões, a nutricionista organizadora do *Grupo Virando a Mesa* passou a lançar mão da aferição de outros elementos, como a circunferência abdominal, medida com uma fita métrica; e o percentual de gordura corporal, mensurado a partir do uso combinado da fita métrica e do adipômetro – um aparelho que media os milímetros das dobras cutâneas –, no sentido de reforçar a importância da tarefa e a vigilância do desempenho dos participantes. Acerca desta tentativa de enredar os indivíduos em redes cada vez mais detalhadas de vigilância,

trago um trecho retirado de uma Reunião do Núcleo de Nutricionistas da Residência Integrada em Saúde:

- [A nutricionista] Tem que procurar puxar o cara para o posto... Tem que dizer 'quem sabe a gente marca o médico para ver a questão hormonal, os triglicerídios, controlar a pressão. (Episódio 19).

É preciso salientar que as técnicas utilizadas pelas profissionais organizadoras do grupo não procuravam estabelecer as atitudes e os alimentos em termos de proibido e permitido ou obrigatório. Em especial, as nutricionistas, buscavam, em reiteradas ocasiões, desfazer essa 'imagem' do nutricionista dizendo o que pode e o que não pode. Elas apostavam em técnicas que apontavam para os indivíduos quais eram as suas más condições de saúde, combinadas com a divulgação de informações sobre o que seria uma alimentação saudável e sobre a importância da atividade física. Em suma, recorriam à estratégia de responsabilização individual por adotar mudanças de estilo de vida [já bastante comentada nas seções anteriores em relação às práticas de promoção da saúde]. Ou como foi dito por uma nutricionista em uma Reunião do Núcleo de Nutricionistas da Residência Integrada em Saúde [em um resumo primoroso do funcionamento das estratégias biopolíticas]:

A gente tem que lutar contra o que a cultura e a sociedade pensam sobre dieta, sobre o trabalho do nutricionista [em relação às proibições] (...) Proibir não ajuda a limitar, é preciso promover liberdade para produzir mais controle. (Episódio 18).

Além das técnicas de vigilância utilizadas pelas profissionais, os Episódios do *Grupo Virando a Mesa* mostram o funcionamento de tecnologias de si, como o exame de consciência, a confissão, a abstinência, utilizados pelos participantes na busca pelo emagrecimento, como é possível perceber nos trechos abaixo:

A nutricionista propõe uma discussão sobre as dificuldades enfrentadas durante a semana. Alguém diz então:

- O duro é comer menos...

Em seguida, um dos senhores solicita um esclarecimento a respeito de uma 'dica de saúde' escrita no verso da carteirinha do *Grupo Virando a Mesa*:

- Por que é importante não ficar mais do que três horas sem comer?

A nutricionista esclarece:

- Porque períodos de jejum levam o corpo a pensar que a gente não tem o que comer. Por isso é importante comer alguma coisa a cada três horas. É preciso domar o corpo, enganá-lo. (Episódio 3).

O tema de hoje é a Páscoa, que será no próximo fim de semana. E o foco é o temido/adorado chocolate.

As participantes começam então seus comentários:

- Quem me dera não gostar de doces, chocolates...

- Não é que a gente não gosta. Mas chega um ponto que a gente tem que se controlar. Se não, você faz os exames e dá colesterol e a glicose lá em cima.

- Eu acho que o melhor é nem comprar...

Nisso, uma participante diz:

- Hoje eu fiz uma coisa de criança. Eu coloquei uma caixa de bombom no carrinho, dei toda a volta no mercado e devolvi.

Uma participante então observa:

- Viu como é bom o grupo. Se não tem o grupo, a gente come mesmo!

Com o que as outras concordam:

- Vejo que o grupo é um desafio contra nós mesmas, para melhor.

- Mas é verdade, se eu não tiver no grupo, eu engordo. (Episódio 4).

Uma das participantes então responde:

- O estar de dieta é complicado. A gente devia ter essa preocupação durante a vida toda. (Episódio 6).

Além das técnicas de aferição e registro do peso corporal, fazia parte da dinâmica de atividades de cada reunião, um momento no qual os participantes eram estimulados a realizar um exame de consciência acerca de sua conduta na semana que havia se passado. Após o exame eles eram estimulados a confessar seus erros ou partilhar as tecnologias de si, ou, como conceituadas por Rose (2011), tecnologias do *self* saudável, que lançaram mão no sentido de se abster de certos excessos, ou certos tipos de alimentos, em favor de seu emagrecimento

Exame de consciência, confissão, abstinência são tecnologias de si que trazem reminiscências de seu uso com finalidades éticas e religiosas. De fato, elas são exemplos de um conjunto mais amplo de tecnologias de si utilizadas com finalidades ascéticas, desde a Grécia Antiga, como nos mostra Michel Foucault em sua obra "A Hermenêutica do Sujeito". No entanto, como destaca o autor, os objetivos deste uso, em termos éticos,

de subjetivação, eram completamente diferentes e iam na direção de construir para si uma bela existência, livre de todas as paixões e vícios.

É importante salientar que a associação das práticas de reeducação alimentar com tecnologias de si e uma moral ascética religiosa, mais especificamente cristã, é antiga. O primeiro movimento de tentativa de reforma alimentar da população, surgido entre os anos de 1830 e 1840 nos Estados Unidos, foi iniciado pelo reverendo William Sylvester Graham, ligado ao grupo dos Adventistas do Sétimo Dia. O movimento se baseava em uma mistura de teorias científicas da época (como o vitalismo) com o ideal de pureza moral protestante. Sua principal proposta era combater os excessos de qualquer tipo: comida, bebida, atividade sexual, restabelecendo a retidão moral. Ao longo dos séculos XIX e XX, outros movimentos de reforma alimentar surgiram nos Estados Unidos. Apesar de possuírem motivações científicas mais explícitas, pois aconteceram concomitantemente ao surgimento da ciência da Nutrição, de seus avanços e 'descobertas' [tema que comento mais longamente na seção 4.3.4], certas tonalidades da moral protestante continuaram presentes (LEVEINSTEIN, 1998; CAMARGO, 2008).

Um bom exemplo disso é o modelo de funcionamento do Vigilantes do Peso [que diga-se de passagem, tem pontos em comum com o *Grupo Virando a Mesa*], programa de emagrecimento muito popular nos Estados Unidos e em outros países, como o Brasil. Ele se caracteriza basicamente em um programa de emagrecimento, no qual o participante paga para comparecer a reuniões semanais com outras pessoas que desejam emagrecer. Nestas reuniões, o participante é pesado na frente de todo o grupo; em seguida, abre-se espaço para os relatos individuais do processo de perda de peso, em outras palavras, as confissões; quando perde uma certa quantidade de quilos, o participante ganha pequenos prêmios – como chaveiros, canetas, entre outros –, como uma forma de estimulá-lo a continuar com sua dedicação.

Apesar da temática da vigilância ter aparecido somente nas atividades do *Grupo Virando a Mesa* – e não nas do PSE na Escola dos Pinheiros – gostaria de mostrar alguns trechos que o *Manual Operacional para Profissionais de Saúde e Educação* traz acerca desta temática com relação à escola:

Considerando o ambiente escolar (e não apenas a alimentação) como indutor de práticas alimentares saudáveis e a avaliação de seu impacto a partir da análise de seus efeitos em curto, médio e longo prazo, a promoção da alimentação saudável na escola trabalha com os seguintes eixos:

- Ações de Educação Alimentar e Nutricional, com respeito à alimentação regional;
- O estímulo à produção de hortas escolares, a partir da realização de atividades com os alunos e o uso dos alimentos produzidos na alimentação escolar;
- O estímulo à implantação das boas práticas de manipulação nos serviços que ofertam alimentação escolar;
- A restrição ao comércio de alimentos e preparações com altos teores de gordura saturada, gordura trans, açúcar livre e sal e incentivo ao consumo de frutas, verduras e legumes; e
- O monitoramento da situação nutricional dos escolares. (BRASIL, 2008: 11, grifos meus).

#### ANEXO C – IMPLEMENTANDO A VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ESCOLA

A realização da vigilância alimentar e nutricional representa um olhar atento sobre o estado nutricional e o consumo alimentar da população brasileira. O conhecimento dessas informações permite que os gestores, em diferentes níveis de governo, implementem estratégias para a promoção de melhorias das condições de saúde relacionadas com a alimentação e nutrição. De acordo com o Programa Saúde na Escola, instituído pelo Decreto no 6286, de 5 de dezembro de 2007, a avaliação nutricional é uma das ações de saúde previstas para serem implementadas na escola.

(...)

O primeiro passo para a avaliação do estado nutricional é aferir as medidas de peso e estatura.

[Além do monitoramento das medidas antropométricas] o Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional [SISVAN] recomenda a adoção de questionários que irão caracterizar de forma ampla o padrão alimentar do indivíduo, não pretendendo quantificar a dieta em termos de calorias e nutrientes. São identificados os chamados 'marcadores de consumo alimentar', que indicam a qualidade da alimentação em suas características tanto positivas como negativas.

(...)

As crianças e adolescentes que forem diagnosticados com déficit de peso e estatura e excesso de peso, bem como aqueles com alimentação inadequada, deverão ser encaminhadas para a unidade de saúde mais próxima ou aquela referenciada pelo Programa Saúde na Escola. É importante que os pais ou responsáveis estejam cientes da necessidade deste encaminhamento, com o objetivo de assegurar a assistência nutricional adequada a estes escolares.

[Além disso] As informações do estado nutricional e do consumo alimentar dos escolares podem ser registradas no sistema informatizado do SISVAN. (...) O SISVAN Web é o novo sistema informatizado de vigilância alimentar e nutricional para registro de informações de estado nutricional e do consumo alimentar dos usuários do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2008: 145-152, grifos meus).

Nos trechos anteriormente destacados, a escola foi apresentada como um espaço ideal para a realização da vigilância nutricional e alimentar. Com essa finalidade, foram propostas técnicas de vigilância adaptadas a esta instituição. A primeira delas, semelhante a primeira atividade da dinâmica básica das reuniões do *Grupo Virando a Mesa*, era a tomada das medidas antropométricas peso e estatura. A partir dessas medidas, deveriam ser calculados certos índices, dentre eles o IMC, que seriam utilizados para comparação com as recomendações oficiais transnacionais. Além disso, era proposta também a aplicação, aos estudantes, de questionários para a caracterização de seu padrão alimentar. Os resultados obtidos com esses questionários deveriam alimentar, via um portal específico na internet, o Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional, sistema esse que reúne informações acerca do estado nutricional e das práticas alimentares dos usuários do SUS – e, desta forma, ser utilizado como subsídio para a criação de novas ações de promoção da saúde.

#### **4.3.4. O alimento como referência?**

Nesta seção, gostaria de direcionar minhas discussões à abordagem feita ao fenômeno da alimentação pelas ações de promoção da saúde observadas.

Em meus trabalhos, amparada pelo referencial teórico da Antropologia da Alimentação, venho considerando que o comer, além de configurar uma necessidade para a manutenção da vida, através da qual conseguimos os elementos necessários para o funcionamento de nosso organismo, é também um ato social e cultural, no qual a escolha e o consumo dos alimentos envolvem um conjunto amplo de aspectos ecológicos, culturais, históricos, sociais, econômicos, psicológicos, todos ligados a uma rede de representações, simbolismos e rituais (CAMARGO, 2008).

Desta forma, tenho entendido que, ao ingerirmos um alimento, assimilamos mais que carboidratos, lipídios ou proteínas; assimilamos também ideias, estilos de vida, sentimentos, valores contidos em tal alimento que, assim como os nutrientes, serão processados e incorporados por quem os consumiu, num processo de subjetivação. A assimilação operada através da alimentação parece se dar num grau de intimidade muito mais intenso se comparada a outros elementos que podem ser anexados ao corpo. Há quem diga que somos o que comemos. Apesar de todo o reducionismo que a afirmação comporta, deixando de lado múltiplas experiências e atividades que,

assim como o comer, constituirão o sujeito, ela não está de todo errada. Afinal de contas, nossos ossos, músculos, cabelos, unhas e dentes são formados a partir de nutrientes que foram ingeridos da comida e fixados no organismo através dos processos que possibilitam a nutrição. Claude Fischler (1990) comenta sobre essa assimilação tão íntima dos alimentos:

Comer: nada de mais vital, nada de tão íntimo. 'Íntimo' é o adjetivo que se impõe: em latim, *intimus* é o superlativo de interior. Incorporando os alimentos, nós os fazemos aceder ao auge de interioridade. (...) O vestuário, os cosméticos, estão apenas em contato com o nosso corpo; os alimentos devem ultrapassar a barreira oral, se introduzir em nós e tornar-se nossa substância íntima. Há então, por essência, alguma gravidade ligada ao ato de incorporação: a alimentação é o domínio do apetite e do desejo gratificados, do prazer, mas também da desconfiança, da incerteza e da ansiedade.

Ao longo do texto dos documentos oficiais analisados, foi possível perceber, de certa forma, o reconhecimento da necessidade de se lidar com alimentação a partir de uma perspectiva mais complexa, que articule aos conhecimentos científicos da Nutrição os conhecimentos populares e as tradições culturais. Um dos esforços neste sentido é promover que, ao se falar em dieta, se fale em termos de alimentos [concretos], e não de nutrientes [entidade científica].

Nesse sentido, o *Guia Alimentar para a População Brasileira* tem, dentre seus nove princípios, o **princípio do alimento como referência** como mostra o trecho destacado abaixo:

O ato de alimentar-se envolve diferentes aspectos que manifestam valores culturais, sociais, afetivos e sensoriais. Assim, as pessoas, diferentemente dos demais seres vivos, ao alimentarem-se não buscam apenas suprir as suas necessidades orgânicas de nutriente. Não se “alimentam” de nutrientes, mas de alimentos palpáveis, com cheiro, cor, textura e sabor; portanto, as diretrizes deste guia são baseadas em alimentos e, consideradas no seu conjunto, abarcam um plano alimentar completo. Isso significa que, sempre que possível, são expressas em termos alimentos e bebidas, mais do que em termos de componentes nutricionais, como ocorria com a maioria dos documentos com orientações dietéticas produzidos até os anos 90.

(...)

Os argumentos favoráveis às recomendações dietéticas baseadas em alimentos estão muito bem documentados na literatura científica. O aumento no leque de evidências científicas sobre a relação de dietas com as doenças é expresso em termos de alimentos, mais do que em componentes dietéticos específicos (WORLD CANCER RESEARCH FUND, 1997; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

As diretrizes para a alimentação saudável, baseadas em alimentos, quando devidamente especificadas, são facilmente compreendidas por todas as pessoas.

