

Percepção dos obesos sobre o discurso do nutricionista

estudo de caso

Jenifer Andréia Nascimento de Oliveira

Jaciara Dias Barreto

Amanda Ornelas Mello

Maria do Carmo Soares de Freitas

Gardênia Abreu Vieira Fontes

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

FREITAS, MCS., FONTES, GAV., and OLIVEIRA, N., orgs. *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura* [online]. Salvador: EDUFBA, 2008. 422 p. ISBN 978-85-232-0543-0.

Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this chapter, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste capítulo, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de este capítulo, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

**Percepção dos obesos
sobre o discurso do nutricionista**
estudo de caso

Jenifer Andréia Nascimento de Oliveira
Jacira Dias Barreto
Amanda Ornelas Mello
Maria do Carmo Soares de Freitas
Gardênia Abreu Vieira Fontes

Introdução

A obesidade está entre um dos mais antigos distúrbios metabólicos, conforme relatos e esculturas gregas. Não é uma desordem singular, mas heterogênea pelas condições de múltiplas causas (FRANCISCHI et al., 2000). Para Oliveira e outros (2003), a obesidade é definida como um excesso de gordura corporal se comparada à massa magra e possui uma etiologia multifatorial cujo processo apresenta influência de fatores biológicos, psicológicos e sócio-econômicos.

A obesidade emerge como epidemia em países desenvolvidos durante as últimas décadas do século XX e atinge todos os níveis socioeconômicos. Sua prevalência aumenta também em países de economia dependente, onde a transição nutricional caracteriza diferenças marcantes entre índices de massa corporais, e com isso surge uma nova face da fome crônica (FREITAS, 2003). Os obesos pobres não representam apenas corpos com dimensões volumosas, mas submetidos ao único consumo possível pelo acesso aos alimentos mais baratos concentrados em gorduras e carboidratos. Em outras palavras, a obesidade não está limitada a uma região, país ou grupo racial/étnico. E não podemos descartar outros fatores sócio-demográficos, ambientais, predisposições genéticas (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

De acordo com duas grandes pesquisas realizadas no Brasil, o Estudo Nacional da Despesa Familiar, realizado em 1975, e a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (BRASIL. Ministério da Saúde, 1990), em 1989, no intervalo de tempo entre o primeiro e o segundo levantamento, a obesidade aumentou na proporção de 100% para o sexo masculino e 70% para o sexo feminino (MARINHO et al., 2003). É então um problema de saúde pública que afeta parcela significativa da população, com repercussão sobre a saúde coletiva.

Devido à sua etiologia multifatorial, é difícil mensurar a força de cada uma das variáveis envolvidas no processo do ganho excessivo de peso. Entre elas, destaca-se a influência dos fatores socioculturais que impõem ao mercado consumidor um padrão de beleza de corpo esbelto e magro. As mulheres, principalmente, vivem sob a tirania da moda, contrariando necessidades nutricionais. Controlar a ingestão alimentar por meio de dietas restritivas não é fácil. Essa atitude é sustentada por

pressões sociais que impõem padrões corporais cada vez mais magros e com possíveis transtornos alimentares. Sobre este assunto, é interessante destacar um contraponto: em alguns países denominados pré-industrializados e com pouca disponibilidade de alimentos, ser gordo é símbolo de *status* ainda hoje (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

A obesidade é uma doença de difícil controle, como podemos observar nos elevados percentuais de insucessos terapêuticos, recidivas, repercussões orgânicas e psico-sociais, na infância e na vida adulta. O indivíduo obeso apresenta sofrimento psicológico decorrente dos problemas relacionados ao preconceito social, estigma e discriminação. Goffman (1982) define como estigmatizado o indivíduo que poderia ter sido recebido facilmente na relação social cotidiana, se não possuísse um traço que o afasta, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus. O estigma é um julgamento sobre o outro (obeso), o diferente, o que está fora dos padrões sociais. Isto se constitui como uma marca que “mancha” a identidade dos indivíduos a ponto de sentirem-se desqualificados, sem qualquer valor social. Sentem vergonha, indignidade e culpa, sentimentos que influenciam no comportamento alimentar.

