



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

RAQUEL KERPEL

**MEDICALIZAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO E DA NUTRIÇÃO: CONCEITOS E
ESTRATÉGIAS**

FLORIANÓPOLIS, SC

2021

RAQUEL KERPEL

**MEDICALIZAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO E DA NUTRIÇÃO: CONCEITOS E
ESTRATÉGIAS**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Fernando Hellmann, Dr.

FLORIANÓPOLIS, SC

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Kerpel, Raquel
Medicalização da alimentação e da Nutrição : conceitos e
estratégias / Raquel Kerpel ; orientador, Fernando
Hellmann, 2021.
133 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Medicalização. 3. Alimentação . 4.
Nutrição. I. Hellmann, Fernando. II. Universidade Federal
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva. III. Título.

RAQUEL KERPEL

**MEDICALIZAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO E DA NUTRIÇÃO: CONCEITOS E
ESTRATÉGIAS**

O presente trabalho, em nível de doutorado, foi avaliado e aprovado por banca
examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a. Marta Inez Machado Verdi, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Sandra Noemi Cucurulo Caponi, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Fabiana Poltronieri, Dra.
Centro Universitário FAM

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão, que foi
julgado adequado para obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UFSC

Prof. Fernando Hellmann, Dr.
Orientador

Florianópolis, SC, 2021

Este trabalho é dedicado à memória do meu filho Francisco.

AGRADECIMENTOS

A sensação de felicidade em apresentar este trabalho para a banca é imensa. Colocar um “ponto final” significa estabelecer um limite ao que foi possível produzir, a partir do caminho que tracei e a partir do qual “fui traçada”. Também significa acolher e aceitar as limitações e mudanças de “rota” inerentes ao trabalho de pesquisa científica, ao doutoramento e à vida.

Concluir uma tese, ao contrário de fechar perguntas, é abrir outras. O processo de doutoramento é transformador. Dessa maneira, agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina e ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na figura da coordenadora e professora Marta Verdi, por terem possibilitado meu exercício de pesquisa e escrita e, não menos importante, minha formação como sanitarista. Não poderia deixar a Maria Júlia fora deste agradecimento, sempre solícita e atenta.

Agradeço ao Fernando Hellmann, por ter me acolhido como orientanda e às minhas ideias. À professora Márcia Grisotti, por meio da qual tive a oportunidade de ingressar no doutorado.

Às mulheres que aceitaram ser banca deste trabalho, auxiliando no seu aprimoramento. São grandes pesquisadoras! À professora Sandra Caponi, por ser inspiração e exemplo em tudo que se propõe. À professora Marta Verdi, sempre humana e acolhedora, tanto em sala de aula quanto na coordenação. À Deise Warmling, por ter feito parte de muitas etapas deste doutoramento, pelo incentivo e apoio. À Fabíola Stloz, pela afetividade, competência e troca. E, à Fabiana Poltronieri, que sempre ensina com sua voz tão potente na Nutrição.

Às amigas e/ou aos colegas que leram fragmentos da tese, compartilharam conversas ou cafezinhos e que também fizeram parte desse processo, Carla Giovana Girardi, Magali Estrada Perea, Mariana Martins Machado, Sílvia Saldanha Correa, Camila Bona, Anapaula Mendes, Melisse Eich, Vanessa Mello e João Anshau. Ao Gesseldo Freire pela revisão do texto.

À minha mãe, Janeti, e aos familiares, por suportarem as sucessivas ausências em função da escrita e, apesar disso, acreditarem valer a pena.

Ao Carlos Medrano, meu grande amor e companheiro de vida, por tudo e tanto (apoio, estímulo, escuta, fala e amor).

“O discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar.”

(A ordem do discurso, FOUCAULT, 1996, p. 10)

RESUMO

Vivemos em uma sociedade caracterizada pela crescente medicalização. Esse processo se estende pelos mais diversos campos da Saúde, dentre eles, o da Nutrição. Este trabalho pretende trazer algumas problematizações sobre o particular protagonismo que a alimentação e a nutrição têm na vida das pessoas e das populações. Sendo assim, o objetivo geral desta tese é problematizar a medicalização da alimentação e da nutrição, bem como estratégias de intervenção. Os objetivos específicos são 'identificar, analisar e compilar os conceitos de medicalização da sociedade, da alimentação e da nutrição que embasam estudos sobre o tema' e 'problematizar a concepção do alimento como um medicamento, e a nutrição personalizada como estratégias de medicalização no campo da Alimentação e da Nutrição'. Trata-se de pesquisa documental. A seleção dos documentos para compor o corpo de análise se deu por meio de uma busca sistematizada, e a análise de conteúdo como descrita por Bardin. Os resultados são apresentados em dois manuscritos. No primeiro, foi elaborado um ensaio, intitulado 'Medicalização da alimentação e da nutrição: aproximações conceituais'. Faz-se a discussão sobre a medicalização da sociedade, pelas obras de Irwing Zola, Ivan Illich, Michel Foucault e Peter Conrad e, sobre a medicalização da alimentação e da nutrição, por meio dos autores Jean-Pierre Poulain, Mabel Gracia-Arnaiz, Christopher Mayes, Kerry Chamberlain e Jesús Contreras. Discute-se que a racionalidade científica moderna, caracterizada por uma visão mecanicista, quantificadora e reducionista do mundo sustenta a medicina moderna. No processo de expansão do campo de ação da medicina, a partir do século XVIII, aos aspectos da vida e do cotidiano, deu-se a medicalização da sociedade. Os problemas sociais são interpretados pela linguagem médica e passam a ser geridos pela medicina. Seguindo essa expansão, a alimentação e a nutrição participam desse processo. Na medicalização da alimentação e da nutrição, os motivos hedônicos, gastronômicos e culturais para a escolha dos alimentos são substituídos por outros de razão médico-nutricional. Poulain propôs o conceito de nutricionalização quando se trata da disseminação dos conhecimentos derivados da racionalidade nutricional. No segundo manuscrito, uma revisão integrativa, intitulada 'O alimento e a nutrição personalizada como estratégias medicalizadoras', foram identificadas duas estratégias medicalizadoras. A primeira, hegemônica na atualidade, trata da concepção do alimento como um medicamento. A segunda, a Nutrição Personalizada, é um tipo de aconselhamento e prescrição nutricional baseado em testes genéticos, com perspectivas de se tornar a estratégia medicalizadora da alimentação e da nutrição hegemônica nos próximos anos. Destaca-se a importância dessa discussão na área da alimentação e da nutrição e a relativa ausência desse tipo de publicação no Brasil. É imprescindível a reflexão sobre essa ancoragem conceitual, a fim de atender ao perfil humanista, crítico, ético, e pautado na realidade social e cultural de nutricionistas, com vistas a minimizar os efeitos iatrogênicos da medicalização.

Palavras-chave: Medicalização. Alimentação. Nutrição.