Ao contrário, as recomendações baseadas nos componentes nutricionais dos alimentos, tais como gorduras saturadas, fibras e ácido fólico, encerram mais complexidade e dificultam a compreensão, embora sejam relevantes para profissionais de saúde, sendo úteis e essenciais para o planejamento de serviços de alimentação e de nutrição para a coletividade. São também úteis para a orientação dos consumidores para entendimento adequado dos rótulos dos alimentos. (BRASIL, 2006b: 33, grifos meus).

Neste trecho, foram citadas as evidências científicas a favor do princípio do alimento como referência; além disso, ressaltou-se sua capacidade de realizar uma espécie de transposição didática do conhecimento do campo de estudos da Nutrição para uma linguagem “facilmente compreendida por todas as pessoas”.

No entanto, algumas páginas antes, este mesmo *Guia Alimentar* – que é destinado “para os profissionais da saúde, para os trabalhadores nas comunidades, para as famílias do Brasil e para a nação como um todo”(BRASIL, 2006b: 11) – parece contradizer tal princípio do alimento como referência:

De acordo com os princípios de uma alimentação saudável, todos os grupos de alimentos devem compor a dieta diária. A alimentação saudável deve fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais, os quais são insubstituíveis e indispensáveis ao bom funcionamento do organismo. A diversidade dietética que fundamenta o conceito de alimentação saudável pressupõe que nenhum alimento específico ou grupo deles isoladamente, é suficiente para fornecer todos os nutrientes necessários a uma boa nutrição e conseqüente manutenção da saúde. (BRASIL, 2006b: 23, grifos meus).

Ao meu ver, a contradição descrita acima mostra como, apesar da Nutrição ter buscado aliar a seus conhecimentos científicos uma compreensão mais complexa do fenômeno da alimentação, em determinados trechos dos documentos oficiais analisados ou quando os profissionais da área formulam as ações concretas de promoção da saúde, esta compreensão ampliada fica bastante enfraquecida, e tende ao desaparecimento. Penso que, uma das razões para essa dificuldade dos nutricionistas em abordarem a alimentação como fenômeno sócio-cultural complexo, talvez, esteja nas origens históricas deste campo de saber.

A emergência da Nutrição como campo de saber se deu a partir de 1840, com a publicação da obra “*Die Organische Chemie in ihrer Anwendung Auf Agrikulturchemie und Physiologie* (A Química orgânica em sua aplicação à química agrícola e à fisiologia)”, por Justus Von Liebig – químico considerado como um dos fundadores da química orgânica –,

cujos estudos sobre os componentes nutritivos dos alimentos [os nutrientes] influenciaram a agricultura [viabilizando o desenvolvimento de adubos químicos], e impulsionaram o desenvolvimento da *New Nutrition* – o segundo movimento norte-americano de reforma alimentar, na década de 1890.

Assim como o primeiro movimento de reforma norte-americano [comentado anteriormente na seção 4.3.3], o *New Nutrition* baseava-se em novas teorias científicas – neste caso os estudos de Justus Von Liebig acerca dos nutrientes – e visava contribuir, ao mesmo tempo, para a melhora da saúde e da moralidade deste país. O foco do movimento da *New Nutrition* foi a reforma dos hábitos alimentares dos operários, em sua maioria imigrantes europeus. Os resultados obtidos por Liebig em seus estudos haviam modificado completamente as concepções e recomendações dietéticas. Estabeleceu-se que a energia dos alimentos se media em calorias e que todos os alimentos eram compostos pelos mesmos três elementos – proteínas, carboidratos e/ou lipídios – básicos, cada um deles com funções fisiológicas bem definidas.

Com base nestas novidades científicas, o movimento da *New Nutrition* tentou inculcar às classes trabalhadoras a equivalência entre todas as fontes de proteína, e a identidade entre os benefícios por elas proporcionados. Ao ensinarem, por exemplo, que os feijões tinham os mesmos efeitos benéficos que os bifes, os defensores da *New Nutrition* esperavam que os trabalhadores gastassem uma menor porcentagem de seu salário com a alimentação, sobrando mais dinheiro para moradia, vestuário e até mesmo alguns produtos de luxo. Com isso, acreditavam que o nível de vida da população elevar-se-ia como um todo e os movimentos operários revoltosos, como o sindicalismo e o anarquismo, perderiam suas razões de reivindicação. Essas primeiras incursões da *New Nutrition* não obtiveram muito sucesso. Os imigrantes que haviam se mudado para os Estados Unidos atraídos pela promessa da abundância – principalmente da abundância de comida e de carne – não deram ouvidos aos reformadores.

No entanto, por volta de 1900, esse movimento de reforma alimentar passou a encontrar adeptos nas classes médias. Uma das figuras que merece destaque nesse movimento é o doutor John Harvey Kellogg. Célebre criador dos *corn flakes*, esse médico [que pode ser considerado o principal herdeiro do primeiro movimento de reforma alimentar norte-americano, realizado pelo reverendo Graham entre das décadas de 1830 e 1840] era diretor do famoso “sanatorium” vegetariano de Battle Creek, Michigan. Sua doutrina, que tergiversava entre o charlatanismo e a Ciência Dietética, recuperava grande parte das teorias de Graham, advertindo sobre os malefícios causados pela absorção de qualquer substância que causasse excitação do sistema nervoso. Eram

proibidos o consumo de carne, de especiarias, de álcool e as tentações da masturbação (CAMARGO, 2008).

Outra figura símbolo do movimento da *New Nutrition* foi o bem-sucedido homem de negócios Horace Fletcher, que relatava ter descoberto um tratamento miraculoso após ter quase morrido em virtude de seus exageros alimentares. Esse tratamento consistia da drástica redução do volume de alimentos ingeridos e da prática de “mastigação conscienciosa” – cada bocado de alimento deveria ser mastigado até que perdesse todo o sabor e fosse involuntariamente engolido. Fletcher chegou a recomendar que a ração dos soldados americanos fosse reduzida, a fim de melhorar-lhes a saúde. A “fletcherização” chegou a conseguir um número considerável de adeptos, inclusive entre intelectuais da época. Apesar dos conselhos de Fletcher serem demasiado restritivos para se tornarem proposições de longo prazo, suas recomendações sobre a necessidade da redução na ingestão de alimentos foram amplamente aceitas e cada vez mais propagandeadas por nutricionistas e especialistas em economia doméstica – alguns dos quais foram os fundadores de uma nova disciplina científica, a dietética profissional [ou a Nutrição] (LEVEINSTEIN, 1998).

A partir deste momento<sup>56</sup>, não será mais possível falar em comer sem falar em nutrientes. Desta forma, o alimento passa a condição de fonte, e comer nutrientes passa a ser sinônimo do comer saudável. Com base nestas concepções, entre as décadas de 1940 e 1960, desenvolveram-se diversas ações de educação alimentar e nutricional baseadas no chamado “mito da ignorância”, isto é, de que os indivíduos se alimentam mal por não possuírem as informações alimentares corretas em termos qualitativos [nutrientes] e quantitativos [calorias]; mito do qual ainda podemos perceber, nas práticas de promoção da alimentação saudável atuais, certas reminiscências.

De certa forma, foi possível perceber tais reminiscências em uma cena ocorrida durante uma atividades do PSE na Escola dos Pinheiros:

---

<sup>56</sup> Conforme a fala proferida pela nutricionista Lígia Amparo da Silva Santos, professora do curso de graduação em Nutrição da Universidade Federal da Bahia e coordenadora Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação e Cultura, em 14 de dezembro de 2011, por ocasião de sua palestra durante a mesa redonda intitulada “Construção Social do Corpo”, no I Encontro Internacional de Cultura e Alimentação e IV Simpósio Internacional Alimentação e Cultura, cujo tema era “O que é Comer Bem?” - realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre.

Feitas as apresentações, a nutricionista começou a propor a atividade aos alunos. Foram mostradas três folhas de papel, onde estavam desenhadas sacolas de compras. Na sacola um, havia somente frutas, verduras e legumes. Na sacola dois, apenas refrigerantes, doces e salgadinhos. Na sacola três, havia arroz, feijão, farinha, óleo e carne. Foram mostradas também três figuras de personagens do desenho animado “Os Simpsons”: Homer, Bart e Lisa.

A nutricionista prosseguiu:

- O que aconteceria se alguém se alimentasse somente destes produtos da sacola um [frutas, legumes e verduras]?

Os estudantes responderam:

- Ia ficar bem saudável.

A nutricionista perguntou:

- Não falta alguma coisa aí? Será que ela não ia sentir fome? Ficar meio fraca? Será que ela ia crescer?

Os estudantes responderam:

- Carne...

A nutricionista continua:

- E essa sacola [sacola três], o que ia estar faltando?

Os estudantes continuam:

- Salada...

A nutricionista insiste:

- O que a gente tem que fazer?

Os estudantes seguem nas respostas:

- Misturar...

A nutricionista insiste mais uma vez:

- Só essas duas?

Os estudantes respondem:

- Aquela ali também [sacola dois]. Um doce de vez em quando não faz mal!

- Um pouco de cada!

(...)

Terminada a atividade, as produções dos alunos foram recolhidas pela oficina, que ficou encarregada de selecioná-las e organizá-las para futura publicação no Jornal da Escola [construído mensalmente na oficina de Jornal Escolar]. A maioria dos profissionais da US Esperança saíram rapidamente, ficando somente as quatro nutricionistas, que faziam uma breve avaliação da atividade. Todas estavam bastante felizes com a participação dos alunos. A nutricionista preceptora estava bastante animada, e se surpreendeu, dizendo:

– Você viu como os estudantes já sabiam as respostas? Podemos agora planejar atividades mais complexas, tentando separar e classificar os alimentos por grupos de nutrientes... (Episódio 9).

Primeiramente, é necessário destacar que as nutricionistas que planejaram tal atividade buscaram adaptá-la ao princípio do alimento como referência uma vez que utilizaram as figuras de alimentos reais separadas por tipos de alimentos nas sacolas. No entanto, o que me chamou atenção foi a surpresa e o contentamento que a nutricionista mostrou ao perceber que os alunos responderam corretamente a todas as questões colocadas. E mais, ao constatar que os alunos 'já sabiam as respostas', a sua reação foi no sentido de aprofundar o conteúdo. Como? Partindo para a separação e classificação dos grupos de nutrientes.

Ainda acerca desta discussão sobre a abordagem [ou não, neste caso] da alimentação a partir do princípio do alimento como referência, trago trechos de uma reunião do *Grupo Virando a Mesa*:

Chegando ao salão do condomínio [que fica há uns 300 metros da Unidade], a nutricionista solicita que os participantes formem 2 grupos de 4 pessoas. Ela distribui um envelope pra cada grupo, com 6 quadros representando os tipos de gordura – insaturada, monoinsaturada, saturada, colesterol, polinsaturada e *trans* – e quadros com os alimentos que as contém e os com os efeitos que cada uma delas gera no organismo. A proposta é que os integrantes associem os quadros dos tipos de gordura com os quadros dos alimentos e dos efeitos.

Os participantes se mostram confusos e meio que sem saber por onde começar a atividade. A nutricionista circula pelo salão, tentando ajudar. Hoje temos a presença da estagiária de nutrição que fica junto com a nutricionista observando. Após alguns minutos, sinto que a nutricionista começa a ficar agoniada e os participantes meio reclamões. Resolvo dar uma volta, pra ver se consigo ajudar em alguma coisa. Aproximo-me de um grupo e começo a ouvir a discussão:

- Eu não sei o que é mono...

A nutricionista responde:

- Mono em geral é um...

- Então essa aqui [monoinsaturada] tem pouca gordura.

Resolvo ficar quieta, pois acho que iria atrapalhar...

A nutricionista comenta:

- Os nomes são complicados, eu sei, mas quando a gente vai comprar as coisas, são estes os nomes que vem nas embalagens.

- Esse aqui [azeite de oliva e linhaça] não pode ser aqui [colesterol]...

A nutricionista corrige:

- Pode sim, é o colesterol bom!

Começa então uma certa sensação de tumulto, confusão. Os participantes não conseguem realizar a tarefa proposta, e a nutricionista tenta explicar novamente, com mais calma. Nisso os participantes comentam:

- Eu é que já estou ficando saturada...

- É muito “vuco-vuco” pra nossa cabeça.

A nutricionista então propõe que os grupos parem a tarefa. Ela começa a montar os quadros conforme o esperado e vai explicando sobre os tipos de gordura. Algumas falas interessantes surgem durante esta explicação:

-[sobre o colesterol] Se a gente precisa tomar leite para o cálcio, o que a gente faz com o colesterol?

A nutricionista responde:

- Toma o desnatado.

- Mas é uma água, é horrível!

(...)

A nutricionista pergunta:

- Por que o fígado e o coração que a gente come tem tanto colesterol?

- Porque é animal.

A nutricionista responde:

- Isso. E se a gente comer muito colesterol e gordura, nosso coração e fígado vão ficar cheio de colesterol.

(...)

A nutricionista pergunta:

- Pensa naquela gordura da carne que endurece quando esfria / ou a manteiga dura: como é que aquilo não vai grudar e entupir nossas artérias?

(...)

A atividade é encerrada. A nutricionista distribui uma folha com os quadros corretamente relacionados para cada um levar pra casa. O encontro hoje foi um pouco estranho. Apesar da boa intenção da nutricionista em desfazer as dúvidas dos participantes sobre o tema das gorduras, o excesso de informações complicadas abordadas na atividade só contribuiu para gerar mais confusão. (Episódio 7).

Nesta atividade, o abandono da abordagem pelo princípio do alimento como referência gerou confusão e impaciência aos participantes, e muita ansiedade na nutricionista e na estagiária de nutrição. A atividade buscava trabalhar a classificação dos diferentes tipos de gordura. Para realizar a atividade, era necessário um raciocínio complexo, o qual exigiria conhecimentos aprofundados de biologia e de química; que configuram conteúdos presentes no currículo dos anos finais do Ensino Médio ou somente em currículos de cursos de Ensino Superior de áreas correlatas, níveis de escolaridade que eram totalmente dissociados da realidade dos participantes do *Grupo Virando a Mesa*. Na tentativa de resolver a confusão, a nutricionista desistiu da proposta inicial e parou a atividade. Em seguida, ela passou a explicar as diferenças entre os tipos de gordura, tentando agregar exemplos reais como uma forma de tornar esse conteúdo mais acessível.

Para mim, esses dois episódios – o da atividade do *PSE*, na Escola dos Pinheiros [Episódio 9], e o do *Grupo Virando a Mesa* [Episódio 7] – são exemplos de como, apesar de haver movimentos dos profissionais da área da Nutrição no sentido de reconhecer a importância de uma abordagem mais complexa do fenômeno da alimentação, através de estratégias como o princípio do alimento como referência, a abordagem tradicional de campo de saber, fortemente biológica ainda pareceu funcionar nas práticas acompanhadas.