Diante da complexidade desse processo que envolve diversos fatores, os aspectos psicossociais, tais como a ansiedade, aparecem quase sempre na forma de compulsão alimentar e/ou restrição, desencadeando inúmeras dificuldades no tratamento da obesidade e se estabelecendo enquanto grande desafio de superação para o profissional de saúde contemporâneo.

O discurso da dietética

O profissional de nutrição, pelo uso do discurso sobre a dietética, define junto ao paciente o seu tratamento. Entretanto, imagens do gordo e do magro como ícones culturais, a idéia de anormalidade enquanto estigma, desordem ou desvio da norma age enquanto uma disciplina do corpo. Estas são questões ainda pouco refletidas nos atendimentos terapêuticos.

O corpo gordo é definido quase sempre como anormal em uma cultura contemporânea que institui o modelo de corpo magro para a

imagem ideal. A idéia de ‘indivíduo normal’ está construída a partir de médias da espécie humana e do imaginário social, determinado pelo contexto social, em que a cultura vigente atribui como normalidade o modelo idealizado biossocial e cultural com medidas antropométricas pré-determinadas: quer seja a curvatura da cintura, a altura em relação ao peso. No entanto, o discurso do profissional é a via que comunica a autorização ao paciente para que ele (re)signifique seu corpo enquanto uma entidade enferma.

Comunicar envolve a idéia de partilhar, compartilhar e transferir a informação entre dois ou mais sistemas, sendo a mensagem a unidade da comunicação. Nesse sentido, a importância da comunicação entre o nutricionista e o paciente se envolve de especial atenção, na medida em que a depender da forma como o profissional estabelece a relação com o paciente pode ou não haver a adesão à orientação dietética. Além disso, este profissional se ocupa de uma questão que transcende o estado de saúde ou doença, porque diz respeito ao cotidiano do indivíduo e ao prazer relacionado ao ato do comer.

Nesse aspecto, o discurso se configura como fruto de uma construção social, concretizado a partir de trocas entre sujeitos sociais. E para se obter algum êxito na comunicação deve-se compartilhar da mesma dimensão cultural. Os discursos têm sentidos e se constituem em unidades de interação social, em práticas sociais concretas.

O significado do termo discurso é o de um evento comunicativo específico e bastante complexo, pois envolve muitos atores sociais: quem fala, quem escreve, quem escuta, quem lê. São atores que intervêm no ato comunicativo, em uma situação específica (tempo, lugar, circunstância), determinados por outras características do contexto. Este ato comunicativo pode ser escrito ou oral, usualmente combinam-se as duas coisas. Exemplos típicos incluem a interação médico e paciente, a escritura/leitura de uma crônica ou periódico. A isto, podemos chamar de significado primário do termo “discurso” (SERRA, 2001).

Yépez (1999) coloca as condições, formas e conteúdos da comunicação discursiva em estreita interdependência com a realidade socioeconômica e cultural de uma época e dos contextos específicos em que a comunicação tem lugar. Nessa perspectiva, o entendimento por ambas as partes envolvidas numa comunicação discursiva requer

envolvimento de um sujeito com a realidade do outro, com a cultura do outro, o que traz à tona a necessidade da aplicação desses conceitos a prática da Nutrição.

Estudos demonstram que o tipo de tratamento influencia o nível de adesão. Condutas seguidas por um longo período e que interferem em outros aspectos da vida da pessoa possuem níveis mais baixos de adesão. Assim, a adesão é pequena (cerca de 20% a 50%), quando as pessoas são solicitadas a mudar hábitos pessoais arraigados como tabagismo, consumo de álcool ou mudança de hábitos alimentares, enquanto que a adesão é alta (92%) quando a conduta a ser adotada é essencialmente médica e mais simples como tomar um medicamento (TAYLOR, 1986).