ABSTRACT

We live in a society characterized by increasing medicalization. This process extends to the most diverse fields of Health, including Nutrition. This work intends to bring some problematizations about the particular protagonism that food and nutrition have in the lives of people and populations. Thus, the general objective of this thesis is to problematize the medicalization of food and nutrition, and strategies of intervention. The specific objectives are to 'identify, analyze, and compile the concepts of medicalization of society, food, and nutrition that underlie studies on the subject' and 'problematize the conception of food as a medicine and personalized nutrition as medicalization strategies in the field of Food and Nutrition'. This is a documental research. The selection of documents to compose the body of analysis was made through a systematic search, and content analysis as described by Bardin. The results are presented in two manuscripts. In the first, an essay entitled 'Medicalization of food and nutrition: conceptual approaches' was prepared. It discusses the medicalization of society through the works of Irwing Zola, Ivan Illich, Michel Foucault, and Peter Conrad, and the medicalization of food and nutrition through the authors Jean-Pierre Poulain, Mabel Gracia-Arnaiz, Cristopher Mayes, Kerry Chamberlain, and Jesús Contreras. It is discussed that modern scientific rationality, characterized by a mechanistic, quantifying, and reductionist view of the world sustains modern medicine. In the process of expanding the field of action of medicine, from the 18th century on, to aspects of life and daily life, the medicalization of society took place. Social problems are interpreted by medical language and become managed by medicine. Following this expansion, food and nutrition participate in this process. In the medicalization of food and nutrition, hedonic, gastronomic, and cultural reasons for choosing food are replaced by medical-nutritional ones. Poulain proposed the concept of nutritionalization when it comes to the dissemination of knowledge derived from nutritional rationality. In the second manuscript, an integrative review, entitled 'Personalized food and nutrition as medicalizing strategies', two medicalizing strategies were identified. The first, hegemonic at the present time, deals with the conception of food as a medicine. The second, Personalized Nutrition, is a type of nutritional counseling and prescription based on genetic tests, with prospects of becoming the hegemonic medicalizing strategy of food and nutrition in the coming years. We highlight the importance of this discussion in the area of food and nutrition and the relative absence of this type of publication in Brazil. It is essential to reflect on this conceptual anchoring, in order to meet the humanistic, critical, ethical profile, based on the social and cultural reality of nutritionists, in order to minimize the iatrogenic effects of medicalization.

Keywords: Medicalization. Food. Nutrition.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de localização dos documentos manuscrito 1	45
Figura 2 – Fluxograma de localização dos documentos manuscrito 2	59
<u>Artigo 1</u>	
Figura 1 – Fluxograma de localização dos artigos científicos	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estratégias de busca e número de artigos encontrados por busca e base de dados.....	41
Quadro 2 – Estudos iniciais para a localização dos conceitos de medicalização da sociedade, da alimentação e da nutrição - manuscrito 1.....	43
Quadro 3 – Obras referenciadas sobre a medicalização da sociedade, da alimentação e da nutrição.....	46
Quadro 4 – Estudos incluídos no artigo 2.....	49

Artigo 1

Quadro 1 – Estratégias de busca e número de artigos encontrados por busca e base de dados.....	56
Quadro 2 – Estudos inclusos na revisão sobre as estratégias medicalizadoras....	58
Quadro 3 – Obras referenciadas sobre a medicalização da sociedade, da alimentação e da nutrição.....	61

Artigo 2

Quadro 1 – Estratégias de busca e número de artigos encontrados por busca e base de dados.....	89
Quadro 2 – Estudos inclusos na revisão sobre as estratégias medicalizadoras....	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF – Alimento Funcional

VP - Centro de Nutrição Funcional Vitalidade Positiva

FAO - *Food and Agriculture Organization*

MEC – Ministério da Educação

NP – Nutrição Personalizada

OMS – Organização Mundial da Saúde

PPGN – Programa de Pós-Graduação em Nutrição

RS – Rio Grande do Sul

SC – Santa Catarina

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UNIJUÍ – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	13
1	INTRODUÇÃO.....	17
2	TESE.....	21
3	OBJETIVOS.....	22
3.1	OBJETIVO GERAL.....	22
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
4.1	A ALIMENTAÇÃO E A NUTRIÇÃO.....	23
4.2	MEDICALIZAÇÃO.....	29
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	40
6	RESULTADOS.....	52
6.1	ARTIGO 1.....	52
6.2	ARTIGO 2.....	85
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
	REFERÊNCIAS.....	120
	APÊNDICE 1 – Bases de dados utilizadas para localização dos artigos científicos.....	124
	APÊNDICE 2 – Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados.....	126
	APÊNDICE 3 – Ensaio submetido ao periódico Texto & Contexto.....	127

APRESENTAÇÃO

Considerando que o pesquisador nunca é neutro e, como disse Minayo (2004), a produção científica é uma criação que leva as marcas do seu autor e da sua visão do mundo, apresento o lugar de onde escrevo.

Sou bacharela (UNIJUÍ, RS) e mestre em Nutrição (PPGN, UFSC, SC). No mestrado, participei de uma pesquisa epidemiológica que avaliou longitudinalmente crianças e adolescentes em relação ao consumo alimentar, à composição corporal, à maturação sexual e à prática de atividade física. O título da dissertação foi a “Análise de concordância de dois indicadores de adiposidade corporal da infância para a adolescência” (KERPEL, 2010). Durante o mestrado, também cursei especialização em Saúde da Família (UFSC, SC).

Minha atuação profissional ocorreu na tutoria de uma Residência em Saúde da Família, nos atendimentos clínicos em uma cooperativa médica, na supervisão, tutoria e orientação de TCCs de um Curso de Especialização na Atenção Básica e, somado a isso, também atuei como docente e coordenadora de um curso de Nutrição no ensino superior. Ademais, participei de uma gestão do Conselho Regional de Nutricionistas do estado de Santa Catarina. Atualmente, sou avaliadora de credenciamento institucional do ensino superior pelo Ministério da Educação (MEC). Em alguns desses espaços, foi possível identificar indícios da medicalização da alimentação e, em outros, o desejo de cursar o doutorado em Saúde Coletiva.

Na tutoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSC, no bairro Monte Cristo, compus uma equipe com preceptores, tutores, residentes dessa universidade e profissionais da Unidade Básica de Saúde. Presenciei todo tipo de carência na população adscrita, derivada de desigualdades sociais e econômicas injustas e desnecessárias - iniquidades. Também vivenciei a luta pelos direitos dos usuários. Vale dizer que todo tipo de demanda mobilizava as reuniões das equipes de saúde, ou seja, violência, falta de documentos, de alimentos etc. Comprovei a importância da Atenção Básica do SUS, da rede de assistência social, dos programas de alimentação e de transferência/redistribuição de renda.

Nesse contexto, o nutricionista precisa atuar na garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada, que é lei e deveria ser realidade traduzida em comida segura, variada e com significado no prato das pessoas. Não há como realizar um atendimento

quando a pessoa não comeu e não tem previsão de quando comerá. Toda essa vivência me mobilizou profundamente, nascendo assim o desejo de seguir estudando Saúde Coletiva.