Além disso, com relação ao trecho do Episódio 9 destacado acima [atividade do *PSE* com as sacolas dos Simpsons], um outro elemento que pode ser problematizado é o entendimento que os profissionais da equipe da US Esperança, envolvidos com as atividades do *PSE* na Escola dos Pinheiros, mostraram possuir acerca do processo de aprendizagem. A fala da nutricionista, na qual ela expressa surpresa e contentamento ao ressaltar que os estudantes “já sabiam as respostas”, e que isto era um sinal de que temas mais complexos, como a classificação dos grupos de nutrientes, poderiam ser discutidos [contentamento este que era partilhado pelos demais profissionais], apresenta um entendimento de conhecimento como sendo o conjunto de informações científicas

capazes de transformar os hábitos e atitudes dos indivíduos através do seu simples acúmulo.

Na tentativa de contribuir para a construção de atividades sobre as temáticas corpo e alimentação que promovam aprendizagens não-focadas nos aspectos biológicos, ao possibilitarem a construção de conhecimentos através da experiência singular dos estudantes com seus corpos, eu e minha orientadora temos realizado a oficina “O corpo bio-social” (SOUZA; CAMARGO, 2008) com professores do Ensino Básico e estudantes do curso de Graduação em Pedagogia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Nessas oficinas, temos presenciado discussões muito interessantes, que nos mostram as dificuldades de compreensão que os professores e os estudantes de Pedagogia possuem em relação aos diferentes processos fisiológicos envolvidos na alimentação. Essas dificuldades são, em minha opinião, um reforço ao meu entendimento de que o ensino escolar tradicional de ciências não promove aprendizagens dotadas de sentido acerca do corpo e da alimentação. Seu foco é a memorização de informações científicas desconectadas das experiências dos indivíduos [muitas das quais são esquecidas], colaborando para que os estudantes pouco compreendam os processos que se passam cotidianamente em seus corpos (SOUZA; CAMARGO, 2008). Neste sentido, os profissionais da saúde, ao planejarem suas atividades de promoção da saúde, que são eminentemente pedagógicas, na medida em que ensinam formas de ser, estar, pensar e sentir, precisam estar atentos para não repetir tal modelo.

#### 4.3.5. Os usos do cultural

Nos materiais que compõem o *corpus* de análise desta pesquisa, especialmente nos documentos oficiais, as expressões “cultura”, “significado cultural”, “identidade cultural”, “adequação cultural”, “cultura alimentar” aparecem de forma recorrente. Por isso, gostaria de dedicar esta seção ao exercício de pensar a respeito do uso deste “cultural” nestas situações.

Início trazendo dois trechos do *Guia Alimentar para a População Brasileira*:

Uma vez que a alimentação se dá em função do consumo de alimentos e não de nutrientes, uma alimentação saudável deve estar baseada em práticas alimentares que tenham significado social e cultural. Os alimentos têm gosto, cor, forma, aroma e textura e todos esses componentes precisam ser considerados na abordagem nutricional. Os nutrientes são importantes; contudo os alimentos não podem ser resumidos a veículos deles, pois agregam significações culturais, comportamentais e afetivas singulares que jamais podem ser desprezadas. Portanto, o alimento como fonte de prazer e identidade cultural e familiar também é uma abordagem necessária para promoção da saúde.

Esta primeira edição das diretrizes oficiais brasileiras é parte da estratégia de implementação da Política Nacional de Saúde (...) e se consolida como elemento concreto da identidade brasileira para implementação das recomendações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, no âmbito da Estratégia Global de Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. (BRASIL, 2006b: 15).

Assim, a promoção de uma alimentação saudável, de modo geral, deve prever um escopo amplo de ações que contemplem a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a primeira infância, favorecendo o deslocamento do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos mais saudáveis e resgatando hábitos e fomentando padrões alimentares mais saudáveis entre grupos populacionais com o hábito alimentar já estabelecido, respeitando a identidade cultural e alimentar de indivíduos e populações. (BRASIL, 2006b: 36).

Em ambos os trechos, a noção de cultural parece estar sendo utilizada com relação à **identidade cultural**, especialmente no sentido da adequação das estratégias de governo das condutas alimentares a hábitos e costumes nacionais, regionais e étnicos que compõem uma tradição e que, de certa forma e na medida do possível, devem ser preservados.

Em outro momento, no entanto, tal adequação parece funcionar no sentido contrário, dos costumes e hábitos nacionais, regionais e étnicos em função das estratégias

de governo, como sugerem os trechos a seguir, retirado do também do *Guia Alimentar para a População Brasileira*:

As recomendações que buscam a prevenção das doenças se baseiam em padrões alimentares semelhantes àqueles utilizados tradicionalmente em muitas regiões do mundo que possuem uma cultura alimentar consolidada e onde as pessoas não convivem com situações de insegurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2006b: 31).

Este guia contém as primeiras diretrizes alimentares oficiais para o Brasil e para os brasileiros. É um guia para a população brasileira, com base em alimentos do Brasil e fundamentado em sua cultura alimentar. A ciência em que se baseiam as diretrizes é, com certeza, universal e os objetivos e as orientações que utilizam, como pilares, as recomendações e os textos de apoio recentemente publicados em documentos internacionais.

(...)

Muitas vezes supõe-se que a alimentação saudável é muito diferente daquela que as pessoas consomem habitualmente. É verdade que, nas últimas duas décadas, os brasileiros, tanto os que vivem nas cidades como aqueles de áreas rurais, mudaram o seu padrão alimentar, reduzindo o consumo de frutas, legumes e verduras e elevando o de alimentos e bebidas com alto teor de gordura e açúcares e/ou sal (...) e se distanciaram dos alimentos e refeições tradicionais brasileiros, reconhecidos como saudáveis e saborosos, devendo ser valorizados e difundidos. Um exemplo é o abandono do consumo de uma das preparações mais típicas e comuns a todas as regiões brasileiras: arroz com feijão, combinação nutricionalmente rica e adequada. (BRASIL, 2006b: 33-34).

De fato, a partir destes trechos, acredito ser possível perceber uma forma de reinvenção das dietas tradicionais. Explico melhor: partindo dos parâmetros considerados nutricionalmente corretos, as dietas tradicionais – suas matérias-primas, suas técnicas de preparação, seus condimentos, seus pratos – são revisitados. A partir desta revisão, o que se considera adequado aos parâmetros nutricionais é escolhido como alimento típico a ser reforçado e propagandeado, enquanto que o que é inadequado é deixado no limbo do esquecimento. Parece-me acontecer uma espécie de “*lightzação*” da tradição.

Um bom exemplo disso é o caso do arroz e feijão, destacado em um dos trechos acima. Esta preparação, que no passado foi, sem dúvida, a base da dieta em muitas regiões de nosso país, é atualmente proposta como uma das saídas para melhorar nossa alimentação diária. Nutricionistas, programas de televisão, revistas de dietas indicam que deveríamos comer arroz com feijão, pelo menos quatro vezes por semana. Apesar da invocação do prato típico, é preciso salientar que o arroz e feijão revisitado guarda grandes diferenças do tradicional. Eles não podem ser preparados com os temperos fritos

na banha de porco, preparação tão tradicional quanto o arroz e feijão e que foi banida por conter grandes quantidades de gordura saturada, e nem podem ser acompanhados pela farinha de mandioca, também muito tradicional, no entanto, o arroz já é um cereal fonte de carboidratos; a farinha até poderia ser usada, mas substituindo o arroz.

Este mesmo processo de “*lightzação*” da tradição parece acontecer no trecho abaixo, retirado da revista *Ciência Hoje na escola – conversando sobre saúde com crianças*:

Os alimentos não são apenas fontes de nutrientes, mas, também, fonte de gratificações emocionais e de prazer, além de ser um meio de expressar valores sociais. Frutas, legumes, verduras, grãos integrais, leguminosas, sementes e castanhas, de preferência da própria região, devem fazer parte da refeição diária. Leite de castanha-do-brasil no Norte; umbuzada no Nordeste; iogurte de araticum no Centro-Oeste; frango com guandu no Sudeste e macarrão com rúcula e pinhão no Sul são alguma das deliciosas preparações brasileiras. Vale a pena experimentar! (KAPLAN; LEITE et al, 2007: 16).

Sou natural do sudeste, paulista, nascida na região metropolitana de São Paulo e com família proveniente do Vale do Paraíba e do Sul de Minas Gerais, e moro na região Sul há cerca de uma década. No entanto, nunca provei e nem ouvi falar de pratos como frango com guandu e macarrão com rúcula e pinhão, apesar de ser uma amante das culinárias típicas e uma aventureira na cozinha. Desconfio que dentre tantos pratos típicos [como os “*pecaminosos*” tutu à mineira, virado paulista, torresmo, polenta frita, rabada, porco no rolete, morcilha, somente para citar alguns exemplos], o frango com guandu – proteína magra com leguminosa – e o macarrão com rúcula e pinhão – carboidrato combinado com verdura e uma semente – foram escolhidos em função de sua adequação aos parâmetros científicos da boa nutrição.

Neste sentido, gostaria de trazer as discussões que alguns pesquisadores da área da antropologia da alimentação têm realizado nos últimos anos, acerca do modelo de dieta mediterrânea. Este modelo foi construído no final da década de 1950, a partir de estudos de Ancel Keys – um fisiologista norte-americano que havia publicado um artigo indicando as relações causais entre consumo de gorduras saturadas, aumento do colesterol total e doenças coronarianas. Ao aprofundar seus estudos sobre o consumo de gorduras saturadas, Keys tomou conhecimento de um estudo feito na ilha de Creta, o qual mostrava que a população desta ilha apresentava taxas muito baixas de morte por doenças cardíacas, baixas taxas de doenças crônicas e expectativa de vida elevada. Quanto

ao consumo alimentar, a pesquisa apontou que 61% do consumo calórico dos habitantes de Creta provinham de cereais, batatas, nozes, vegetais e frutas; enquanto que somente 7% eram de produtos de origem animal (carne, peixe, ovos, laticínios). Para os Estados Unidos os valores respectivos eram de 37% e 33% do consumo calórico. Outro dado interessante é que, apesar do consumo de lipídios ser mais alto em Creta que nos Estados Unidos, 78% destes advinham de azeitonas e azeite de oliva (GARCIA, 2001).

Interessado por tais resultados, Keys e sua equipe iniciaram, no final da década de 1950, o “Estudo dos Sete Países” (*Seven Countries Study*), no qual buscavam analisar a relação entre dieta e doenças cardiovasculares em grupos selecionados em sete diferentes países [com padrões de consumo alimentar bastante diversos entre si] – Finlândia, Grécia, Itália, Japão, Holanda, Estados Unidos e Iugoslávia. Esse estudo serviu para estabelecer uma forte correlação entre consumo de gordura, em seus diferentes tipos [saturada, insaturada, entre outros], e a concentração do colesterol sérico e o risco para doenças cardiovasculares (KEYS et al, 1989). Os resultados mais favoráveis, com taxas mais baixas, correspondiam aos grupos gregos e italianos. Neste momento, com a ajuda de Keys, surgia um dos mitos da dieta contemporânea: a dieta mediterrânea. Segundo concebida pela pesquisa de Keys, a dieta mediterrânea consistia em um padrão alimentar no qual frutas, legumes, verduras e cereais constituíam a maioria do consumo calórico; grande parte do consumo de produtos de origem animal provinha de peixes e frutos do mar; baixo consumo de gorduras animais, dando preferência para os óleos vegetais, especialmente o de oliva.

Ao colocarem em discussão este mito da dieta mediterrânea, os pesquisadores da área da antropologia apontam três principais pontos problemáticos a respeito do modelo de Keys. Primeiramente, argumentam que transpor um modelo alimentar de uma pequena ilha do Mediterrâneo para outras cidades/países não garante que se conseguirão os resultados desejados em termos de prevenção de doenças e aumento de longevidade. Isto porque as atribuições feitas por Keys ao “hábito alimentar” são de fato muito mais amplas, e têm a ver com todo o modo de vida, produção e consumo dos pastores de Creta estudados. Desta forma, oferecer os mesmos alimentos [que não são de fato os mesmos se considerarmos os aspectos citados acima] comidos pelo morador de Creta ao morador de Nova Iorque não garantirá que ele tenha o mesmo desempenho, em termos de proteção a doenças crônicas e aumento de longevidade. O segundo ponto problemático é que a região do Mediterrâneo aponta uma grande diversidade de culturas alimentares, de forma que é impossível eleger qual a “verdadeira” dieta mediterrânea. O

terceiro ponto é que várias dessas dietas mediterrâneas – como as de certas regiões da Itália e Espanha – incluem o consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas, como ovos e carnes de porco (GARCIA, 2001).

Assim como no caso da dieta mediterrânea, entendo que os documentos oficiais brasileiros estudados utilizam a parte pelo todo, isto é, selecionam a parte da tradição que é conveniente por se adequar as normas dietéticas da ciência da Nutrição e a nomeiam como representante da totalidade. Neste movimento, a dieta singular de alguns pastores da ilha de Creta passou a ser chamada de dieta mediterrânea e a ser proposta como um modelo de dieta saudável; da mesma maneira o arroz e feijão versão *light* é o prato típico saudável brasileiro que deve ser resgatado.

Desta forma, o discurso da tradição vem se articular às evidências científicas, como mais uma maneira de fortalecer e legitimar as estratégias biopolíticas direcionadas ao controle do excesso de peso, que privilegiam a atuação através de ações de promoção da alimentação saudável.

Com relação às atribuições feitas às identidades culturais como potentes instrumentos na manutenção do peso saudável, gostaria de mostrar os resultados e as conclusões obtidas por Fischler e Masson (2008) em uma pesquisa comparativa realizada entre seis países – França, Itália, Suíça, Alemanha, Inglaterra e Estados Unidos –, sobre as atitudes frente à alimentação, ao corpo e à saúde. Segundo os autores, os países cujas culturas possuem regras mais rígidas com relação aos horários e aos alimentos componentes das refeições têm menores índices de excesso de peso e obesidade, que seria o caso da França e da Itália. Os países onde a liberdade de escolha é um fator importante na questão da alimentação, e que, por isso, tendem a ser menos rígidos no regramento das refeições, possuem maiores índices de excesso de peso e obesidade. A primeira vista, estes resultados são bastante interessantes. No entanto, estas conclusões se constroem com base em uma identidade cultural – nacional, no caso – única e imutável; o que, ao meu ver, torna sua aplicação um pouco problemática.