Tais considerações levam ao questionamento sobre a eficácia, limites e contribuições do Discurso Normativo em Nutrição, herdado da medicina clínica de origem positivista cartesiana, e que é predominantemente adotado pelos Nutricionistas desde a origem da profissão até os tempos atuais.

O Discurso Normativo é essencialmente o discurso do poder atribuído pelo saber científico, que se caracteriza por um saber cético que ignora outros tipos de saberes. Uma verdade de saberes baseando-se na verabercetico que ignora outros tipos de saberes baseando-se na veradde ais sde comprovada matematicamente. “A ciência é essencialmente discurso, isto é, um conjunto de proposições articuladas sistematicamente. Mas, além disso, revela-se como um tipo específico de discurso que tem a pretensão da verdade; entretanto, como Foucault explica, verdade que não se dissocia do desejo de poder” (SERRA, 2001, p. 34-35).

A perspectiva mecanicista considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, isto é, relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando aspectos sociais, psicológicos e comportamentais. Se, por um lado, ao longo da história houve importantes transformações, a partir do século XIX, com o nascimento da clínica, a teoria dos germes de Pasteur e até os recentes sucessos nos estudos de genética, imunologia, biotecnologia; por outro, a dimensão humana da ciência que trata da vivência, da psicologia e da cultura foi desprezada.

Em se tratando de padrões de comunicação verbal e não-verbal, assim como da variedade de padrões comunicacionais, observa-se que

são muitos os problemas que ocorrem na relação profissional-paciente: a incompreensão por parte do profissional sobre as palavras utilizadas pelo paciente para expressar seu sofrimento; falta ou dificuldade em transmitir informações adequadas ao paciente; a dificuldade do paciente na adesão ao tratamento.

As limitações do discurso clínico colocadas em discussão apontam para a necessidade de reflexão e adoção de posturas diferenciadas na assistência nutricional, especialmente no que se refere ao paciente obeso, cuja influência de fatores culturais e psico-sociais torna ainda mais grave o processo de adoecimento.

A “aliança terapêutica” entre o profissional de saúde e o paciente produz sentidos sobre o tratamento (MARTINS, 1999). Técnicas pedagógicas em que o educador de saúde se abre para aprender com seu paciente gera a possibilidade de criar uma negociação entre ambos e facilitar a dietoterapia do obeso, permitindo trocas de valores socioculturais sobre o corpo, a saúde, as crenças e os modos de agir sobre o problema. Importa conhecer as situações relacionadas à saúde. Aos educadores de saúde cabe garantir um diálogo construtivo com os membros da comunidade, para que estes possam identificar soluções culturalmente apropriadas (RICE; CANDEIAS, 1989).

Assim sendo, é possível inferir que o processo de estabelecimento de relações humanas com os pacientes concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do profissional, bem como melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do paciente.

Frente a essas questões, este breve estudo traz a reflexão sobre o discurso técnico-científico da nutrição clínica, que nem sempre holístico para compreender o surgimento de uma perspectiva centrada no sujeito que sofre, não consegue vislumbrar diferentes alternativas de atuação do profissional na atenção ao paciente obeso.

Do mesmo modo, tendo em vista o crescente aumento da frequência de obesidade, entre outras doenças crônicas não transmissíveis cuja determinação perpassa pelo aspecto da nutrição do indivíduo, bem como os altos índices de insucesso no tratamento dessa patologia, este estudo visa iniciar de forma embrionária uma reflexão sobre a eficácia e suficiência da abordagem terapêutica que prevalece na nutrição clínica.

O sentido é de provocar o questionamento sobre a necessidade de se repensar o discurso normativo positivista, em que medida ele contribui para o tratamento, quais as suas limitações. Com isso, não se pretende esgotar a temática, nem oferecer respostas prontas, mas vislumbrar a possibilidade de uma visão mais ampla de abordagem nutricional, a qual vem progressivamente mostrando-se criticamente necessária ao contexto do paciente obeso.