Em seguida, atuei em uma cooperativa médica na área clínica, com atendimentos individuais, em grupos de reeducação alimentar e em atendimento domiciliar com pacientes acamados. Foi uma fase de muitos questionamentos sobre o que as pessoas (saudáveis e com uma alimentação variada) buscavam nos atendimentos nutricionais (ter a dieta em mãos era absolutamente imprescindível para a maioria). Atuei na tentativa de um atendimento baseado na escuta e no diálogo, sem restrições desnecessárias e tentando diminuir os estigmas associados a alguns alimentos, derivados das sucessivas “modas” na área da alimentação. Foi um período muito rico e muito inquietante.

Nesse momento, identifiquei também forte apelo, por parte de representantes de lojas de produtos naturais, de marcas de suplementos, de farmácias de manipulação e, em especial, de uma área de estudo da nutrição não reconhecida pelo Conselho de Nutricionistas, ou seja, a funcional. Todo esse mercado, vale dizer, gira em torno da insatisfação, especialmente feminina, com o corpo, e não com a saúde.

Diante disso, esta tese surgiu, isto é, a partir desses incômodos em relação aos efeitos da medicalização observados na prática clínica. Nos atendimentos nutricionais de pessoas saudáveis, as queixas e as angústias relatadas eram semelhantes: um “não saber o que comer” em busca de saúde; a demanda e - até a necessidade - por uma prescrição alimentar restritiva; pedidos de suplementação - a ‘mágica’ em cápsulas; a ideia de controle do corpo, como se ele fosse uma “massa de modelar”, quase sempre focado na redução de peso e/ou gordura corporal e no aumento de massa muscular. Esses relatos foram melhor entendidos a partir deste trabalho, com as leituras sobre a medicalização, a nutricionalização e o salutarismo.

Causava-me, desse modo, estranhamento identificar a perda de autonomia das pessoas saudáveis com algo da vida: o comer. O excesso de informações divulgadas na mídia sobre o que é a alimentação saudável - e a divergência entre elas - parecia contribuir com essas incertezas. Deve-se ter em conta que a “Comida não é apenas uma substância alimentar, mas é também um modo, um estilo e um jeito de alimentar-se” (DaMATTA, 1986, p. 47), e as pessoas pareciam não ter mais qualquer referência e demonstravam estar em busca de um comer “certo”, do ponto de vista da ciência médico-nutricional.

Para além da percepção de ter em mãos o “poder” de determinar o que as pessoas comeriam, o que me preocupava eram a evidente confusão e uma suposta inabilidade das pessoas para fazerem escolhas diárias. As refeições pareciam se configurar como momentos de sofrimento, e não de socialização e de prazer. Afinal, era como se uma prescrição pudesse dar conta das preferências, aversões, padrões culturais e necessidades, além das biológicas de nutrição (aspectos emocionais e de socialização), e, mesmo assim, nunca era suficiente na busca pela saúde e pela beleza. A alimentação, ressalte-se, é influenciada por fatores culturais, econômicos e psicológicos (BATISTA FILHO, 1999), e “uma alimentação adequada não pode ser reduzida a de uma ração nutricionalmente balanceada” (VALENTE, 2002, p. 104).

No ensino superior, como docente ou coordenadora de curso, foi possível vislumbrar a medicalização da nutrição. Isso, graças a observações a partir das representações da profissão, das referências bibliográficas adotadas, da análise de planos de ensino, e, quando recebia alunos transferidos de vários estados do Brasil, a partir da observação de históricos, bem como de ementas.

Já no Curso de Especialização na Atenção Básica, oferecido pela Universidade Aberta, do SUS, atuei na supervisão, na tutoria, bem como na orientação de TCCs. Na oportunidade, aprofundi a vivência e os saberes desenvolvidos nas aulas do doutorado. Porém, nos fóruns de debates, nos planos de intervenção desenvolvidos pelas mais diversas categorias profissionais (de brasileiros e de estrangeiros), pude perceber o forte caráter preventivista, medicalizador e, muitas vezes, moralizador e estigmatizante, fruto de formação na área da saúde.

Cumprir dizer que a racionalidade científica moderna possibilitou muitos avanços na área da saúde, entretanto não consegue explicar o motivo de as pessoas não mudarem seus comportamentos ditos de risco, só porque foram “orientadas”. A informação não é suficiente, e a prática profissional pode ser iatrogênica. Por sua vez, a individualização e a culpabilização estão no cerne da sociedade salutarista.

Sendo assim, este trabalho pretende contribuir para o debate atual, fazendo uma aproximação da medicalização e da nutrição. Para seu desenvolvimento, foi localizado apenas um artigo (VIANA *et al.*, 2017), discutindo conceitos teóricos da medicalização, além de evidenciar a ocorrência de dificuldade de refletir sobre a profissão nessa perspectiva.

Escrever, portanto, este trabalho acadêmico, no contexto da trajetória que apresentei, foi desafiador. Significou sair da zona de conforto, ressignificar conceitos e negociar constantemente o medo de ser incapaz. Demandou algum tempo para vencer, no dizer de Bachelard, os obstáculos epistemológicos, para, dessa forma, poder fazer as rupturas necessárias (BACHELARD, 2005). Além do percurso científico, cumpre dizer, foi também um percurso pessoal.

Assim, por entender o papel complexo da alimentação, visando trazer uma perspectiva a mais para ampliar os debates na nutrição, escrevi este trabalho. Todavia, não sou uma filósofa, antropóloga ou socióloga; sou uma nutricionista e, portanto, escrevo deste lugar.

Boa leitura!

1 INTRODUÇÃO

A alimentação é influenciada por fatores culturais, econômicos e psicológicos (BATISTA FILHO, 1999). Pode ser entendida como um fenômeno sociocultural e historicamente derivado. Apesar de ser uma necessidade vital de sobrevivência, ela é moldada pela cultura e recebe efeitos da organização da sociedade. Isso porque, muito além da ingestão de nutrientes e de energia, “o comer envolve seleção, escolhas, ocasiões e rituais, imbrica-se com a sociabilidade, com ideias e significados, com as interpretações de experiências e situações [...] e tudo isso é matéria cultural” (CANESQUI; GARCIA, 2005, p. 9), como pode ser observado em diferentes pesquisas antropológicas. Sendo assim, o campo da Alimentação e da Nutrição se caracteriza pela multidisciplinaridade (VASCONCELOS; BATISTA-FILHO, 2011).

Para além dessa visão multidisciplinar e complexa do campo, percebe-se que as práticas vinculadas a ele são cada vez mais racionalizadas, biologicistas e simplificadas. A Nutrição, como um campo de conhecimento e de prática, “assume sentido específico no processo de racionalização científica do comer na história moderna [...] assim como o *alimento*, o *nutriente* corresponde a um objeto situado no âmbito da Natureza, com seu estudo voltado para processos biológicos” (PRADO *et al*, 2011, p. 930), tendo assumido sua validade como campo a partir da vinculação ao modelo biomédico. Devemos destacar que “uma alimentação adequada não pode ser reduzida a de uma ração nutricionalmente balanceada” (VALENTE, 2002, p. 104).