Consideremos os dois extremos da pesquisa: França e Estados Unidos. Sem querer colocar em discussão a metodologia de pesquisa, gostaria somente de levantar algumas dúvidas minhas. A que franceses isto se aplica? Minhas lembranças de viagem por Paris e outras grandes cidades francesas me trazem recordações de um país no qual os restaurantes das famosas cadeias de *fast-food* americanas eram lotadas, especialmente por jovens franceses; além disso, a França me pareceu um país composto por muitos imigrantes, das mais diferentes culturas – em especial africanos de ex-colônias francesas

que, junto com seus descendentes, vivem na França há algumas gerações. As conclusões da pesquisa também se aplicam a estes grupos – jovens e descendentes de imigrantes? E com relação aos Estados Unidos, terra natal de muitas das grandes cadeias de *fast-foods*, mas ao mesmo tempo país no qual 3% da população se declaram veganos – cujas atitudes alimentares possuem regras muito estritas, quais são os critérios de aplicação relativos a tal identidade cultural norte-americana?

Destaco os resultados e conclusões da pesquisa acima relatada pois, apesar de utilizar referências destes importantes autores em muitos momentos de meus trabalhos, com relação a esta nova pesquisa, me parece que discordamos fundamentalmente quanto ao conceito de cultura – que para mim é dinâmica e em constante processo de construção e para estes autores me soa um tanto essencialista.

Ainda sobre essa minha compreensão de cultura como um conjunto de maneiras, hábitos, atitudes e expressões em um processo dinâmico e constante de modificação, considero que as atividades de promoção da saúde observadas buscam prioritariamente mudanças culturais, nos modos de encarar os cuidados de si, dos outros, da alimentação. Procurar orientar certas mudanças na cultura pode ser um processo muito benéfico e até mesmo necessário, como é o caso do dispositivo da aversão à gordura. Neste sentido, entendo que a preocupação com as tradições é legítima, apesar de muitas vezes ser invocada como mais um reforço de determinadas estratégias de governo das condutas. No entanto, procurar orientar os indivíduos a realizarem certas mudanças em suas culturas, combatendo velhos preconceitos, ajudando a questionar os novos e cuidando para não reforçá-los ainda mais, pode ser decisivo para a melhoria de sua qualidade de vida, como entendo ser o caso dos participantes do *Grupo Virando a Mesa* e dos estudantes da Escola dos Pinheiros.

#### 4.3.6. Gênero, alimentação e cuidados de si

Nesta seção gostaria de comentar minhas observações acerca de como o gênero parece diferenciar a maneira como os indivíduos experienciam os cuidados com a alimentação, com o corpo e também o cuidado dos corpos alheios, a partir de alguns dos materiais analisados.

Começo trazendo um trecho retirado da seção “As bases epidemiológicas e científicas das diretrizes”, do *Guia Alimentar para a População Brasileira*:

A Pesquisa sobre Padrões de Vida [realizada pelo IBGE em 1996/1997, nas regiões Nordeste e Sudeste] mostrou também diferenças quanto à frequência e aos padrões de atividade física no lazer entre homens e mulheres. Homens são mais ativos nas idades mais jovens, tendendo a declinar entre os 20 e 40 anos. A frequência da atividade física no lazer é equivalente nos dois sexos, a partir dos 50 anos de idade.

**Outras evidências foram constatadas:**

- Homens preferem praticar esportes coletivos, enquanto mulheres, caminhadas. Homens praticam atividade física por diversão e as mulheres alegam preocupação com a saúde e motivos estéticos. Com o avançar da idade, em ambos os sexos, aumenta a periodicidade da atividade física no lazer; (...)
- As mulheres, mais que os homens em todas as capitais, exceto em Belém/PA, são insuficientemente ativas. (BRASIL, 2006b: 129).

Os dados apontados no trecho acima se alinham com algumas das impressões iniciais que tive ao entrar em contato com o *Grupo Virando a Mesa*. A primeira delas foi a de que as mulheres parecem mais preocupadas com a questão do peso, da imagem corporal, e tendem a procurar certas ações de promoção da saúde voltadas a resolver essas questões, como era o caso do *Grupo Virando a Mesa*. Em todas as reuniões, a grande maioria dos participantes era de mulheres. Os homens que procuravam o grupo, em geral tinham feito esse contato a partir da indicação de um dos médicos da US Esperança, por apresentarem alguma DCNT.

Ainda nesse sentido, é fundamental salientar que as próprias profissionais da equipe da US Esperança, que organizavam o grupo, assim como as participantes do *Grupo Virando a Mesa*, eram mulheres moradoras de uma capital, trabalhadoras de dupla jornada, insuficientemente ativas e muito preocupadas com os cuidados do corpo. E essa condição

existencial dessas profissionais se expressava em certos momentos, como na fala de uma das nutricionistas [presente em minhas anotações iniciais feitas no período de sondagem, que não constam do caderno de campo], que trago abaixo:

Ao entrar na Sala de Reuniões, a nutricionista preceptora cumprimenta as participantes do *Grupo Virando a Mesa* e proclama:

- Verão sem canga, jogando frescobol na praia. Gurias, essa é a nossa meta!

Ao que me pareceu, tanto no Guia Alimentar quanto na fala da nutricionista mostrada acima, funcionava uma espécie de atitude de naturalização dessa preocupação diferencial do gênero feminino com sua imagem corporal. Querer ser magra e aparecer linda e de biquíni na praia parecem fazer parte do ser mulher no nosso tempo.

Neste sentido, apresento as falas de um nutricionista – pesquisador associado no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA), realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – em uma das Reuniões do Núcleo de Nutrição da Residência Integrada em Saúde, cuja tema era “Transtornos Alimentares”:<sup>57</sup>

- E os homens? – perguntou ele [o nutricionista], comentando sobre a preocupação diferencial entre os gêneros com relação à imagem corporal.

E ele mesmo responde:

- Há 10 anos, não tinha outdoor de homem de cueca. Mas sempre houve mulheres muito belas vendendo lingerie.

E acrescenta:

- O corpo feminino sempre foi uma estratégia de marketing. Os homens compram por desejo e as mulheres por inveja.

(...)

Finalizando seus comentários com relação as diferentes taxas de incidência dos transtornos alimentares entres os sexos, o nutricionista afirma:

– Isso que vocês tem [as mulheres], de querer sempre emagrecer, de ficar igual à moça da revista, de ficar iniciando dietas novas toda segunda-feira, isso é coisa de mulher, não é nenhum transtorno. Isso não atrapalha nas atividades do dia a dia, não influi na vida da pessoa. (Episódio 21).

Além de insistir na naturalização da preocupação diferencial do gênero feminino com sua imagem corporal, as falas do nutricionista, destacadas acima, parecem culpar as

<sup>57</sup> Ao ouvir essa palestra minha inquietação foi grande. Tive muita vontade de conversar com esse nutricionista sobre meus trabalhos. Mas imaginei que isso talvez me colocasse em um aparente conflito com ele – um palestrante convidado –, o que atrapalharia um pouco minha relação com as nutricionistas e o andamento das observações participantes. Prefери me abster.

propagandas e as revistas femininas por se utilizarem desta característica “inerente” ao gênero feminino [a preocupação com a imagem corporal] como estratégia de marketing, reforçando-a mais ainda.

Esta atitude do nutricionista, de certa forma, se contrapõe aos meus entendimentos acerca do funcionamento do dispositivo da aversão à gordura, quais sejam, os de que os enunciados presentes nas propagandas e nas revistas femininas, seguindo os exemplos citados por ele, atuam na medida em que se articulam ao discurso científico da Nutrição [dentre outros campos de saber], pois é a partir desta articulação que eles entram no regime de verdade que vigora na atualidade. Desta forma, passam a ser mais um dos elementos que interpelam as mulheres e ensinam formas de comer, de se cuidar, de se avaliar e de sentir-se em seu corpo. E esses ensinamentos, muitas vezes, acabam sendo propostos também nas atividades de promoção da saúde – como no caso da fala da nutricionista no *Grupo Virando a Mesa*, destacada anteriormente, sobre a meta para o verão.

A respeito desta contraposição entre as proposições feitas pelo nutricionista palestrante e as meus entendimentos acerca do funcionamento do dispositivo da aversão à gordura, gostaria, a fim de encerrar as discussões desta seção, de mostrar o exemplo da campanha publicitária do cereal matinal *Nesfit* para o verão 2012, na qual vejo funcionar as articulações do dispositivo da aversão à gordura.

As embalagens desse produto foram uma das principais fontes de pesquisa para minha dissertação de mestrado, pois apresentavam muitos enunciados acerca da alimentação e dos cuidados com o corpo. Neste ano, além de investirem em embalagens elaboradas, os publicitários lançaram uma campanha chamada “Operação Biquíni”, cuja grande novidade é a criação de um blog (Figura 6). Neste blog, mediante a compra de duas unidades do produto, a consumidora pode se cadastrar para se tornar uma “amiga do biquíni”, encontrar receitas preparadas com *Nesfit*, postar comentários sobre seu desempenho na Operação Biquíni, para concorrer a brindes e, a grande novidade, consultar uma nutricionista, que responde as dúvidas sobre o processo de emagrecimento.

**Figura 6.** Reprodução da página inicial do blog da campanha “Operação Biquíni”, promovido pelo cereal Nesfit.

**Nestlé Nesfit**

**OPERAÇÃO BIQUÍNI 14 DIAS**

Operação Biquíni, 14 dias que podem mudar sua vida e sua saúde para melhor. Comece por aqui!

CONCURSO CULTURAL ESTE BIQUÍNI É MEU! Veja como concorrer a 15 biquínis exclusivos da Triya. *Veja +*

- ▶ **Operação Biquíni**  
» O que é?
- ▶ **Movimente-se!**  
» Ideias para todos os gostos e estilos.
- ▶ **Monte seu Cardápio**  
» Cardápio Equilibrado  
» Pirâmide Alimentar  
» Monte seu Café da Manhã
- ▶ **Receitas**  
» Uma área que reúne todas as receitas publicadas.

→ **REVISTA NESFIT**  
Alimentação, saúde, bem-estar e outros papos para uma vida de corpo e alma leve. *Leia mais*

→ **FALE COM A FÊ!**  
Toda quarta-feira a nutricionista Fernanda responde a dúvidas e comentários. Alguém pergunta? *Fale com a Fê*

→ **RECEITAS**  
Bebidas refrescantes, pratos deliciosos e doces que não são um pecado. *Confira nossas receitas light*

→ **MONTE SEU CARDÁPIO**  
Veja como fazer refeições mais leves e saudáveis. *Leia mais*

**Nesfit** **Molico**

**Experimente o café da manhã Nesfit**  
O cereal matinal para quem quer uma vida mais saudável. *Saiba mais*

Cardápio de caráter ilustrativo para pessoas que não possuem restrições alimentares. Lembre-se de sempre consultar um profissional de nutrição ou médico.

As informações fornecidas não são individualizadas, portanto, um nutricionista deve ser consultado antes de se iniciar uma dieta.

### 4.3.7. Lipofobia

Neste trabalho entendo a lipofobia como a atitude de busca incessante pela magreza e, ao mesmo tempo, de rejeição quase maníaca à obesidade e ao obeso, num sentido próximo ao proposto por Fischler (1995).

Como faço costumeiramente ao iniciar a escrita acerca de um novo assunto, pesquisei no Google o termo 'lipofobia'; nos resultados da busca, foi apontado um pequeno conto, postado em um blog chamado “Olhozinho”. Trago abaixo este conto, a fim de estabelecer um rumo para a discussão deste importante tema:

#### **Lipofilia & Lipofobia**

Uma gorda triste senta no balcão da padaria...

O que lhe resta é comer: um pastel, uma farta fatia de torta, uma Coca-Cola "normal". Ela precisa preencher o vazio da falta do amor.

–Será que não tenho amor por que sou gorda? – pensa a gorda empanturrando-se do mais acessível dos prazeres: ali ao alcance de uns poucos reais pães dourados, tortas fartamente recheadas, doces e frituras...

Ela lembra do Jô Soares naquele velho vinil do Pluct Plact Zum “doce, doce / viver no planeta doce / veja que vida gostosa você pode aqui levar / você pode vir voando num planeta até sonhar / oh não, não tenha medo / não há perigo aqui / o pior que pode haver é você ter um piriri / oh yeah”. E tinha aquela outra do planeta das formigas... “mashmellow, chocolate, caramelo, chantilly”...

Todas canções politicamente incorretas. Em tempos de "vida saudável", dão medo! E o sacrifício dos demais prazeres da vida? Quanto custa o desejo do outro? Ela tenta lembrar se alguma vez algum homem olhou bem dentro dos seus olhos como naquelas comédias românticas americanas em que o príncipe do baile desiste da gostosona burra e insensível para se dar conta que aquela feiosinha gente boa é que é a mulher da sua vida.

– Será que vi muita TV e nada disso existe? – pensa a gorda já imaginando o que vai comer no jantar dali a umas duas horas.

– Pizza ou X?!

Mas a feiosinha sempre fica linda no final...

O pedaço de torta é farto e ela já sente aquela sensação de estar cheia, completa, dolorida quando entra uma magra triste a procura da Coca Light "anormal", única ingestão que fará depois de duas horas na academia: spinning, esteira e musculação.

Ela precisa preencher o vazio da falta do amor. Ela olha para a torta da gorda, sente um embrulho no estômago, tem nojo, não sabe se é da torta ou da gorda.

– Credo! Não posso engordar! – pensa a magra.

Ainda não tem o amor e vai pra casa correndo para perder mais algumas calorias. Enquanto corre, sente-se cheia, completa, dolorida... sacrifícios em busca do desejo do outro. E ela lembra daquela comédia romântica americana...

– Nunca vi aquele olhar – E com mais uma anfetamina para colorir sua vida saudável aborta até a salada do jantar. (OLHOZINHO, 2007: 19 de setembro. Disponível em: <<<http://juliofar.blogspot.com/2007/09/lipofilia-lipofobia.html>>>).

O conto acima [em minha leitura particular] mostra, dentre outras coisas, a sensação cotidiana de insatisfação e desgosto com relação ao corpo gordo, a si e ao próprio corpo, experimentada por muitos indivíduos nos dias de hoje, especialmente mulheres. Neste sentido, gostaria de dedicar esta sessão à discussão acerca de como a lipofobia, esta atitude de obsessão pela magreza aliada à rejeição ao excesso de peso, me pareceu se fazer presente nos materiais analisados.

Início as discussões trazendo alguns trechos destacados do *Guia Alimentar para a População Brasileira*, que apresentam numericamente os problemas de saúde gerados pelo excesso de peso:

O crescimento da incidência das DCNT observado nas últimas décadas relaciona-se, em grande parte, com os hábitos de vida configurados nesse período. Entre eles, destacam-se os comportamentos que desequilibram o balanço energético, induzindo a ganho excessivo de peso. Estima-se que, para cada 5% de aumento no peso acima daquele apresentado aos 20 anos de idade, ocorra um aumento de 200% no risco de desenvolver a síndrome metabólica na meia idade (...) Essa síndrome, por sua vez, está associada ao desenvolvimento do diabetes, da doença cardiovascular e de outras doenças crônicas não transmissíveis.

(...)