Material e métodos

Este estudo de caso pauta-se na abordagem qualitativa fundamentada na interpretação da fala de pacientes obesos atendidos no Consultório Dietético da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia. Foi solicitado aos pacientes o consentimento livre e esclarecido para realização das conversas. Estes foram selecionados ao acaso, conforme o agendamento disponível de pacientes acompanhados para tratamento de obesidade. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, gravadas, transcritas e analisadas. Os pacientes receberam nomes fictícios para a preservação de suas identidades.

Os sujeitos do estudo

1. Marli, 73 anos, branca, natural de Inhambupe e reside em Itinga – Lauro de Freitas-BA, tem primeiro grau incompleto, lavradora e aposentada de baixa renda, frequenta o Consultório Dietético a mais de um ano.

2. Rosa, 38 anos, parda, solteira, procedente e natural de Salvador, (reside no bairro da Federação), tem primeiro grau incompleto e ocupação de lavadeira, de baixa renda.

3. Amália, 68 anos, negra, viúva, natural de Santo Amaro, procedente de Salvador, bairro de Cajazeiras, tem primeiro grau incompleto e ocupação de dona de casa, aposentada, possui baixa renda.

Análise das narrativas

É sabido que o discurso utilizado na nutrição clínica tem sua base fundamentada no discurso médico normativo predominante, desde o nascimento da medicina acadêmica até os tempos atuais. Isto se dá a partir das regras originadas da perspectiva higienista defendida por Pasteur entre outros cientistas na Europa do século XVIII. Segundo Laplantine (1991), tal construção do pensamento do ser humano, enquanto máquina que precisa de reparos, se opõe ao discurso mais amplo que enxerga o homem imerso as inúmeras variáveis sociais também determinantes do seu estado de saúde.

Nessa perspectiva, a percepção do paciente obeso sobre a fala do profissional de nutrição age como uma reflexão frente à racionalidade sobre a obesidade. A noção clínica restrita sobre a obesidade enquanto uma enfermidade de determinação multifatorial, ligada ao comportamento alimentar e ao psicossocial do indivíduo, não dá conta para explicar e tratar o estado mórbido, porque esta é uma condição que diz respeito ao cotidiano do indivíduo e ao prazer relacionado ao ato do comer. Portanto, considera-se necessário estabelecer uma “aliança terapêutica” a partir de padrões de comunicação que permitam trabalhar essas questões.

As entrevistas revelaram sentidos contrastantes atribuídos pelos pacientes ao discurso usado por estudantes que atendem no Consultório Dietético da Escola de Nutrição, sob a supervisão de nutricionistas, como pode ser observado a seguir.

A herança médica

Segundo Fontes (1990), quanto à semelhança do que ocorreu com outras profissões da área de saúde, o nutricionista surge na área hospitalar como fruto da divisão social do trabalho médico, sendo o seu objeto de trabalho o paciente enfermo. Costa (1999) destaca que a prática do nutricionista, na sua origem, estava ligada à prática médica nos hospitais, exercida na área clínica sem participação na promoção da saúde e tampouco na sua prevenção e, portanto, se constituía em prática individual, curativa e hospitalar.

Desse modo, a nutrição clínica guarda uma relação histórica com a medicina clínica tanto na sua origem quanto na sua postura diante da realidade na medida em que reproduz o discurso normativo positivista, não estando preocupada com a perspectiva integradora do ser humano como um ser complexo e constituído por inúmeras significações. Assim, “a influência do ‘nascimento em berço hospitalar’ desta categoria profissional” (FONTES, 1990, p. 10) permanece até hoje, sendo este profissional constantemente associado ao médico.