Aqui, no Brasil, um grupo de pesquisadores da Universidade Estadual do Rio de Janeiro cunhou o termo “racionalidade nutricional”, suspeitando que essa racionalidade contribui no processo de medicalização da sociedade a partir de três pontos.

1) descredenciamento do sujeito em escolher a própria comida e por isso sentir-se impelido a buscar maiores informações acerca do tema; 2) elevação de uma suposta má alimentação a uma funcionalidade negativa por atribuir-lhe excessiva responsabilidade em consequências nefastas à saúde sem levar em conta outras particularidades individuais; e 3) na ideia de que comer bem é comer de acordo com princípios científicos, mesmo que não tenha se observado qualquer “descompensamento” alimentar ou dietético nutricional (VIANA *et al.*, 2017, p. 448).

Neste contexto, o corpo passa a “simbolizar em sua ‘saudabilidade’ aparente a maior expressão de racionalidade e aplicação do conhecimento que diferentes *expertises* produzem em função das inovações do mercado” (VIANA *et al.*, 2017, p. 452). E, o nutricionista, ainda que não seja o único profissional envolvido com os cuidados de saúde

e com a alimentação e a nutrição, é o profissional legalmente habilitado para a assistência nutricional de indivíduos e de coletividades (BRASIL, 1991).

Nas duas últimas décadas, a chamada “Nutrição Funcional” emergiu no Brasil, trazendo com ela o foco na “função ou funcionalidade” dos alimentos. Apesar de até hoje não ser reconhecida como área de atuação do nutricionista, tem grande repercussão entre os profissionais e na mídia. De acordo com o site institucional do Centro de Nutrição Funcional Vitalidade Positiva (VP), “a Nutrição Funcional rastreia os sintomas, sinais e características de cada paciente e os relaciona com a carência ou excesso dos nutrientes” (PASCOAL, 2018).

Neste contexto, os alimentos funcionais são usualmente definidos como alimentos que proporcionam benefícios relacionados à saúde, além da nutrição básica (ILSI, 1999). Além dos alimentos funcionais, outra problemática à qual o conceito de medicalização também parece ser adequado para a análise é a Nutrição Personalizada (NP). A NP é um tipo de aconselhamento e prescrição dietética que se baseia em testes genéticos (GORMAN, 2006), adaptando as práticas alimentares, segundo o patrimônio genético e fatores de risco associados (FOURNIER; POULAIN, 2017).

Cumprir considerar que o interesse pela relação entre a alimentação e a saúde esteve presente, na forma de dietética secular, em todas as culturas (POULAIN, 2002). Não obstante, foi somente a partir do surgimento da racionalidade científica moderna no século XVII (LUZ, 2019), da expansão da medicina para vários setores da vida e da sociedade a partir do século XVIII (FOUCAULT, 1976) e do desenvolvimento da química moderna (ANDREATTA; SUARÉZ, 2013), que a alimentação foi, gradativamente, medicalizada.

A medicalização das sociedades ocidentais modernas é um processo no qual aspectos da vida cotidiana ou da condição humana passam a ser considerados em termos médicos ou como problemas de saúde (CONRAD, 1992; FOUCAULT, 1976). Somado a isso, cada vez mais aspectos sociais são traduzidos, explicados e dominados pela racionalidade biomédica, dentre eles a alimentação. E, quando a medicalização atingiu a alimentação e a nutrição, grande parte dos motivos simbólicos, econômicos, gastronômicas e/ou hedonistas em que as escolhas alimentares estavam articuladas, foram substituídos por outras razões de ordem médica (GRACIA-ARNAIZ, 2005; POULAIN, 2002).

Quanto ao termo “medicalização”, trata-se de um instrumento conceitual que vem se tornando cada vez mais importante para quem pretende compreender as práticas e as orientações que estão sendo construídas em torno da saúde. Foi, inicialmente, utilizado para descrever e servir de alerta sobre a “crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina” (TABET *et al.*, 2017, p. 1191). Apesar de o foco ter ficado durante algum tempo associado quase exclusivamente aos excessos de intervencionismo médico, não se restringe apenas a essa profissão, tanto que Poulain (2015) propõe o termo “nutricionalização”.

De uma forma geral, os estudos da medicalização se direcionam para a análise e insinuação da intervenção política da medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta e prescrição e proscricção de comportamentos, o que tornaria os indivíduos dependentes dos saberes produzidos pelos agentes educativo-terapêuticos (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 2).

A medicalização dos alimentos pode ser considerada o consumo de alimentos com um pretense caráter terapêutico, para resolver situações que não são unicamente médicas, mas também sociais e antropológicas (DE DOMINGO-BARTOLOMÉ; LÓPEZ-GUZMÁN, 2014). Ou, de maneira inversa, também pode ser entendida como a exclusão de determinados alimentos, grupos de alimentos ou nutrientes da dieta das pessoas, sem qualquer justificativa nutricional.

A complexidade da alimentação é reduzida aos aspectos do ato de nutrir, quando se aplica a lógica da racionalidade nutricional. Esse fenômeno tem instigado pesquisadores a desenvolver trabalhos, articulando o conceito de medicalização ao campo da alimentação. Foi construído um discurso científico e este divulgado e multiplicado na mídia que constitui um elemento no âmbito do dispositivo da medicalização da sociedade e, em particular, das práticas no campo da Nutrição.

Para uma melhor compreensão desse aspecto, é necessário contextualizar a noção de dispositivo, ou seja, trata-se de

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (FOUCAULT, 2016, p. 364).

Deleuze (1990) compara o conceito de dispositivo elaborado por Foucault ao de uma máquina capaz de fazer ver e de fazer falar a determinados regimes históricos de

enunciação e visibilidade. O dispositivo é, para Deleuze, uma série de linhas de força capazes de produzir uma subjetividade. O dispositivo da medicalização requer estratégias para atingir seus objetivos.

Um dos sentidos desenvolvidos por Foucault para estratégia se refere “a um conjunto de meios utilizados para fazer funcionar ou manter um dispositivo de poder” (FOUCAULT, 1995, p. 247). Desse modo, podemos proceder a duas indagações: “Quais os conceitos de medicalização da sociedade e da alimentação que embasam estudos científicos?” e “Quais são as estratégias medicalizadoras que fazem parte da medicalização da alimentação e nutrição?”.

Diante disso, a fim de responder a essas perguntas, este projeto apresenta a tese a seguir.

2 TESE

A tese que sustento é a de que, na medicalização da alimentação e da nutrição, destacam-se o uso do alimento, como medicamento, bem como a nutrição personalizada, como estratégias de intervenção.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como ocorre o processo de medicalização da alimentação e da nutrição, suas bases conceituais e suas estratégias de intervenção.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar, analisar e compilar os conceitos de medicalização da sociedade, da alimentação e da nutrição que embasam estudos sobre o tema.
- Problematizar a concepção do alimento, como um medicamento, assim como a NP, como estratégias de medicalização, no campo da Alimentação e da Nutrição.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, apresentarei o referencial teórico que deu suporte à tese, nos temas da medicalização da alimentação e da nutrição e das estratégias medicalizadoras. Essa revisão de literatura foi elaborada a partir da busca de artigos indexados em bases de dados científicas, de livros, como também de publicações acadêmicas relacionadas à temática.