Já o peso saudável é tema ainda controverso, mas internacionalmente a tendência é utilizar o índice de massa corporal (IMC), que relaciona o peso ao quadrado da altura de um indivíduo, para estabelecer a faixa de peso saudável. A OMS recomenda para a população um IMC entre 21 e 23kg/m<sup>2</sup>. Para indivíduos, a faixa recomendada é de 18,5 a 24,9kg/m<sup>2</sup>, evitando ganhos de peso maiores que 5kg na vida adulta. (BRASIL, 2006b: 154 -155).

O mais recente inquérito nacional que permite estimar as prevalências do excesso de peso e da obesidade no Brasil é a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2002-2003, pelo IBGE e Ministério da Saúde. As informações estão disponíveis apenas para adultos (pessoas com 20 ou mais anos de idade), não se dispondo ainda das informações para as demais fases do curso da vida.

A prevalência do excesso de peso e da obesidade na população adulta brasileira, apurada pela POF 2002-2003, revela que esses agravos alcançam grande expressão em todas as regiões do país, no meio urbano e rural e em todas as classes de rendimentos.

(...)

O excesso de peso teve uma nítida tendência de aumento no período compreendido entre meados da década de 1970 e 2003 entre homens; e, entre as mulheres, houve tendência de redução entre 1989 e 2003. Em 2003, 40% da população adulta apresentavam excesso de peso (IMC igual ou superior a 25kg/m<sup>2</sup>).

Considerando a obesidade (IMC maior ou igual a 30kg/m<sup>2</sup>), a prevalência na população adulta é de 11,1%, sendo de 8,9% entre homens e de 13,1% entre mulheres

(...)

Essas tendências de excesso de peso e obesidade na população adulta vêm comprovar a gravidade e a magnitude que o problema assumiu no Brasil,

fundamentando a urgência de intervenções que façam retroceder o avanço do excesso de peso e, concomitantemente, das outras DCNT no Brasil. (BRASIL, 2006b: 137-138; 140).

O primeiro trecho mostrado acima aponta os problemas de saúde gerados pelo excesso de peso em um nível individual; o segundo procura abordar esses problemas em termos populacionais, de saúde pública. Apesar desta diferença, ambos concordam: o excesso de peso é um fator de risco importante e oneroso. No *Guia Alimentar*, esta condição é, *per se*, considerada uma doença crônica; mas seus efeitos de maior magnitude se dão devido à sua associação com o aumento na incidência das DCNT, as quais foram tema da “Reunião de Alto Nível” da Organização das Nações Unidas (ONU), realizada em 19 de setembro de 2011, em Nova York, cuja palestra de abertura foi proferida pela presidente brasileira Dilma Rousseff.

Concordo que os efeitos das DCNT são devastadores em termos de saúde pública e individual, e que as ligações com o excesso de peso são inegáveis. No entanto, acredito que essas ligações – ao orientarem ações de prevenção e controle do excesso de peso, assim como atividades de promoção da saúde – não podem ser compreendidas de maneira simplista. Neste sentido, gostaria de evidenciar uma ressalva importante; e, em seguida, problematizar um aspecto pouco considerado com relação às questões de saúde que podem ser acarretados por influência do excesso de peso.

A ressalva importante é quanto ao fato, importante de ser enfatizado, de que nem todas as pessoas com excesso de peso se alimentam mal, são sedentárias e possuem problemas de saúde. Da mesma forma que nem todas as pessoas magras são saudáveis e possuem um estilo de vida considerado saudável. No entanto, estas possibilidades não são comentadas; pelo contrário, no final do segundo trecho destacado acima, o excesso de peso é afirmado como uma das DCNT. Considero esta ressalva tão importante que a retomarei mais adiante, juntamente com a discussão de trechos de outros documentos oficiais e do caderno de campo.

O aspecto que precisa ser problematizado se baseia em um conjunto de pesquisas que buscam compreender melhor a relação entre a gordura corporal e a síndrome metabólica<sup>58</sup>; uma via bioquímica muito estudada, mas que, na opinião destes autores, ainda não é perfeitamente compreendida (CAMPOS *et al*, 2006; ZIMMET *et al*, 1997). Este

---

58 A síndrome metabólica é caracterizada por alterações no metabolismo glicídico, obesidade, hipertensão e dislipidemia.

conjunto de pesquisas busca chamar atenção para os fatores sociais e culturais que podem estar influenciando estes mecanismos bioquímicos.

Uma das explicações que este conjunto de pesquisas sugere para a relação entre gordura corporal e síndrome metabólica, e que pode ser plausível, é que o estigma enfrentado pelas pessoas com excesso de peso gera muito *stress* – que é um fator de risco muito relevante para a hipertensão, o diabetes e a dislipidemia (GORTMAKER *et al*, 1993). Alguns desses estudos apontam que a discriminação contra as pessoas com excesso de peso é difundida, e acontece em situações sociais, na escola, no trabalho e em casa (PUHL; BROWNE, 1991). Esta estigmatização parece ser tão severa que, em um estudo, 89% de participantes ex-obesos, que haviam realizado cirurgia bariátrica<sup>59</sup>, afirmaram que preferiam ficar cegos do que voltarem a ser obesos (RAND; MACGREGOR, 1991). Sendo assim, este estigma, que gera uma imagem corporal bastante negativa, funciona como uma fonte de *stress* crônico.

Neste sentido, os estudos sugerem que existem muitas razões para se suspeitar que o *stress* causado pela estigmatização do excesso de peso afeta a saúde física, dentre as quais eles destacam três. Em primeiro lugar, as condições associadas à resposta bioquímica ao *stress* – hipertensão, doença cardíaca, diabetes tipo 2 e hipercolesterolemia – são as mesmas condições associadas ao excesso de peso [as tão faladas DCNT]. Em segundo lugar, o IMC parece funcionar, de maneira consistente, como uma variável explanatória em estudos sobre as associações entre *stress* e saúde; isto porque o IMC é o mais forte preditor de alguns marcadores serológicos de *stress*, como a proteína C-reativa e o fibrinogênio – dois mediadores da resposta ao *stress*, que possuem um papel central no metabolismo da glicose, na regulação da pressão sanguínea e na regulação dos lipídeos (MUENNIG *et al*, 2007). Em terceiro lugar, existem evidências de que as associações entre o IMC e a saúde dos indivíduos parecem ser culturalmente produzidas; por exemplo, enquanto indivíduos brancos começam a sofrer aumento na mortalidade com um IMC maior que 25kg/m<sup>2</sup>, os indivíduos negros só começam a sentir um efeito comparável a partir de um IMC de 30kg/m<sup>2</sup> (MUENNIG *et al*, 2008).

Além disso, alguns destes estudos acrescentam que, além das ligações com a saúde dita física, a estigmatização do excesso de peso afeta a saúde mental dos indivíduos. Eles indicam que os percentuais de incidência de depressão são maiores entre mulheres com excesso de peso – em comparação com mulheres com peso considerado normal – e que

---

<sup>59</sup> A cirurgia bariátrica, também chamada de gastroplastia, consiste em um procedimento realizado para a diminuição do estômago; ela pode ser realizada através de diferentes técnicas e é indicada, em geral, para obesos mórbidos.

o *stress* enfrentado pelo estigma social pode ser um fator contribuinte. Ainda neste sentido, em um dos estudos, o desejo de perder peso pareceu funcionar como um poderoso preditor independente da saúde psicológica e biológica dos indivíduos, uma vez que as pessoas que desejavam perder uma quantidade maior de quilogramas tendiam a sentir-se doentes mais dias por mês (MUENNIG *et al*, 2008).

Para esta pesquisa, não cabe discutir se estes achados são reproduzíveis, ou se as conclusões tiradas pelos estudos são verdadeiras. O que cabe salientar é que estes são dados científicos, produzidos por pesquisadores na área das Ciências da Saúde, notadamente por médicos, assim como os dados que baseiam a formulação dos orientações transnacionais e os documentos nacionais direcionados à prevenção e ao controle do excesso de peso.

O meu objetivo, ao trazer estes estudos para a discussão – os quais buscam pensar em relações mais complexas entre a gordura corporal e aumento da incidência de síndrome metabólica –, foi ressaltar que seus resultados sugerem toda uma nova gama de elementos e enfoques que reorientariam [em direções bem diversas das atuais] a formulação de estratégias de prevenção e controle da síndrome metabólica e das DCNT [que, afinal de contas, são os objetivos que os documentos apontam para as estratégias de prevenção e controle do excesso de peso], assim como as ações de promoção da saúde. De acordo com tais resultados, as principais preocupações das ações de promoção da saúde e prevenção e controle da síndrome metabólica e das DCNT deveriam ser o enfrentamento da lipofobia e o questionamento de toda a rede de elementos que compõem o dispositivo da aversão à gordura, no sentido de diminuir as consequências da estigmatização do excesso de peso.

O ***stress*** e, especialmente, a ***ansiedade*** eram temas recorrentes nas falas dos participantes do *Grupo Virando a Mesa*, como mostram os trechos destacados a seguir:

A nutricionista propõe que haja um acompanhamento mensal detido nas questões de IMC, circunferência abdominal, quantos quilos [cada participante] quer eliminar.

Começam, então, os relatos das participantes sobre o seu histórico. Várias relatam que estavam com colesterol alto, pressão arterial alta e/ou diabetes descontrolada. Outro ponto muito marcado é a ansiedade, sendo que várias participantes relatam o uso de fluoxetina.

As participantes também pedem mais atividades de dança, respiração, e coisas deste tipo.

A nutricionista convida as participantes para o novo grupo, o da Caminhada, que passará a funcionar na Unidade. Nisso, algumas participantes começam a falar de seus objetivos, expectativas, desejos, etc. Uma delas diz:

- Preciso perder vinte e cinco quilos! Pra começar...

Outra questiona a colega:

- Você tem alguma doença?

E ela responde:

- Stress, um stress muito profundo, e ansiedade!" (Episódio 1, grifos meus).

"Surge, então, o assunto da ansiedade, e de como ela influi no comer.

A maioria das participantes, já de antes, relatam ser muito ansiosas, e grande parte delas faz uso de fluoxetina. A nutricionista então lança uma questão:

- O que a gente busca com a fluoxetina, a amitriptilina? Uma calma, uma paz...

E acrescenta:

- O que a gente pode fazer para resolver essa ansiedade que não seja o remédio? Um hobby, uma reflexão sobre o que causa a ansiedade (...) de se dar conta que temos que conviver com os problemas.

As participantes ficam pensativas e meio caladas.

(...)

Percebo que com as últimas conversas que tenho tido com a nutricionista – que é muito simpática e aberta a discussão – e com a minha apresentação sobre as observações no grupo no segundo semestre de 2008, ela relata estar tentando desviar o foco da atenção do peso.

Ela decidiu retirar o quadro motivacional – com o registro dos pesos – da parede durante a semana, e afixá-lo somente nas reuniões do grupo. Ela tem também investido em temas de discussão que busquem abordar as dificuldades na mudança de hábitos, e investido em dinâmicas que tragam novos aspectos para essa 'luta' na perda do peso – as atividades físicas, o cartaz sobre as frutas. Ela tem também buscado contemplar um pouco mais o âmbito da culinária, insistindo na proposta da construção de um livro de receitas. (Episódio 4, grifos meus).

Minha intenção, ao apontar a recorrência do tema da ansiedade nas falas das participantes do *Grupo Virando a Mesa* [eram sempre as mulheres que relatavam tal problema], não é a de fazer aplicações apressadas dos estudos apresentados anteriormente, o que seria um equívoco.

O que considero interessante comentar é como as questões da imagem corporal desfavorável, da estigmatização do excesso de peso, e do *stress* e ansiedade que essas podem causar a quem procura um serviço de saúde na intenção de emagrecer, parecem não fazer parte dos aspectos com os quais as nutricionistas da US Esperança se preocupavam – ou deveriam se preocupar – ao planejar atividades para as reuniões do *Grupo Virando a Mesa*.

Após algumas conversas que eu tive com as nutricionistas da US Esperança e de outras US, e também após a apresentação dos 'resultados' parciais da minha pesquisa [espécie de devolução dos resultados combinada, na qual eu fazia um apresentação semestral do meu trabalho na Reunião do Núcleo de Nutrição da Residência Integrada

em Saúde], percebi algumas mudanças de atitude com relação ao planejamento das reuniões do *Grupo Virando a Mesa*.

Como relatado ao final do trecho retirado do Episódio 4, a nutricionista organizadora do *Grupo Virando a Mesa* tentou realizar algumas modificações no planejamento das atividades do *Grupo Virando a Mesa*, no sentido de desfocar a questão do peso corporal, procurando abordar outros aspectos envolvidos no processo de emagrecimento. Para a reunião seguinte – relatada no Episódio 5 – ela procurou, inclusive, realizar uma dinâmica a fim de discutir a temática da imagem corporal – como mostra o trecho abaixo destacado:

É proposta então uma dinâmica, com duas cadeiras e a venda – com o objetivo de saber se cada um conhece o tamanho de seu corpo: de olhos vendados, cada participante deve dispor as cadeiras de forma que o espaço que fique entre elas seja suficiente para ele passar, sem folga e sem trombar nas cadeiras.

Parece que a tendência inicial é que as pessoas se imaginem menores do que são – mas acho que qualquer análise a partir disso pode ser muito apressada.

A nutricionista então, após a dinâmica, faz um fechamento:

- É uma forma de a gente perceber a imagem que a gente tem do nosso corpo. Para ajudar a estipular novas metas para o próximo mês. É para vocês irem para casa pensando: como é o meu corpo? Por que eu quero emagrecer? Por saúde, para ficar bonito?

É então refeito o “pote dos desejos” para o próximo mês. A maior parte dos participantes deseja perder 1 kg, 2 desejam perder 2 kg e 1 deseja perder 3 kg. (Episódio 5).

A partir da cena apresentada, percebo como conhecimentos tradicionais são difíceis de serem modificados. A dinâmica da imagem corporal havia sido desenvolvida pela nutricionista com a intenção específica de desfocar o peso corporal das atividades do *Grupo Virando a Mesa*. No entanto, logo após propor uma reflexão às participantes, a nutricionista rapidamente retoma o 'pote dos desejos' – uma técnica que procura intensificar a coesão do grupo em torno do desejo de perda de peso corporal...

Como forma de fazer um paralelo a esse tipo de ação de promoção da saúde, que investe fortemente na questão da perda de peso, gostaria de trazer um modelo alternativo de ação de promoção da saúde, desenvolvido por profissionais de saúde pública norte-americanos, chamado Health at Every Size (HAES) [Saúde em Todos os Tamanhos]. O programa é bastante interessante, pois reúne em um mesmo grupo pessoas

de todos os tamanhos [como dizem os idealizadores] que desejem adotar hábitos de vida mais saudáveis, em muitos sentidos.