Outro aspecto a ser considerado é o distanciamento. Alguns pacientes sentem-se desconfortáveis durante a consulta quando o nutricionista tem uma posição distante e autoritária. Em outro momento, observa-se o oposto, quando há uma relação próxima e aberta com o paciente, deixando-o à vontade para participar da consulta. Esta posição do profissional pode ser percebida através da fala de uma paciente: “*ela (a estudante de nutrição) é uma menina boa, educada, me trata muito bem, me deixa a vontade [...] Ela tem muito cuidado. A gente não fica nervosa, é ótimo [...] eu sinto vontade de fazer (o tratamento) [...] (Amália).*”

Com relação à formação acadêmica deste profissional, de acordo com Fontes (FONTES, 1990), as noções sobre nutrição valorizam o biológico, os alimentos e suas modificações físico-químicas, processos de preparação, requerimentos nutricionais, adequação da dieta, situação fisiopatológica específica. Percebe-se que este modelo voltado para o alimento e para a doença esquece o sujeito, suas crenças, sua história. A ausência dessa compreensão resulta em um profissional frio e divorciado das questões sociais. Para a paciente Marli, a estudante exige que ela coma o que não gosta, ou nem mesmo demonstra interesse pelo que a paciente acredita.

Na fala de Rosa também se pode perceber tal situação: *Estava querendo desistir do tratamento porque eu não tenho condições de comprar as coisas que passam aqui. Consigo algumas coisas, outras não. Acelga mesmo, nunca comi, nunca tentei comprar (Rosa).*

Através das falas percebe-se a dieta prescrita pelo profissional nutricionista como parte de um discurso normativo que não considera o paciente com as suas especificidades, gostos e aversões alimentares, respeitando o biológico, o psicológico e o cultural.

Em vista desta situação, Fontes (1990) propõe modificações na prática clínica do nutricionista, através da incorporação de diversas atividades e comportamentos, dentre estas: a comunicação e a discussão com o paciente sobre os cuidados nutricionais que lhe serão dispensados; a adoção de uma postura de autonomia junto ao paciente.

Dieta e medo

A relação nutricionista-paciente, quando permeada pelo discurso normativo e desconsidera a fala do paciente, nem a sua visão de mundo, sua realidade e crenças, é então ameaçadora para o paciente, pois o profissional se apresenta como a pessoa que sabe mais sobre o corpo do indivíduo do que ele mesmo. O paciente aparece nessa cena como um ser passivo, cuja fala não tem valor, e seu corpo (sua obesidade) é desapropriado. Nesse contexto, lhe é dada uma dieta como uma imposição. A dieta prescrita se assemelha a uma receita de medicamentos que deve ser seguida sem questionamentos. Estes aspectos impositivos são observados através da fala de Marli.

A primeira vez que eu vim, a nutricionista foi mais rígida na dieta, disse que eu não podia comer isso e aquilo [...] Agora as outras que me atenderam disseram que de vez em quando eu podia comer, mas que não posso exagerar. Eu estava com medo de tantas coisas que perdi logo cinco quilos (Marli).

O medo da morbidade aterroriza o paciente. Tanto o paciente como o profissional de saúde possuem vivências sobre doenças e tratamentos em seus devidos contextos. Os processos de troca entre os que curam e os que são curados efetuam-se com a experiência vivida pelo paciente e o saber científico do profissional de saúde. É de fato possível, uma troca de experiências entre estes protagonistas.

Mas na realidade esse princípio comunicacional inexistente, de um modo geral, pois nos relatos recolhidos o doente se sente ameaçado pelo profissional e pela dieta. Para que a dieta não se torne um instrumento de opressão é de fundamental importância que os nutricionistas compreendam o seu papel enquanto educadores, baseando sua prática na educação dialógica proposta por Freire (1985), em que o educador se dispõe a ouvir, em oposição à educação bancária quando o profissional

crê na passividade do outro e tenta impor suas próprias palavras ao paciente produzindo um falar alienado. Assim, somente o diálogo entre o profissional e o paciente seria capaz de instaurar uma força transformadora, em que a palavra expressa do educando com sua linguagem originária poderia interferir nas coisas. Seria então através do diálogo que poderia nascer o desejo de mudar o hábito alimentar enraizado.

Em contraposição, uma abordagem pragmática que apenas instrui escamoteando conflito, ignorando contradições, reduzindo o fenômeno da alimentação, leva o paciente a derivar mecanicamente sua dieta.