4.1 A ALIMENTAÇÃO E A NUTRIÇÃO

A alimentação e a nutrição são usualmente utilizadas como sinônimas. A primeira é um processo espontâneo e consciente, que recebe influência de aspectos culturais, econômicos e psicológicos, sob os quais as pessoas consomem um conjunto de alimentos (BATISTA FILHO, 1999). A segunda pode se referir tanto ao nutrir (atender às necessidades biológicas de nutrição) quanto à categoria profissional Nutricionista, conforme será abordado a seguir.

4.1.1 Nutrição

A Nutrição surgiu mundialmente como campo científico nas duas primeiras décadas do século XX. Aqui no Brasil, mais especificamente nas décadas de 1930 e de 1940, “como parte integrante do projeto de modernização da economia brasileira, conduzido pelo chamado Estado Nacional Populista” (VASCONCELOS, 2002, p.128). Na América Latina, um dos responsáveis pela difusão dessa ciência foi o médico Pedro Escudeiro, que concedeu bolsas para estudantes brasileiros realizarem Cursos de Dietética no Instituto Nacional de Nutrição da Argentina, localizado em Buenos Aires (L’ABBATE, 1988).

Nos primeiros anos da década de 1930, duas correntes do saber médico brasileiro confluíram-se para a constituição de um novo campo do saber - a Nutrição. Por um lado, aqueles que eram partidários da perspectiva biológica, preocupados essencialmente com aspectos clínico-fisiológicos relacionados ao consumo e à utilização biológica dos nutrientes e influenciados por concepções das Escolas de Nutrição e

Dietética norte-americana e de centros europeus, surgidas no decorrer da Primeira Guerra mundial. Por outro lado, aqueles que compartilhavam das ideias da perspectiva social, preocupados particularmente com aspectos relacionados à produção, à distribuição e ao consumo de alimentos pela população e influenciados, particularmente, pelas concepções de Pedro Escudero (VASCONCELOS, 2010, p. 938).

Estas correntes originaram as especializações na Nutrição, na perspectiva biológica surgiram a Dietoterapia e a Nutrição Básica e Experimental. A Dietoterapia desenvolve ações individuais, e utilizando o alimento como um agente terapêutico, enquanto a Nutrição Básica e Experimental desenvolve pesquisa básica experimental e laboratorial no tocante da nutrição humana (VASCONCELOS, 2010).

Já a corrente na perspectiva social, deu origem às especializações nomeadas de Nutrição em Saúde Pública e Alimentação Institucional. A Nutrição em Saúde Pública privilegia ações de âmbito coletivo, visando à garantia de que a produção e a distribuição de alimentos sejam adequadas e acessíveis; e, por sua vez, a Alimentação Institucional se dirige à administração da alimentação de grupos sadios ou enfermos, como por exemplo, escolares, trabalhadores, dentre outros (VASCONCELOS, 2010).

As duas vertentes - biológica e social - explicitadas desde as origens da profissão no Brasil permanecem em constante tensionamento na formação profissional e nas pesquisas acadêmicas. Em recente análise de dissertações e de teses produzidas nos programas de pós-graduação em Nutrição no Brasil, Francisco de Assis Guedes Vasconcelos mostrou a “hegemonia da abordagem quantitativa nas produções, denotando a influência das tendências filosóficas ligadas ao Positivismo e às Ciências Biológicas, atraindo o interesse de 92,5% dos pesquisadores” (VASCONCELOS, 2015, p.6). Não obstante, as “abordagens qualitativas e mistas contribuíram com apenas 7,3% dos estudos, expressando a influência das Ciências Sociais e Humanas e das correntes filosóficas (dialética e fenomenologia) sobre um grupo restrito de pesquisadores” (VASCONCELOS, 2015, p.6). O autor acrescenta que a

distribuição das dissertações e teses nos seis núcleos de conhecimento reafirma a complexidade, amplitude e heterogeneidade metodológica e epistemológica da conformação do campo de produção de conhecimento em Alimentação e Nutrição, exigindo a construção coletiva de projetos políticos que busquem a interdisciplinaridade dos diferentes núcleos que estruturam o campo (VASCONCELOS, 2015, p. 6).

Vale dizer que a Nutrição é uma área de atuação profissional que vem crescendo em número de profissionais, assim como no que tange à demanda. Segundo dados do

Conselho Federal de Nutricionistas, são 131.737 profissionais registrados (BRASIL, 2018).

4.1.2 Alimentar e nutrir

Segundo Prado *et al.* (2011), a Alimentação e Nutrição, racionalizam o comer, a partir da hegemonia e sobreposição da Nutrição à alimentação. Para essas autoras, é preciso reconhecer e equiparar a alimentação como constituinte desse campo científico, aproximando-se de sua epistemologia, bases teóricas e metodológicas e reconhecendo que estão situadas na interação de disciplinas, como história, sociologia, antropologia, filosofia, psicologia, economia, política e artes, com a biologia, a medicina e a nutrição, complexificando-as (PRADO *et al.*, 2011).

Para uma melhor compreensão dos fundamentos implicados nessa visão por parte dos profissionais nutricionistas, foram analisados livros-base da formação acadêmica sobre os conceitos tanto de alimentação quanto de nutrição.

Na obra intitulada Ciências Nutricionais, a alimentação foi conceituada como “a ação de proporcionar ou receber alimento” (WILSON; SANTOS; VANNUCCHI, 2003, p. 381). Por sua vez, o alimento, de modo geral, foi conceituado como “material nutritivo que recebe um organismo e que satisfaz suas necessidades de manutenção, crescimento, trabalho e restauração dos tecidos” (*op. cit.*, p. 381). E, no que diz respeito às dimensões associadas ao alimento, estão a fisiológica e a psicológica, não considerando as dimensões culturais, sociais e hedônicas da alimentação.

Já a Nutrição foi conceituada como um “conjunto de processos por meio dos quais todos os organismos vivos recebem e utilizam os nutrientes necessários para sua manutenção, desenvolvimento e funcionamento orgânico normal” (*op. cit.*, p. 384).

Em relação ao Nutriente, este foi descrito como “qualquer composto orgânico ou inorgânico contido nos alimentos que são metabolizados normalmente no organismo. Em geral os nutrientes são: hidratos de carbono, gorduras, proteínas, vitaminas, minerais, água e fibra” (*op. cit.*, 384). Chama a atenção a repetição do uso da palavra “normal”. Vale mencionar que, neste glossário, não foram encontrados os verbetes comer e comida.

Analisando outros livros, Fisiologia da Nutrição Humana (ANGELIS; TIRAPRGUI, 2007) e Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica (WAITZBERG, 2004), este segundo escrito por um médico, percebe-se que seus autores

iniciam seus tratados, explanando sobre nutrientes, mas não sobre alimentos. Invariavelmente, os sumários trazem “Parte 1: Nutrientes 1. Água; 2. Carboidratos; 3. Proteínas; 4. Gorduras; 5. Fibras alimentares e Ácidos Graxos de Cadeia Curta; 6. Vitaminas; 7. Minerais.