Os focos da abordagem HAES são: a melhoria da saúde, prestando atenção no bem estar físico, emocional e espiritual, sem focar na perda de peso ou na conquista de um peso ideal específico; a autoaceitação, através do respeito e apreciação da diversidade de formas corporais, tamanhos e feições, ao invés da busca por um peso, forma ou feição idealizados; desenvolver o prazer em comer bem, com base em 'dicas internas' de fome, saciedade, apetite e necessidades nutricionais individuais; o estímulo ao desenvolvimento de atividades físicas que, ao mesmo tempo, sejam prazerosas e tragam benefícios à saúde; o fim da estigmatização do excesso de peso, através do reconhecimento de que “a forma corporal, o tamanho ou o peso não evidenciam nenhuma forma particular de comer, nem o nível de atividade física, personalidade, problemas psicológicos ou caráter moral, e confirmando que existe beleza e valor em TODOS os corpos” (BURGARD, 2009: 43, tradução minha).

Nas palavras de Burgard (2009: 44), acerca da abordagem HAES:

Uma abordagem neutra com relação ao peso corporal foca em um cuidado de si amoroso; e em decisões que as pessoas possam fazer cotidianamente e que sejam sustentáveis ao longo da vida. HAES não é contra a perda de peso; é contra a busca deliberada da perda de peso. A tarefa proposta por esta abordagem consiste em cuidar do corpo que você tem, e que vai continuar tendo, ganhando ou perdendo peso, ou idade, ou adoecendo com o câncer, ou correndo uma maratona.

O exemplo da HAES, que é uma abordagem que investe na participação comunitária e na biossociabilidade como estratégia biopolítica de governo das condutas, o que não faz dela boa ou má, me possibilita pensar em as ações de promoção da saúde cujos moldes sejam diferentes dos que eu observei no *Grupo Virando a Mesa* e nas atividades do PSE na Escola dos Pinheiros. Importante destacar que, ao trazer o exemplo da abordagem HAES, meu objetivo não foi o de afirmar que ela é melhor ou pior que outras abordagens utilizadas em atividades de promoção da saúde, nem o de fazer nenhuma espécie de prescrição. Minha intenção foi somente a de mostrar uma abordagem para práticas de promoção da saúde que funciona sem tratar diretamente da questão da perda de peso – característica que a diferencia da maior parte das atividades de melhoria de estilo de vida, adoção de dietas saudáveis, reeducação alimentar, entre outras.

Gostaria ainda de comentar outro aspecto acerca da lipofobia no *Grupo Virando a Mesa*, qual seja, o meu entendimento de que o foco demasiado na questão da perda de peso e a aparente insensibilidade à estigmatização do excesso de peso afastavam do grupo os participantes mais pesados, especialmente os obesos - o que, talvez, pudesse se caracterizar atitude de abandonar o grupo como seu espaço de liberdade. Neste sentido, trago dois trechos a seguir:

Após algumas reuniões – nas quais eu havia percebido que o padrão dos participantes havia se modificado [com relação ao gênero e ao IMC] – a dinâmica das presenças parece ter retomado sua antiga configuração. As participantes 'fiéis' [que já estão no grupo há mais de um ano], que não necessitariam perder peso, são a maioria. Os participantes novos, obesos em geral, vem e vão e não se mantêm no grupo por muitas reuniões. (Episódio 5).

A nutricionista propõe:

- Como estou percebendo que vocês têm muitas dúvidas, vamos marcar de medir o percentual de gordura corporal do grupo no próximo encontro.

O pessoal se empolga:

-Vamos desvendar esse mistério.

A nutricionista então explica como é feito o exame – medida de circunferências e dobras cutâneas – e combina o tipo de roupa que eles devem usar pra facilitar o exame.

A nutricionista comenta meio irônica:

- Ela tá revoltada!

- Eu não vou vir, eu só vou engordar, não vou emagrecer. Nem vou vir pra medir minha gordura, já sei que ela é grande – diz a participante agarrando a barriga e balançando.

- A dona M tá revoltada...

- Revoltada não, conformada... (Episódio 8).

Talvez, devido à rotina de pesagens, registros dos pesos semanais, estimativa do percentual de gordura corporal – feita a partir da vexatória medição de dobras cutâneas –, tais participantes se sentissem constrangidos e desmotivados. Por isso também, talvez, as participantes habituais do *Grupo Virando a Mesa* [todas mulheres, que compareciam nas reuniões há mais de um ano] possuíam um IMC considerado como normal – o que durante as observações me pareceu uma contradição, já que um dos critérios de inclusão deste grupo era possuir um IMC maior ou igual a 25kg/m<sup>2</sup>. No entanto, neste momento de reflexão e análise, entendo que essa constatação só corrobora minhas percepções de que a lipofobia funcionava tanto na atitude das participantes – que mesmo magras estavam no grupo para emagrecer – quanto na das nutricionistas [que também estão “dentro” do dispositivo da aversão à gordura] – que apesar de perceberem isso, pareciam agir como se perder peso nunca fosse demais. Essa percepção de que emagrecer é sempre

benéfico aparece, de certa forma, em uma interessante fala de um nutricionista palestrante, em uma Reunião do Núcleo de Nutrição da Residência Integrada em Saúde:

- O nutricionista palestrante pergunta, irônico:
- Quem aqui gostaria de ter um IMC de 24,9? Ninguém, né? Me dêem uma justificativa clínica para vocês não quererem ter esse IMC. Aumento de pressão arterial? Colesterol? Triglicérides? Diabetes Tipo II? Nada... Hoje, cinquenta por cento do que rege a nossa profissão é pura imagem. (Episódio 21).

Passo agora a discutir outro aspecto observado nos materiais analisados que se refere à lipofobia, qual seja, a apresentação do gordo como um indivíduo grotesco, irresponsável e desleixado; aspecto este que aparece na figura (Figura 7) e no trecho destacado, a seguir, da revista *Ciência Hoje na escola: conversando sobre saúde com crianças*:

#### **Maus hábitos**

Se você fica horas diante da televisão, chega a fazer suas refeições sem desgrudar os olhos do aparelho, não desenvolve atividade física diária nem pratica esporte, cuidado: você pode ser um candidato à obesidade. Ainda mais se exagera nos refrigerantes e é fã de *fast-food* (como os americanos chamam a 'comida rápida', aquela que se come em lanchonetes, geralmente bastante gordurosa e que não prima pela qualidade). Esses hábitos são considerados responsáveis pela obesidade entre as crianças. (KAPLAN; LEITE, 2007: 15-16).

**Figura 7.** Representação grotesca do indivíduo com excesso de peso (KAPLAN; LEITE, 2007: 12)



Essa mesma noção – a do obeso apresentado como um indivíduo desleixado e irresponsável – aparece também em uma das atividades do *PSE* realizadas na Escola dos Pinheiros, relatada no Episódio 9.

A atividade realizada neste episódio consistia na associação entre três personagens da série “Os Simpsons”- Lisa, Bart e seu pai, Homer – e as três figuras representando sacolas com os alimentos correspondentes. A proposta era que os estudantes associassem o personagem Homer Simpson com a figura da sacola de alimentos que continha frituras, doces, refrigerantes, ou seja, “porcarias”.

Retomo, agora, a ressalva feita anteriormente nesta seção, e afirmo, novamente, que tal associação direta entre tipos de alimentos e tipos de corpos é uma noção simplista, que desconsidera outros elementos biológicos envolvidos na aquisição, gasto e estocagem de energia pelo corpo, como a atividade física e singularidades metabólicas, por exemplo.

Além disso, a relação direta entre corpo e comida colabora com a ideia de que a pessoa com excesso de peso é necessariamente um indivíduo sedentário, viciado em doces e consumidor de *junkie food* [em suma, um glutão irresponsável]; e que, por isso, está – também, necessariamente, propenso às temidas DCNT.

Ainda neste sentido, trago, a seguir, algumas falas de nutricionistas, retiradas de duas Reuniões do Núcleo de Nutrição da Residência Integrada em Saúde:

[Esta reunião foi dedicada a discussão do caso de um adolescente obeso atendido por uma das nutricionistas da US Esperança]

A nutricionista da US Esperança afirma:

- Com um IMC maior que 45, não tem como o nutricionista fazer seu trabalho. Não é uma coisa simples de manejar.

Um das nutricionista preceptoras responde:

- Talvez a saída nestes casos seja não propor nada; é fazer o paciente te dizer o que ele acha que pode mudar.

(...)

A outra nutricionista preceptora acrescenta:

– Quando vem um obeso IMC maior que 30, é a coisa mais difícil que tem. Ele vai fugir, ele é o paciente que foge, que mente. Ele nos dá rasteira, ele inventa desculpas... (Episódio 19).

[O nutricionista palestrante afirma]

- Eu acredito que esta compreensão dos transtornos alimentares deveria ser ampliada. Que teria uma incidência muito maior na população. Eu acredito que a obesidade é um transtorno psiquiátrico. Uma pessoa que come tanto todo dia não pode estar bem da cabeça. (Episódio 21).

Um irresponsável, desleixado, grotesco, que não consegue se controlar, que foge, que mente, que dá rasteira, que inventa desculpa e que não pode estar bem da cabeça – essa parece ser, de certa maneira, a noção de indivíduo com excesso de peso [em especial, com relação aos obesos], a qual os materiais analisados nesta pesquisa se referem, em determinados trechos.

Entendo que, nesta noção, funcionam de maneira articulada valores provenientes de uma **moral molar** – que são uma espécie de reconfiguração do pecado da gula; que julgam o gordo como alguém que não controla suas vontades, seu apetite, que come mais do que a sua parte devida – e valores provenientes de uma **moral molecular** – que julgam o excesso de peso como uma doença que leva a doenças; como uma condição que piora todos os indicadores moleculares de saúde (taxas de glicose, colesterol, entre outros); e que onera o sistema de saúde, fazendo com que o indivíduo com excesso de

peso gaste mais recursos do que lhe são devidos, e passe a representar um peso para a sociedade.<sup>60</sup>

Estes (des)qualificativos bastante fortes, ao meu ver, colaboram para reforçar a estigmatização do excesso de peso e – ainda mais se os estudos alternativos apresentados anteriormente nesta seção estiverem corretos –, desta forma, podem agir no sentido de piorar a saúde e a qualidade de vida daqueles indivíduos para os quais elas [saúde e qualidade de vida] deveriam estar sendo promovidas.

O último aspecto que eu gostaria de discutir nesta seção é minha percepção de que, durante as atividades do PSE na Escola dos Pinheiros, as questões da insatisfação corporal e da estigmatização do excesso de peso apareceram, de forma recorrente, em diferentes momentos. Neste sentido, destaco os trechos abaixo:

Um estudante ao meu lado comenta com a psicóloga preceptora:

- Eu vi na TV um menino de quatro anos que usava drogas porque ele era muito gordo.

A psicóloga questiona:

- E será que ia resolver?

O estudante responde:

- O médico deu pra ele porque, se não, ele ia explodir. (Episódio 11).

[Na turma 51]

Os outros estudantes comentam que, na escola, os tipos de preconceito que mais observam é o preconceito com gays, e com relação ao aspecto físico da pessoa [gordo, baixo, etc.]. Eles dizem:

- Sobre o preconceito racial, esse tem na escola...

- Sobre quem é gordinha, ela passa e ficam falando.

Um estudante aponta uma colega – gorda e negra – no fundo da sala, e comenta:

- Este ano teve problema com a colega, porque falaram umas coisas de preconceito racial.

(...)

A turma está bem participativa. Escutam bastante uns aos outros e falam sobre os diferentes tipos de preconceito.

A enfermeira pergunta:

- Quem tem apelido dado por alguém aqui na turma?

Alguns estudantes apontam para uma colega gordinha [sentada ao lado da outra gordinha negra], que senta no fundo e sempre está calada. Ela olha para a carteira e não fala nada, A enfermeira pergunta a ela:

- E você gosta do apelido?

Bastante tímida, ela responde baixinho:

- Não, professora.

---

<sup>60</sup> Gostaria de agradecer à professora Paula Sandrine Machado pelos comentários feitos à apresentação de minha pesquisa, por ocasião do V Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade, realizado na Fundação Universidade Federal de Rio Grande, em Rio Grande / RS, em agosto de 2011. Foi graças a estes comentários e aos nossos debates subsequentes – baseados na palestra proferida, neste mesmo evento, por Nikolas Rose – que desenvolvi esta noção da moral molar e da moral molecular, funcionando de maneira associada.

Sinto que há uma problemática relacionada à imagem corporal que ronda os debates, mas que não vem à tona. Quando se pergunta sobre problemas de preconceito na escola, os estudantes apontam para colegas gordos. Mas este debate não é levantado pela equipe da US Esperança; é tratado como um problema menor – quase normal. O debate sobre preconceito se foca nos temas/grupos majoritários tradicionais de classe social, etnia/raça e heterodivergentes.

A conversa continua. A enfermeira questiona dois estudantes que dizem ser vítimas de apelidos difamatórios:

- E como vocês reagem?
- Eu não dou bola.
- Eu também não dou bola, mas às vezes me tiram do sério.
- A gente quer que acabe, mas eles não param, e a gente não sabe o que fazer para parar.

O sinal bate e interrompe a discussão. (Episódio 16).

[Na turma 53] A psicóloga então propõe uma sistemática para a apresentação das histórias: cada estudante irá receber a história escrita por um colega. Ele deve ler a história para a turma e decidir se ela fala sobre o *bullying* ou não. Depois de lê-la o estudante deve afixar a história no quadro, e no final da aula o dono de cada história vai buscá-la.

São lidas muitas histórias de briga, violência, assaltos. Uma fala sobre o *bullying* contra uma pessoa gorda – que é chamada de rolha de poço, baleia, que vai explodir, e que a pessoa fica muito triste. (Episódio 16).

Seja a partir da bizarra história [real ou irreal, não importa] do menino gordo que usava drogas para não explodir, ou do reconhecimento de que as colegas gordas sofrem com uma espécie de preconceito e com os apelidos, ou ainda da história criada para exemplificar o que seria *bullying*, os estudantes relatavam casos que mostravam sua experiência com a estigmatização do excesso de peso.

Apesar de despercebida, a estigmatização do excesso é experimentada desde a infância; e, na escola, parece ter efeitos amplificados. Neste sentido, Wann (2009) cita que, segundo um relatório da Associação Educacional Nacional norte-americana, a vida escolar para os estudantes com excesso de peso é uma experiência de preconceito contínuo, de discriminação despercebida, e de assédio quase constante. Desde o jardim de infância até o colégio, os estudantes com excesso de peso experienciam o ostracismo, o desencorajamento e às vezes a violência. “Frequentemente ridicularizados por seus pares e desencorajados até mesmo por bem intencionados profissionais da educação, os estudantes com excesso de peso desenvolvem baixa autoestima e têm horizontes limitados.” (WANN, 2009: XIX).