Culpa e submissão

O uso do discurso normativo em nutrição, de caráter opressor como explanado anteriormente, tem como resultado a produção de um sentimento de culpa e submissão por parte dos pacientes: *Eu não consigo fazer (dieta) porque sou relaxada. Acho certo (fazer o tratamento dietético), mas tem algumas coisas que eu não faço e prejudica a mim mesmo. Minha dieta é demais, eu contribuo para a falta de cálcio nos ossos (Marli).*

De acordo com esta narrativa, percebe-se o sentido de culpa da paciente pela dificuldade em realizar a dieta porque não há, por parte desta, um entendimento sobre esta necessidade. Outra paciente diz que a dieta é do profissional e não dela. Esta discussão remete a Foucault (1991) ao analisar o poder das instituições. Exerce-se poder como uma idéia naturalizada na sociedade de classes. No quadro em questão, está o profissional de nutrição que herda a imagem construída socialmente do médico, enquanto personagem de saber superior ao paciente; e este último, a figura que deve se submeter. Revela-se então uma relação de dependência que o paciente estabelece com o profissional e com o tratamento.

Segundo Foucault, o poder passa pelo “serviço público” imanente, capaz de regular problemas pessoais. Assim, a paciente desenvolve com o profissional uma relação de culpa, submissão e dependência, na medida em que no momento da consulta tende a perder sua autonomia, agindo como se fosse impotente, incapaz e não co-autora do seu processo terapêutico.

Ainda de acordo com Foucault (1991), o poder se mostra como uma relação de forças. Não tem outro objeto. É uma ação sobre outra ação, que no contexto desse trabalho se expressa na relação entre o poder do hábito alimentar do paciente e o poder do profissional conferido pelo seu saber acadêmico, reconhecido como verdade suprema ou prática de poder pela estratificação e normatização do conhecimento. Tal conflito é marcadamente verificado nas falas dos pacientes entrevistados: o discurso da dietética, com o rigor dos cálculos em nutrientes e o silêncio do paciente. Depois, o paciente em conflito age conforme sua crença e racionalidade. E diz: “A nutricionista marca tudo no papel, mas eu não faço”.

Fica claro o dilema interno vivido por estas pacientes, determinado pelas forças sociais em que elas se encontram envolvidas: a luta entre a pressão social para emagrecer e o desejo de comer o que lhe dá prazer. Tais forças são determinadas pela construção social estabelecida pela ciência positivista (que estuda o indivíduo dissociado da sua cultura e considera o aspecto puramente biológico) e que, nesse cenário, encontram resistências no hábito do indivíduo, o qual se constitui em outra força. Assim, conforme Foucault (1991), em toda relação de poder existe a capacidade de resistência exercida por parte da força afetada, o que se verifica nas falas das pacientes que resistem à força originada pelo conhecimento técnico científico.

Outro aspecto denotado nas falas se relaciona a perspectiva do cuidado na abordagem nutricional: *Eu estava até querendo desistir do tratamento porque não tenho condições de comprar as coisas que passam aqui [...]. Mas eu não vou desistir porque aqui eles estão me examinado, falando o que eu não posso usar, o que eu posso* (Rosa).

Essa fala expressa o que Boff (1999) discute como o mal dos tempos atuais, o estigma do nosso tempo: a falta de cuidado. O sintoma mais doloroso consiste num difuso mal estar e que aparece sob o fenômeno do descuido, do descaso. A paciente se mostra desencantada com o tratamento por se sentir incapaz de corresponder à exigência da nutricionista. Esta também não demonstra sensibilidade ao recomendar alimentos fora da possibilidade de acesso da paciente.

O referido autor traz o distanciamento como produto da visão técnico-científica em que as realidades existem como objetos independentes do sujeito que as observa, e deixa de incluir nelas a subjetividade, a consciência, a espiritualidade e a solidariedade.