Em seu livro intitulado *Técnica Dietética: seleção e preparo de alimentos*, Ornelas trabalha, prioritariamente, com a seleção e o uso racional dos alimentos, afirmando que

alimento é toda substância ou mistura de substâncias, no estado sólido, pastoso, líquido ou qualquer outra forma adequada, destinada a fornecer ao organismo vivo os elementos necessários à sua formação, desenvolvimento e manutenção. Muitas vezes, os alimentos cumprem ainda um importante papel social, no âmbito cívico, religioso e familiar (ORNELAS, 2001, p. 1).

Recorrendo à obra americana KRAUSE: *Alimentos, nutrição & dietoterapia* (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002), considerado um texto-base na formação, é possível observar, no índice compacto, os Princípios Nutricionais. Segundo seus autores, o

alimento e os nutrientes fornecem a energia e os materiais de formação para incontáveis substâncias que são essenciais para o crescimento e sobrevivência dos seres vivos. [...] Os alimentos convidam ao consumo por uma variedade de razões, incluindo forma, textura e sabor, assim como uma grande quantidade de fatores psicossociais. Entretanto uma vez dentro do trato alimentar, sua atividade relativa não é mais uma controvérsia, pois os processos de digestão os reduzem aos mesmos denominadores comuns, tornando-os disponíveis em tamanho e forma capazes de absorção e transporte para as células, individualmente (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002, p. 1).

Apesar de trazer o termo “alimento” no título, seus autores iniciam o texto, descrevendo que existem outros determinantes da alimentação, porém não aprofundam. Somado a isso, todos os tópicos seguintes consideram apenas o processo de nutrição, ou seja, o que ocorre após a escolha do alimento, privilegiando os aspectos fisiológicos em detrimento dos culturais, sociais e afetivos. Cabe destacar que, no capítulo intitulado *Diretrizes para o Planejamento Dietético*, apresentam um índice de alimentação saudável, como uma “medida resumida da qualidade global da dieta; designada para avaliar o acesso e monitorar a condição dietética dos norte-americanos” (*op. cit.*, p. 320).

Em outra obra, *O Tratado de alimentação, nutrição & dietoterapia*, (SILVA; MURA, 2007), também considerado um livro de referência para a Nutrição, não há um conceito para alimentos, apesar de especificar, em vários momentos, como por exemplo, “alimentos e carga glicêmica”, “alimentos diet” etc. O mesmo ocorre para o verbete “nutrição”.

Já Lilian Cuppari (2005) destaca, no início do capítulo intitulado “Alimentação Equilibrada na Promoção da Saúde”, que, como seres vivos,

os homens só subsistem e propagam sua espécie se mantiverem com seu meio, de maneira constante, uma alimentação equilibrada que promova benefícios para a manutenção da saúde. É por isso que a alimentação permite aos seres vivos transformar alimentos e nutrientes do meio exterior em constituintes de seu próprio organismo. Mas é importante salientar que, para que esse processo aconteça, o homem deve dispor de alimentos específicos e variados em quantidades suficientes e adequadas. Pode-se dizer que do ponto de vista nutricional o ser humano é biologicamente frágil e ao mesmo tempo exigente, pois tem saúde apenas se as condições do meio forem adequadas (p. 63). [...] cabe aos profissionais da saúde a veiculação de orientações que permitam à população a seleção adequada de alimentos (qualidade e quantidade) para manter a saúde do organismo (CUPPARI, 2005, p. 64).

Observa-se a concepção de saúde apresentada, uma vez que apenas o meio como provedor de nutrientes é considerado para a garantia da saúde do organismo do homem.

No livro Ciências Nutricionais (DUTRA-DE-OLIVEIRA; MARCHINI, 2003), orientações para a “Seleção de uma alimentação adequada” (p. 19). Há uma explanação sobre a importância da seleção dos tipos e da quantidade de alimentos, com vistas a suprir as necessidades do organismo, a fim do funcionamento correto.

Recorrendo mais uma vez a Cuppari (2005), é possível notar, segundo a autora, que, para uma alimentação equilibrada, é necessário o conhecimento do que, entre outros conceitos, seja alimentação, nutrição e nutrientes. Para ela, a começar pelo segundo termo, a Nutrição

é a ciência que estuda os alimentos, seus nutrientes, bem como sua ação, interação e balanço em relação à saúde e doença, além dos processos pelos quais o organismo ingere, absorve, transporta, utiliza e excreta os nutrientes. Nutrientes são substâncias que estão inseridas nos alimentos e possuem funções variadas no organismo, são eles: proteínas, gorduras, carboidratos, vitaminas, minerais e fibras. Podem ser encontrados em diferentes alimentos, por isso deve-se variar ao máximo a alimentação diária. Alimentação é o processo pelo qual os seres vivos adquirem do mundo exterior os alimentos que compõem a dieta. Dieta é o conjunto de alimentos que o indivíduo consome diariamente com as substâncias nutritivas denominadas nutrientes. A alimentação variada refere-se à seleção de alimentos dos diferentes grupos de alimentos, tendo-se em conta a renda familiar e a disponibilidade local de alimentos. Nenhum alimento é completo (exceto o leite materno para crianças até seis meses), ou seja, nenhum possui todos os nutrientes em quantidade suficiente para atender as necessidades do organismo (CUPPARI, 2005, p. 65).

Como é possível perceber, há uma “tendência à racionalização da ideia de alimentação saudável, [...] pautada nas finalidades comuns, teóricas e práticas, de prevenção e de combate à doença, reproduzindo o paradigma mecanicista e tecnicista

moderno” (KRAEMER et al., 2014, p.1341). Assim sendo, a prescrição nutricional é centrada na quantificação de alimentos, que são vistos como carreadores de nutrientes, e na periodização de consumo, “primando por práticas voltadas para o controle e a segurança, como modo ou tentativa de evitar a doença, de afastar os riscos à saúde” (CARVALHO *et al.*, 2011, p.161).

Conforme escrito por Chaui e citado por Kraemer et. al (2014), a ciência atual,

que surge na revolução científica moderna, reforça o olhar cartesiano e sua percepção mecânica do homem e do universo, desvalorizando tudo o que é subjetivo, sensorial, cultural ou afetivo. A lógica da ciência moderna exclui tudo o que não é mensurável e racional, pois os princípios da razão (identidade, não contradição, terceiro excluído e razão suficiente) são as ferramentas objetivas para a construção de uma verdade científica que se transforma posteriormente em cientificismo e ideologia da ciência. Nessa perspectiva, o desejo, os afetos, as memórias e as histórias de vida não fazem sentido; pelo contrário, impedem a racionalidade científica (KRAEMER *et. al.*, 2014, p. 1339).