No entanto, para os profissionais da US Esperança, os comentários dos estudantes se referiam a um problema menor; com certeza uma piada sem graça, que ridicularizava colegas com excesso de peso; mas que não tinha efeitos tão graves quanto os outros

tipos de preconceito – racial, com relação à sexualidade e à classe social – que foram escolhidos como temas de atividade. Esta percepção vem ao encontro da afirmação feita por Weinstock e Krehbiel (2009: 124), de que “ainda que muitos sistemas de discriminação tenham sido elucidados e desafiados nas últimas décadas, a aceitação social da discriminação com relação ao excesso de peso continua forte”.

Retomando algumas ideias já apresentadas [no Capítulo 2], saliento [a partir de alguns trabalhos que venho realizando conjuntamente com minha orientadora, paralelos à minha pesquisa de doutorado<sup>61</sup>] a tendência, apontada por alguns estudos, ao crescimento da insatisfação corporal entre escolares brasileiros (6 a 18 anos), visto que os jovens encontram-se interpelados e pressionados a se enquadrarem nos padrões estéticos atuais não só pelos meios de comunicação, mas também pelos amigos e pais (FERNANDES, 2007; TRICHES; GIUGLIANI, 2007; PINHEIRO; GIUGLIANI, 2006) [e talvez também pelos profissionais da saúde].

Sendo assim, gostaria de encerrar esta seção apontando a importância da criação de estratégias direcionadas ao enfrentamento da estigmatização do excesso de peso e à busca de uma maior satisfação de crianças e jovens com o seu corpo; especialmente por parte dos profissionais da saúde que atuam na ESF; que realizam atividades de promoção da saúde com seus usuários, e que, por vezes, realizam estas atividades também nas escolas, como é o caso do *Programa Saúde na Escola*.

---

61 Desde 2007, articulando as pesquisas da Prof<sup>a</sup> Nádia ao meu trabalho de Mestrado – e depois ao de doutorado – temos realizado a Oficina “O Corpo Biossocial” com professores da rede pública e com estudantes de graduação em Pedagogia da UFRGS. Nela a temática da alimentação orienta um conjunto de atividades, nas quais buscamos discutir o corpo e sua construção para além do biológico – trabalhando com a construção dos hábitos alimentares; discutindo modelos de dietas mostrados em revistas femininas; debatendo a idéia do alimento como remédio, mostrada em reportagens e rótulos de alimentos; discutindo os padrões corporais e o uso atual das cirurgias plásticas. A partir destas oficinas, temos produzido artigos – que foram apresentados e publicados em eventos da área de Educação (como o IV Colóquio Luso-Brasileiro sobre Questões Curriculares, realizado em 2008, e o VII Encontro Nacional de Pesquisadores em Educação em Ciências, realizado em 2009).

#### 4.4. Apontamentos finais

Ao considerar os aspectos abordados nos eixos analíticos, apresentados nas seções anteriores, gostaria de finalizar este capítulo [e também esta tese] partindo de uma espécie de retomada de meu problema de pesquisa. Neste sentido, trago alguns apontamentos sobre como entendo que os profissionais da equipe da Unidade de Saúde Esperança, através de suas práticas de prevenção e controle do excesso de peso, relacionavam-se com o dispositivo da aversão à gordura [neste caso, o *Grupo Virando a Mesa* e as atividades do *Programa Saúde na Escola* realizadas na Escola dos Pinheiros].

Este estudo não se desenvolveu propriamente em uma equipe de ESF, mas em uma Unidade Básica de Saúde [a US Esperança], que se vinculava às demais Unidades de Saúde e equipes de ESF responsáveis pela Atenção Primária à Saúde, no município de Porto Alegre. Além de ser uma instituição pública ligada ao SUS, na US Esperança funcionava a Residência Integrada em Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição – uma atividade relacionada ao ensino e à formação. Dessa forma, seus profissionais estavam envolvidos em constantes discussões acerca do modelo de saúde pública que buscavam praticar; modelo esse no qual as atividades de promoção e prevenção eram valorizadas.

A partir do acompanhamento das reuniões do *Grupo Virando a Mesa* e das atividades do PSE na Escola dos Pinheiros, pude perceber que, apesar de tais práticas serem nomeadas e planejadas para funcionarem como ações de promoção da saúde, suas atividades se orientavam para a prevenção das doenças (como comentado na seção 4.3.1). Visavam, em especial, a prevenção das DCNT e da síndrome metabólica, condições cuja incidência tem aumentado muito nos últimos anos, em diversos países, inclusive no Brasil. Sendo assim, estas têm representado um desafio, em termos do controle de sua expansão, e uma grande preocupação, em termos de seus custos para os sistemas de saúde.

Ao longo das atividades do *Grupo Virando a Mesa* e do PSE na Escola dos Pinheiros [nomeadas como ações de promoção da saúde que, no entanto, funcionavam como ações de prevenção das doenças], o excesso de peso era tratado, *per se*, como uma doença. Ou melhor, como uma doença que acarretava muitas outras doenças. Dessa forma, o excesso de peso era visto como uma característica inerentemente negativa, que necessitava ser corrigida e prevenida – sempre e a cada instante, em toda a população e em cada indivíduo. Esta compreensão do excesso de peso também me pareceu estar presente nos documentos oficiais analisados [como comento na seção 4.3.7].

Nesta direção, entendo que os discursos de verdade do campo das Ciências da Saúde e da Saúde Pública [dentre outros], presentes nos documentos oficiais analisados e que orientavam a prática dos profissionais da US Esperança, assim como as estratégias de intervenção sobre a existência coletiva praticadas no *Grupo Virando a Mesa* e no PSE, faziam parte do dispositivo da aversão à gordura no sentido de reafirmar e reforçar a rede de elementos [discursos, produtos, serviços, profissões, valores morais] envolvidos em seu funcionamento.

Nestas atividades, os profissionais da US Esperança utilizavam técnicas de vigilância [carteirinha dos participantes do *Grupo Virando a Mesa*, quadro motivacional, pote dos desejos] e ensinavam aos participantes certas tecnologias de si [confissão, exame de consciência, dietas, atividades físicas], as quais chamei de tecnologias do self saudável [conforme discutido na seção 4.3.3]. Este conjunto de técnicas de vigilância e tecnologias do *self* saudável, compunham uma modalidade de *ascese*, ou mais especificamente uma *bioascese*, direcionada aos cuidados com o corpo e a esperada melhoria dos indicadores da saúde de quem a praticasse.

Ao examinar o funcionamento das estratégias biopolíticas com relação aos modos de subjetivação, isto é, ao ponderar os modos a partir dos quais os participantes das atividades de promoção da saúde acompanhadas eram levados a atuar sobre si próprios, percebi que, notadamente os participantes do *Grupo Virando a Mesa*, passavam a narrar-se e identificar-se a partir de suas doenças [em geral DCNT ou o próprio excesso de peso]. Estes também pareciam codificar as suas expectativas e medos em termos somáticos, de um corpo biomédico; além disso, tentavam reformar-se, curar-se ou melhorar-se atuando naquele corpo, através das tecnologias do *self* saudável que aprendiam e reforçavam a cada reunião de tal grupo.

Sendo assim, penso que os profissionais da equipe da US Esperança, através de sua abordagem focada na prevenção das doenças, da patologização do excesso de peso, do uso de técnicas de vigilância e do ensino de tecnologias do *self* saudável, inscreviam suas práticas de promoção da saúde no dispositivo da aversão à gordura; dessa forma, operavam no sentido de reforçar a estigmatização do excesso de peso, e, talvez, agravar os sentimentos de insatisfação corporal experienciados por alguns participantes destas atividades.

Neste âmbito, saliento novamente que, de acordo com um relatório elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2006, [divulgado pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE)] o Brasil foi o maior consumidor *per capita* de

medicamentos para emagrecer (9,1 doses diárias por mil habitantes); além disso, na pesquisa global realizada pela Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica (ISAPS) relativa aos dados do ano de 2009, o Brasil ficou em segundo lugar no número de procedimentos cosméticos cirúrgicos e não cirúrgicos, e foi o país que realizou o maior número de lipoaspirações (ISAPS, 2010); ainda neste sentido, estudos apontam o aumento da insatisfação corporal entre escolares brasileiros (6 a 18 anos (FERNANDES, 2007; TRICHES; GIUGLIANI, 2007; PINHEIRO; GIUGLIANI, 2006). Sendo assim, considero que a estigmatização do excesso de peso e a insatisfação corporal são questões de grande relevância para a Saúde Pública brasileira.

Com base nos apontamentos anteriores e os dados destacados acima, entendo que o movimento de pensar sobre e problematizar a estigmatização do excesso de peso se faz necessário, especialmente para os profissionais da saúde pública envolvidos na formulação dos documentos oficiais, nas atividades de formação profissional e na realização das práticas de promoção da saúde. De maneira que tais práticas, realizadas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família em grupos, nas escolas, entre outros espaços, possam contribuir para a discussão dos padrões estéticos e de saúde atuais; os quais movimentam uma poderosa rede de produtos e serviços direcionados a certos tipos de cuidados com o corpo.

Além disso, ressalto que é fundamental planejar tais práticas de maneira que elas não reforcem um tipo de discriminação que ainda parece ser socialmente aceita [a do excesso de peso]; a qual pode agravar outros tipos de discriminação [racial e de classe, por exemplo] e inequidades em saúde, visto que, em virtude do fenômeno da transição nutricional, que ocorre em escala mundial no presente, o excesso de peso cresce de maneira acelerada dentre os grupos economicamente mais desfavorecidos.

Talvez, desta forma, as práticas de promoção da saúde realizadas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família, visando o controle do excesso de peso [independente do espaço em que se realizem], possam criar condições para que os discursos acerca dos cuidados com o corpo [os quais circulam em diferentes âmbitos sociais] sejam discutidos e questionados; e que, além disso, essas práticas possam trazer subsídios para que os cuidados com a alimentação, o engajamento em atividades físicas, dentre outras atitudes de mudança de hábitos, sejam vivenciadas como atividades de múltiplas potências e não somente como um esforço de adaptação à norma estética/médica do corpo magro/saudável.

---

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Marise Basso. **Representações da natureza e a educação pela mídia.** Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 1997.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; FRANÇA JÚNIOR, França; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI FILHO, Haraldo. “O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios”. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 2a. Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p 121-143.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS.** 2006

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Presidência da república. **Decreto nº. 6286, de 5 de dezembro de 2007.**

Disponível em: <<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm)>>. Acesso em: 26 de novembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição.** 2ª edição revista. 5ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Manual operacional para profissionais de saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica: Saúde da Família.** Disponível em: <<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>>. Acesso em: 04 Jan 2010.

BRASIL. Ministério da educação. **Mais Educação.** Disponível em:

<<[http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=86&id=12372&option=com\\_content&view=article](http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=86&id=12372&option=com_content&view=article)>>. Acesso em: 26 de novembro de 2009b.

BUSS, Paulo Marchiori. “Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde”. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 2a. Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p 19-42.

CAMARGO, Tatiana Souza. **Você é o que você come? Os cuidados com a alimentação: implicações na constituição dos corpos.** Dissertação de Mestrado do Programa de Pós- Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Departamento de Bioquímica – Instituto de Ciências Básicas da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em: <<<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000637157&loc=2008&l=9f351fad3028c149>>>. Acesso em: 04 Jan 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. "Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde". In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 2007, 23(2): 399-407.

CAMPOS, P.; SAGUY, A.; ERASBERGER, P.; OLIVER, E.; GAESSER, G. "The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic?" In: **International Journal of Epidemiology**; nº 35, 2006. p. 55-60.

CASTIEL, Luis David. "Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2a. Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p 83-100.

CASTIEL, Luis David; ALVAREZ-DARDET, Carlos. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA DO BRASIL. **A Era Vargas I**. Disponível em: <<<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargasI/apresentacao>>>. Acesso em: 04 Jan 2010.

CZERESNIA, Dina. "O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção". In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2a. Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p 43-58.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R.J; *et al.* **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FERNANDES, Ana Elisa Ribeiro. **Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2007. Disponível em: <<<http://hdl.handle.net/1843/ECJS-76KMH6>>>. Acesso em: 04 Jan 2010.

FILHO, Claudio Bertolli. **História da saúde pública no Brasil**. 4ª. Ed. São Paulo: Ática, 2008.

FISCHER, Rosa M.B. "Foucault e a análise do discurso em educação". In: **Cadernos de Pesquisa**. n. 114, p. 192-223, 2001.

FINO, Carlos Nogueira "A etnografia enquanto método: um modo de entender as culturas (escolares) locais". In: Christine Escallier e Nelson Veríssimo (Org.) **Educação e Cultura**. Funchal: DCE – Universidade da Madeira, 2008. p. 43-53.

FISCHLER, Claude. "Obeso benigno, obeso maligno". In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de (Org.). **Políticas do Corpo: Elementos para uma história das práticas corporais**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 69-80.

\_\_\_\_\_. Le bon e le sain(t). In: PIAULT, Fabrice (sous la direction de). **Le mangeur**. Menus, maux et mots. Coll. Mutations/Mangeurs N° 138. Paris :Autrement, 1993.p. 111-123.

FISCHER, Claude; MASSON, Estelle. **Manger: français, européens et américains face à l'alimentation**. Paris: Odile Jacob, 2008.

FONSECA, Márcio Alves. “Entre a vida governada e o governo de si”. In: ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz; VEIGA-NETO, Alfredo; SOUZA FILHO, Alípio (Org.). **Cartografias de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. p.241-252.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 7a. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. 18ª. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.

\_\_\_\_\_. **Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France (1977-1978)**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2006.

\_\_\_\_\_. “Nietzsche, a genealogia e a história”. In: **Microfísica do poder**. 22ª. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006b. p.15-38.

\_\_\_\_\_. “Mesa-redonda em 20 de Maio de 1978”. In: \_\_\_\_\_. **Ditos e Escritos IV: Estratégia, poder/saber**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006c. p.335-351.

\_\_\_\_\_. “Sobre a história da sexualidade”. In: **Microfísica do poder**. 22ª. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006d. p. 243-276.

\_\_\_\_\_. “Soberania e disciplina: Curso do Collège de France, 14 de janeiro de 1976”. In: **Microfísica do poder**. 22ª. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006e. p. 179-192.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade II: o uso dos prazeres**, 11ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006f.

\_\_\_\_\_. **A Governamentalidade: Curso do Collège de France, 1 de fevereiro de 1978**. In: **Microfísica do poder**. 22ª. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006g. p. 277-293.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade III: o cuidado de si**. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005.

\_\_\_\_\_. **Naissance de la biopolitique: Cours au Collège de France (1978-1979)**. Paris: Seuil/Gallimard, 2004.

\_\_\_\_\_. “Outros espaços”. In: **Ditos e Escritos III – Estética: literatura e pintura, música e cinema**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001. p.411-422.