A restrição impositiva como forma de vigiar e punir o indivíduo desconsidera as formas que dão objetivos e meios a função de tratar/educar. Há recomendações nutricionais impostas como um controle social, a disciplina do corpo que nem sempre se combina com a realização pessoal. Há também um conflito representado pelo prazer e desprazer, desejo e necessidade. Essas entidades culturais e biológicas não encontram relação na dieta restrita em que o discurso está dissociado do caráter humanizador.

Portanto, é pertinente ao profissional de Nutrição estar aberto à compreensão da atenção nutricional segundo uma ótica diferenciada. E para isso, conforme sugere Foucault (1991), o Nutricionista na prática clínica precisa estar inclinado a perceber o além do visível, a escutar o silêncio. Não se apropriar apenas do olhar clínico do imediato para compreender o indivíduo doente, mas estar disposto a enxergar uma verdade sensível.

Conclusões

A herança médica em nutrição ainda se faz presente de forma marcante na atuação do profissional, sendo constatada nos estudantes de graduação a postura voltada ainda para a prática do discurso com atenção focada no alimento e na doença enquanto perspectiva de terapia da obesidade. Tal referência da clínica se mostra fortemente presente no imaginário social, de acordo com o relato dos pacientes entrevistados.

A atenção nutricional do paciente obeso sob a perspectiva da relação de poder revelou rejeição e resistência por parte do paciente a terapia proposta, através de sentimentos como insatisfação, desconforto, culpa, obrigatoriedade e desobediência as modificações propostas.

A atenção nutricional ao paciente obeso demonstrou ser mais efetiva quando permeada pelo discurso mais humano, voltado para o cuidado, à relação sujeito-sujeito na comunicação entre o profissional e o paciente e a formação de laços de afetividade.

Há que se repensar a prática clínica do nutricionista, especialmente no que diz respeito ao tratamento do paciente obeso, inclusive quanto à formação acadêmica recebida durante o curso, no sentido de reforçar a necessidade de considerar a profissão como de caráter também voltado

para as ciências humanas e não apenas biomédico, e de reforçar a importância da psicologia das relações humanas no contexto de uma terapia nutricional.

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

Referências

BERNARDI, F; CICHELERO, C; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 1, p. 85-93, jan./fev. 2005.

BOFF, L. **Saber cuidar**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição**. Brasília, 1990.

COSTA, N. M. C. da. Revisitando os estudos e eventos sobre a formação do Nutricionista no Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 12, n. 1, p. 5-19, jan./abr. 1999.

FONTES, G. A. V. **A prática clínica do nutricionista: uma reflexão**. 1990. 33p. Monografia (Especialização em Nutrição Clínica) – Escola de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clinica**. Rio de Janeiro: Forense, 1991.

FRANCISCHI, R. P. P. de. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, v. 13, n. 1, p. 17-18, jan./abr. 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

FREITAS, M. C. S. **Agonia da fome**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MARINHO, P. S. et al. Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade. **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 12, p. 195-201, abr./jun. 2003.

MARTINS, M. C. F. N. **Relação profissional – paciente: subsídios para profissionais de saúde**. Maio, 1999. Disponível em: <<http://www.google.org>>. Acesso em: 8 jul. 2006.

OLIVEIRA, A. M. A. de. et al. Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana-BA. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, v. 47, n. 2, p. 144-150, abr. 2003.

RICE, M.; CANDEIAS, N. M. F. Padrões mínimos da prática da educação em saúde: um projeto pioneiro. **Revista de Saúde pública**, v. 23, n. 4, p. 347-53, 1989.

SERRA, G. M. A. **Saúde e nutrição na adolescência, o discurso sobre dietas na Revista Capricho**. 2001, 137p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

TAYLOR, S. E. **Interação profissional de saúde – paciente**. Adaptação e tradução: Eliane Maria Fleury Seidl. New York: Random House, 1986. Capítulo 10, p. 240-263. Disponível em: <<http://www.google.org>>. Acesso em: 8 jul. 2006.

YEPEZ, M. T. Os discursos e a dimensão simbólica: uma forma de abordagem a psicologia social. **Estudos de Psicologia**, v. 4, n.1, p. 39-59, 1999.