Toda formação profissional se baseia em saberes e práticas construídos a partir de diferentes modelos epistemológicos. Atualmente, a Nutrição está baseada no modelo que obedece à racionalidade biomédica, e este, como qualquer outro modelo, supõe relações específicas de poder/saber/ética, que se dão em termos de luta.

Cumprе ressaltar que não se trata, de modo algum, de ignorar o conhecimento científico sobre as propriedades dos alimentos e as suas implicações na saúde. O que se pretende, afinal, é compreender como esses conhecimentos científicos são subjetivados, assim como se constroem práticas normalizadoras na alimentação, para ir em busca da incorporação sociocultural em um território depositório do racional, questionado desde Canguilhem: a biomedicina (KRAMER *et al.*, 2014).

4.1.3 Racionalidade nutricional

O conceito de “racionalidade funcional” foi proposto por um grupo de pesquisadores e publicado por Viana *et al.* (2017). Essas autoras partiram de um pressuposto de que a racionalidade nutricional se refere

às práticas alimentares atentas ao permanente cuidado em manter na alimentação o equilíbrio de nutrientes, em detrimento do prazer de comer e dos valores com que a alimentação marca o convívio social a ele associado. Tais práticas alimentares sinalizam preocupações centradas no “consumo racional de alimentos” e com a “alimentação balanceada”. Essa ideia reduz a relação entre valor nutricional do alimento e saúde como única causalidade ou a mais

valorizada pela tradição do conhecimento científico, por se acomodar muito bem na lógica do processo de verificação de verdades proposto pelo método (científico). A despeito desta relação causal ser necessária ou não, os valores que norteiam as práticas alimentares parecem se legitimar na ideia de que a alimentação balanceada é o resultado apenas de consumo de nutrientes adequados, sem considerar os aspectos que envolvem o preparo e o consumo de comidas. A ideia-força que fundamenta o conceito ora estudado não considera o aspecto socioantropológico da alimentação (VIANA *et al.*, 2017, p. 450).

As autoras destacam a importância de diferenciar os termos comida, alimento e nutriente. A definição adotada, no contexto da racionalidade nutricional, para comida “é o que se coloca no prato e com este se senta à mesa, o que implica em algum grau de resolução subjetiva e intersubjetiva” (VIANA *et al.*, 2017, p. 450). Já o alimento está no “contexto da economia de mercado, da produção e da distribuição de *commodities*, como também de cuidados relacionados à segurança e inocuidade de seu consumo, estando na ordem do pensamento sistemático e estratégico da vida urbana” (VIANA *et al.*, 2017, p. 450). E, por fim, o nutriente, que está sob a subordinação do método científico (VIANA *et al.*, 2017).

4.3 MEDICALIZAÇÃO

O conceito de medicalização é tema recorrente tanto em estudos nacionais quanto em internacionais, em várias áreas do conhecimento. Está, nas últimas décadas em especial, no campo das Ciências Humanas, da Saúde e Sociais. E, aqui nesta pesquisa, é tema central, como será apresentado a seguir.

4.3.1 Medicalização: histórico e conceito

O termo medicalização surge na literatura científica na segunda metade do século XX, após a II Guerra Mundial, quando ocorre a revolução terapêutica - surgimento de terapias com antibióticos e hormônios e a descoberta das vacinas - e a consequente “consagração triunfal da indústria farmacêutica” (FREITAS; AMARANTE, 2017, p.17). Esse período também é marcado pelas mudanças nos sistemas nacionais de saúde, especialmente nos países que adotaram o estado de bem-estar social. Outra característica

desse contexto histórico são reivindicações por um sistema de saúde pública de qualidade e universal, exigências comuns tanto nas sociedades com ideais socialistas quanto as capitalistas (FREITAS; AMARANTE, 2017).

Seu conceito assumiu especial relevância por meio dos trabalhos de autores, dentre outros como Szasz, Freidson, Zola, Illich, Conrad, Rose e Clarke (CARVALHO, *et al.*, 2015), como em diversas obras do francês Michel Foucault.

A reflexão sobre os processos de expansão da jurisdição da profissão médica para novos domínios incidiu sobre fenômenos tão cruciais quanto diversos, como a psiquiatria e a saúde pública (Zola, 1972); as formas heteronômicas de produção dos cuidados de saúde (Illich, 1975); os problemas sociais como alcoolismo, hiperatividade e toxicod dependência (Conrad, 1975); as formas de intervenção do Estado no corpo social, na força de trabalho, no espaço urbano visando o controle das epidemias (Foucault, 1977) (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018, p. 408-9).

Vale dizer que os debates iniciais, sobre a definição de comportamentos transgressivos e desviantes das normas sociais vigentes em transtornos médicos, remontam às discussões da psiquiatria sobre a produção social da doença mental, nas décadas de 1950 e de 1960, a partir das obras *Sickness or sin?*, da sociologista e criminalista Barbara Wootton (1897-1988), e *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct?*, do psiquiatra Thomas Szasz (1920-2012), como explicam Zorzaneli, Ortega e Bezerra Jr. (2014).

E, ampliando a discussão do campo da psiquiatria para o da sociologia médica, no ano de 1970 o professor emérito de sociologia Eliot Lazarus Freidson (1923-2005), da Universidade de Nova York, publicou os livros *Professional Dominance*, sem traduções para o português, e *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, traduzido para o espanhol, francês, alemão e holandês, e, em 2008, para o português, sendo publicado no ano seguinte pela editora Unesp (FREIDSON, 2009). Nesse segundo livro, Freidson “sugere o processo hoje já debatido, de classificação de processos, como o crime, a loucura, o pecado e a pobreza, em categorias de doença” (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JR., 2014, p. 1862).

Freidson (2009) destaca que a profissão médica é a primeira a reivindicar a jurisdição sobre a doença, e sobre qualquer coisa a ela anexada. Afirma ainda que os médicos foram isolados de uma avaliação externa, ficando, em grande parte, livres para regular a sua própria profissão.

Por sua vez, Poli e Caponi (2006) sustentam que existe uma relação de benefício mútuo entre o Estado e a medicina. Um dos elos entre esses dois se estabelece a partir do

surgimento da estatística e da epidemiologia e dos conceitos de saúde e doença. Assim, a doença começa a ser definida em função da prevalência de diferentes fenômenos.

A ciência nutricional também utilizou indicadores epidemiológicos para, junto ao Estado, definir indicadores e políticas públicas específicas. Diante disso, não temos clareza para compreender se o profissional nutricionista define, por meio de sinais e de sintomas clínicos sugestivos, intervenções restritivas, mesmo que não exista doença manifesta ou suspeita, e se isso ocorre em função de uma questionável alimentação saudável que restringe grupos de alimentos ou nutrientes.