\_\_\_\_\_. **Dits et écrits**. Paris: Galimard, 1994.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 32ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOX, Nick J. “Postmodern reflections on ‘risk’, ‘hazards’ and life choices. In: LUPTON, Deborah. **Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives**. New York: Cambridge University Press, 1999. p.12-33.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. “Dieta Mediterrânea: inconsistências ao se preconizar modelos de dieta”. In: **Cadernos de Debate**: 2001; Vol.VIII: 28-36.

GASTALDO, Denise; McKEEVER, Patricia “Investigación cualitativa, intrínsecamente ética?” In: MERCADO, F.J.; GASTALDO, D.; CALDERÓN, C. (Org.). **Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica**: métodos, análisis y ética. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/ Universidad Autónoma de San Luis Potosí/ Universidad Autónoma de Nuevo Leon, 2002.

GEERTZ, Clifford. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

GORTMAKER, SL.; MUST, A.; PERRIN, JM.; SOBOL, AM.; DIETZ, WH. “Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood”. In: **New England Journal of Medicine**; nº 329, 1993. p. 1008-1012.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. “Risco”. In: **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p.2462.

HUISMAN, Denis (Org.). “FOUCAULT Michel, 1926 -”. In: **Dicionário dos Filósofos**. 2ª. Tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2004. p.388-391.

IBOPE. **Uma receita de crescimento**. Publicado em: 03 Ago 2007. Disponível em: <<<http://www.ibope.com.br/calandraWeb/servlet/CalandraRedirect?temp=5&proj=PortallBOPE&pub=T&db=caldb&comp=Not%EDcias&docid=39D9D357CF0F629F8325732C006D37>>>. Acesso em: 11 Jun 2011.

ISAPS. **Estatísticas sobre cirurgias plásticas em todo mundo disponíveis pela primeira vez**. Disponível em: <<[http://www.isaps.org/uploads/news\\_pdf/BIENIAL\\_GLOBAL\\_SURVEY\\_press\\_release\\_Latin%20American%20Portuguese.pdf](http://www.isaps.org/uploads/news_pdf/BIENIAL_GLOBAL_SURVEY_press_release_Latin%20American%20Portuguese.pdf)>>. Acesso em: 11 Jun 2011.

JOINT WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation**. Geneva, 2003.

KAPLAN, Sheila; LEITE, Álvaro Madeiro *et al.* **Ciência Hoje na escola**: Conversando sobre saúde com crianças. v.14. Rio de Janeiro: Instituto Ciência Hoje, 2007.

KAC, Gilberto; VÉLASQUEZ-MELÉNDEZ, Gustavo. “Editorial: A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina”. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S4-S5, 2003.

KEYS, Ancel *et al.* “Food consumption patters in the 1960s in seven countries”. In: **American Journal of Clinical Nutrition**: 1989; 49: 889-94.

KINDEL, Eunice Aita Isaia. **A natureza no desenho animado ensinando sobre homem, mulher, raça, etnia e outras coisas mais...** Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2003.

LEVEINSTEIN, Harvey A. "Dietética contra gastronomia: tradições culinárias, santidade e saúde nos modelos de vida americanos". In: FLANDRIN, Jean-Louis; MONTANARI, Massimo (sob a direção de). **História da Alimentação**. 4ª. edição. São Paulo: Estação Liberdade, 1998. p.825-840.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. "Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica". In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa, et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

LOPES, Ana Isabel; SANTOS, Sonia. **Da sociedade disciplinar a sociedade de controle**. Disponível em: <<<http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/opombo/hfe/momentos/sociedade%20disciplinar/index.htm>>>. Acesso em: 04 Jan 2009.

LUPTON, Deborah. **The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body**. London: SAGE, 1995.

LUPTON, Deborah. **Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives**. New York: Cambridge University Press, 1999.

MATTEDI, José Carlos. "Pesquisa aponta Brasil como o maior consumidor mundial de remédios para emagrecer". **Agência Brasil**. Disponível em: <<<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2006/11/24/materia.2006-11-24.4638169646/view>>>. Acesso em: 04 jan 2010.

MILLER, Peter; ROSE, Nikolas. **Governing the present: administering economic, social and personal life**. Cambridge: Polity Press, 2008.

MUENNIG, Peter; JIA, Haomiao; LEE, Rufina; LUBETKIN, Erica. "I think therefore I am: perceived ideal weight as a determinant of health". In: **American Journal of Public Health**, Vol 98, nº 3, 2008. p 501- 506.

MUENNIG, P.; SOHLER, N.; MAHATO, B. "Socioeconomic status as an independent predictor of physiological biomarkers of cardiovascular disease: evidence from NHANES". In: **Preventive Medicine**; nº 45, 2007. p. 35-40.

NELSON, C., TREICHLER, P. e GROSSBERG, L. Estudos Culturais: uma introdução. In: SILVA, T.T. (org.). **Alienígenas na sala de aula: uma introdução aos estudos culturais em educação**. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 7-38.

NUNES, M.A.; BARROS, F.C.; ANSELMO OLINTO, M.T.; CAMEY, S.; MARI, J.D. "Prevalence of abnormal eating behaviors and inappropriate methods of weight control in young women from Brazil: a population-based study". **Eating and Weight Disorders**. 2003; 8: 100-6.

OPPENHEIMER, G. "Comment: epidemiology and the liberal arts – toward a new paradigm?". In: **American Journal of Public Health**, vol.85, nº 1, p. 918-920.

OLHOZINHO. **Lipofilia & lipofobia**. Postagem de 19 de setembro de 2007. Disponível em: <<<http://juliofar.blogspot.com/2007/09/lipofilia-lipofobia.html>>>. Acesso em: 04 Jan 2012.

ORTEGA, Francisco. **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

\_\_\_\_\_. “Da ascese à bioascese – ou do corpo submetido à submissão ao corpo”. In: RAGO, Margareth; ORLANDI, Luiz B. Lacerda; VEIGA-NETO, Alfredo (Orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze**: ressonâncias nietzcheanas. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p 139- 174.

PETERSEN, Alan; LUPTON, Deborah. **The new public health**: Health and self in the age of risk. London: SAGE Publications, 2000.

PINHEIRO, Andréa Poyastro; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. “Body dissatisfaction in Brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors”. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.3, 2006. Disponível em: <<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000300018&lng=en&nrm=iso)>>. Acesso em: 04 Jan 2010.

PINHEIRO, Andréa Poyastro; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. “Quem são as crianças que se sentem gordas apesar de terem peso adequado?”. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n°3, 2006b. Disponível em: <<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572006000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000300014&lng=en&nrm=iso)>>. Acesso em 04 Jan 2010.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde, Assessoria de Planejamento, Política de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde na Escola (PSE) – Porto Alegre**. Porto Alegre: 2008.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza Porto; PIVETTA, Fátima. “Por uma Promoção da Saúde Emancipatória em Territórios Urbanos Vulneráveis. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2a. Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p 207-229.

PRESS RELEASE. Número de cirurgias plásticas não registra aumento em 2004. **Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**. Disponível em: <<<http://www.cirurgiaplastica.org.br/publico/novidades02.cfm>>>. Acesso em: 04 jan 2010.

PUHL, R.; BROWNELL, KD. “Bias, discrimination, and obesity”. In: **Obesity Research**; n° 9, 1991. p. 788-805.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. “O conceito de biopoder hoje”. In: **Política & Trabalho**: Revista de Ciências Sociais. n°. 24, 2006. p. 27-57.

RABINOW, Paul. **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

RABUSKE, Anelise Scheuer. **“Alunos-problema”**: discutindo práticas implicadass na produção do anormal. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2006.

RAND, CS.; MACGREGOR, AM. “Sucessfull weight loss following obesity surgery and the perceived liability of morbid obesity”. In: **International Journal of Obesity**; n° 15, 1991. p. 577-579.

REVEL, Judith. **Le vocabulaire de Foucault**. Paris: Ellipses, 2002.

ROSE, Nikolas. "Biopolítica molecular, ética somática e o espírito do biocapital". In: SANTOS, Luís Henrique Sacchi; RIBEIRO, Paula Regina Costa (Org.). **Corpo, gênero e sexualidade: instância e práticas de produção nas políticas da própria vida**. Rio Grande: FURG, 2011.

\_\_\_\_\_. "A biomedicina transformará a sociedade? O impacto político, econômico, social e pessoal dos avanços médicos no século XXI". **Psicologia & Sociedade**. 22 (3), 2010. p. 628-638.

\_\_\_\_\_. "Neurochemical Selves". In: **Society**. 41(1), 2003. p. 46-59.

SALSBURG, David. **Uma senhora toma chá...: como a estatística revolucionou a ciência no século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2009.

SANTOS, Luis Henrique Sacchi. **Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção: 1986-2000**. Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2002.

SCHWANTES, Lavínia. **Educação e lazer: a produtividade do Museu de Ciência e Tecnologia da PUCRS**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2002.

SOUZA, Nádia Geisa Silveira de; CAMARGO, Tatiana Souza de. "O corpo no ensino de Ciências: serão possíveis outras abordagens?". In: SILVA, Fabiane Ferreira da; MELLO, Elena Maria Billig (Org.). **Corpos, gêneros, sexualidades e relações étnico-raciais na educação** [recurso eletrônico]. Uruguaiana, RS: UNIPAMPA, 2011. p. 28-41. Disponível em: <http://porteiros.r.unipampa.edu.br/portais/sisbi/>. Acesso em: 23 Dez 2011.

\_\_\_\_\_. "Corpo e comida: articulações entre biologia e cotidiano no ensino de ciências". In: **Anais do IV Colóquio Luso Brasileiro sobre Questões Curriculares** (Disponível em CD). Florianópolis: 2008, 1-16.

STEPHANOU, Maria. "Discursos médicos, educação e ciência: escola e escolares sob exame". In: **Trabalho, educação & saúde**. Vol. 4, n. 1, 2006. p. 33-64. Disponível em: <<<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br//include/mostrarpdf.cfm?Num=125>>>. Acesso em: 04 Jan 2010.

TRICHES, Rozane Márcia; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. "Body dissatisfaction in school children from two cities in the South of Brazil". In: **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 2, 2007. Disponível em: <<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732007000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732007000200001&lng=en&nrm=iso)>>. Acesso em: 04 Jan 2010.

WANN, Marilyn. "Foreword". In: ROTHBLUM, Esther; SOLOVAY, Sondra (Org.). **The Fat Studies Reader**. Nova Iorque: New York University Press, 2009. p. IX-XXV.

WEINSTOCK, Jacqueline; KREHBIEL, Michelle. "Fat youth as common targets for bullying". In: ROTHBLUM, Esther; SOLOVAY, Sondra (Org.). **The Fat Studies Reader**. Nova Iorque: New York University Press, 2009. p. 120-126.

WITT, Neila Seliane Pereira. **Eutanásia, vida/morte: problematizando enunciados presentes em reportagens de jornais e revistas**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós- Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Departamento de Bioquímica – Instituto de Ciências Básicas da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **About WHO**. Disponível em: <<<http://www.who.int/about/en/>>>. Acesso em: 04 Jan 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva: 2004.

ZIMMET, PZ.; MCCARTY, DJ.; DE COURTEN, MP. “The global epidemiology of non-insulin-dependent diabetes mellitus and the metabolic syndrome”. In: **Journal of Diabetes and its Complications**; nº 11, 1997. p. 60-68.

---

# APÊNDICE

## A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Tatiana Souza de Camargo, bióloga, Mestre em Educação em Ciências pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), aluna de Doutorado na Faculdade de Educação/UFRGS, estou desenvolvendo uma pesquisa vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEDU/UFRGS), intitulada inicialmente **Aprendendo a Comer: uma análise do funcionamento das políticas públicas brasileiras de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade, em uma comunidade do município de Porto Alegre, RS**, sob coordenação e supervisão da professora Dr<sup>a</sup> Nádia Geisa Silveira de Souza, professora adjunta desta Faculdade, vinculada ao referido Programa de Pós-Graduação.

Com esta pesquisa pretendo investigar como as equipes da Estratégia de Saúde da Família colocam os discursos relacionados ao excesso de peso em funcionamento.

Ao final desta pesquisa, a coleta de dados e suas respectivas análises serão transformadas em uma Tese de Doutorado, a ser defendida em banca pública no Programa de Pós-Graduação em Educação. Ao longo da pesquisa, estarão também sendo produzidos textos, na forma de artigos, sobre as observações parciais – que são publicados em periódicos desta área de estudos e/ou apresentados em eventos como Congressos e Seminários.

Para realização da pesquisa pretendo realizar observações participantes no grupo de emagrecimento Virando a Mesa e as atividades realizadas pelos profissionais da Unidade de Saúde Esperança com estudantes da Escola dos Pinheiros, por ocasião do *Programa Saúde na Escola*. Serão também utilizadas fotografias e materiais produzidos nestas atividades (como ilustrações e cartazes) que possam trazer subsídios para a reflexão deste estudo, sendo resguardados a identificação das pessoas na utilização deste material.

O Senhor(a) está convidado a compor este estudo, sendo voluntária a sua participação.

As observações participantes serão realizadas durante as atividades do *Grupo Virando a Mesa* e nas atividades realizadas na Escola dos Pinheiros. Serão anotadas falas que sejam

consideradas relevantes para a pesquisa. Estas falas são anotadas de maneira a preservar o anonimato dos participantes.

Será garantido o sigilo de seus dados pessoais e resguardado qualquer dado que possa identificá-lo neste trabalho.

É seu direito retirar-se da pesquisa quando quiser, sem que isto implique em qualquer prejuízo a sua pessoa.

Neste estudo, não estão previstos riscos aos entrevistados, no entanto, caso você se sinta de alguma forma prejudicado, o senhor(a) poderá manifestar seu desconforto em relação ao tema, preferir não responder, ou caso julgue necessário, optar pela não participação nesta pesquisa.

Destaco que, caso o Senhor(a) necessite de algum esclarecimento ou deseje não fazer parte do estudo, estarei a sua disposição no telefone (51) 8423 5362 ou se preferir, poderá entrar em contato através do email [tatiana.camargo@ufrgs.br](mailto:tatiana.camargo@ufrgs.br).

A presente autorização vale para a utilização do material das observações participantes, assim como para a utilização de imagens e outros materiais produzidos nas atividades.

Os dados coletados nas observações serão gravados em CD e serão armazenados, juntamente com os outros materiais da pesquisa, na Faculdade de Educação, na sala do grupo de pesquisa ao qual pertencço (sala 812), pelo prazo mínimo de 5 anos.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, localizado na Av. Paulo Gama, 110 - 7º andar - Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060 - Fone: (51) 3308.3629, em 16 de julho de 2009.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante  
ou responsável

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Tatiana Souza de Camargo  
Nome

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data