Ao se referir ao trabalho desempenhado por outro profissional, pelo médico, Freidson (2009) afirma que a profissão de consulta

passou a existir em razão de uma necessidade do público leigo - uma necessidade que os leigos definem como um problema que precisa ser tratado. Ainda segundo Freidson (2009) a medicina só se tornou uma verdadeira profissão de consulta quando seu serviço passou a dar a impressão de responder às necessidades do público. Durante a ascensão da medicina a uma posição de profissão de consulta, entretanto, nós também observamos a ascensão do Estado do bem-estar (*welfare state*), que administra, coordena e aloca recursos para satisfazer as necessidades básicas (e não tão básicas) das populações (chegando a milhões de pessoas), e que tem a sua disposição recursos imensos de dinheiro e poder. Com isso, o Estado determina às necessidades da população e as atividades primordiais para sua satisfação. Para tanto, busca, cada vez mais, orientação dos profissionais. Afinal, é precisamente na satisfação dessas necessidades que o profissional obtém sua experiência, e ele deve ser orientado, sempre que possível, pela experiência (FREIDSON, 2009, p. 376).

Igualmente ocorre com o nutricionista, quando deparado com a demanda do público leigo e não leigo (quando encaminhado por outros profissionais que entendem a necessidade de emagrecimento ou de intervenção, mesmo que o sujeito não entenda desse modo), bem como influenciado pelas mídias, que impõem um padrão estético almejado e um “comer limpo” pela população.

Mitjavila (2015) afirma que há uma colonização médica dos desvios comportamentais. Já no campo da Nutrição, pode-se dizer, tem sido produzido um movimento semelhante, considerando que na contemporaneidade são tratados como doenças e anormalidades fenômenos que são trazidos às consultas e que fazem parte da demanda das pessoas. Essa demanda particular aparece sob a forma de dietas e de regimes alimentares que, com o decorrer do tempo, identificam certos alimentos e/ou nutrientes como vilões de uma alimentação dita saudável.

A partir dos trabalhos de Freidson *The profession of medicine e Professional Dominance*, nos quais desenvolveu-se a ideia de que a medicina determinava o que é

doença e definia se um conjunto de sinais e sintomas seria classificado como tal ou não, que o sociólogo norte-americano Irving Kenneth Zola (1935-1994), professor da Universidade de Brandeis (Boston), conceituou, pela primeira vez, a medicalização, em um artigo intitulado *Medicine as an institution of social control*, publicado em 1972, e apresentado, inicialmente, no Congresso de Sociologia Médica da Associação Britânica de Sociologia (SCOTT, 2010).

Tomando o lugar que tradicionalmente era ocupado pela religião e pela lei, a medicina pouco a pouco se transforma em uma instituição de controle social (FREITAS; AMARANTE, 2017). Por sua vez, para Zola (1972), a “medicina se impõe para a sociedade como um todo, e aos indivíduos, em suas particularidades, não porque fundamente seus imperativos em termos de virtude ou de legitimidade, como classicamente o faziam a religião e as instituições da lei” (FREITAS; AMARANTE, 2017, p.23).

Zola (1972) aborda a medicalização da sociedade a partir dos eixos abaixo:

I. A expansão do que na vida cotidiana é importante para a práxis médica, argumentando que a mudança para modelos de doenças multicausais fez com que mais aspectos da vida de uma pessoa se tornassem relevantes para a sua doença – e a medicina passou a explorar esses aspectos mais amplos para fins de diagnóstico, tratamento e prevenção da doença. “Assim, não é mais necessário que o paciente meramente divulgue os sintomas de seu corpo, mas também os sintomas da vida diária, seus hábitos e suas preocupações (ZOLA, 1972, p. 493). Além disso, Zola (1972) destaca a extensão das medidas de intervenção e controle social a partir das ações de prevenção primária.

II. Descrever como, por meio do exercício do controle sobre procedimentos técnicos, os tratamentos cirúrgicos e a prescrição de medicamentos, a medicina se mantém hegemônica. Foram criadas subespecialidades, por exemplo na cirurgia, que não apenas corrigem ou recuperam, mas participam da criação e da propagação de padrões estéticos (especialmente ligados ao envelhecimento), permitem a mudança de sexo, os transplantes ou até mesmo o aborto. Relativo à prescrição de medicamentos, a medicina regula as drogas não apenas de doenças orgânicas, mas para uma série de estados psicossociais, para o sono, vigília, o excesso ou a falta de apetite, os níveis de energia, dentre outros.

III. Reter acesso à determinadas áreas “tabus” da vida cotidiana. “Estas áreas 'tabu' referem-se à licença quase exclusiva da medicina para examinar e tratar a maioria dos

elementos pessoais – o funcionamento interno de nossos corpos e mentes (ZOLA, 1972, p. 495). Se algo pode se configurar como doença ou problema médico, seja por uma fraqueza moral ou por processos vitais normais, como o envelhecimento, o vício em drogas, o alcoolismo ou gravidez, surgem especialidades médicas para essas necessidades. Desse processo, derivam novas especialidades e aumenta exponencialmente a demanda pela medicina.

IV. A expansão do que na medicina é considerado importante para boas práticas de vida, dando à medicina autoridade sem medidas e em qualquer campo. As ações, quando justificadas por meio da linguagem médica, são automaticamente prestigiadas, sendo ou não derivadas de profissionais da área da saúde. Os comportamentos precisam ser justificados em relação à saúde ou à doença.

Zola entendia, cumpre aqui ressaltar, que, por meio desses processos, a medicina estava substituindo a religião e o direito. Entretanto, ele afirmava que o processo não resultava do imperialismo profissional (SCOTT, 2010).

Com base nesse contexto que lhe antecede, Zola publica, em 1972, o texto *Medicine as an Institution of Social Control*, no qual defende que a medicina tem adquirido a função de regulação social antes considerada como atributo da religião e da lei, configurando um novo repositório da verdade, e tomando para si o lugar de avaliador moral, a partir da posição supostamente neutra e objetiva da ciência. Há nessa obra uma conhecida e ferrenha crítica ao chamado monopólio médico e aos efeitos iatrogênicos gerados por seus agentes. Mais do que a tese de que a medicina passou a cobrir novos problemas, e de que “a sociedade” ou os médicos estão comprometidos em encontrar novas doenças, para o autor, a questão central é a experiência de que é possível fazer algo para que nos tornemos melhores do que estamos. É uma crença, portanto, na “onipresença do transtorno”¹⁹ e na existência de uma lista crescente de comportamentos não saudáveis. Para Zola, a questão em torno da medicalização da sociedade seria igualmente relacionada, tanto ao poder médico quanto ao desejo entre indivíduos e grupos, de que a medicina faça uso de seu poder (ZORZANELLI, ORTEGA e BEZERRA JR., 2014, p. 1862).

Vale ainda recorrer a outra obra, desta vez de Ivan Illich (1926-2002). Em 1975, este autor publicou ‘*Medical Nemesis*’, uma forte crítica à medicina da época, considerando a medicina institucionalizada um perigo à saúde (ZORZANELLI, ORTEGA; BEZERRA-JR., 2014). Para Illich “a industrialização da saúde e a medicalização da vida na sociedade moderna fizeram com que surgissem diversas formas de iatrogêneses [...], com resultantes perdas da capacidade de autonomia das pessoas perante as enfermidades, as dores e o envelhecimento” (TABET *et al.*, 2017, p. 1188).

Passados alguns anos, “em uma segunda crítica social à saúde, Illich relata o surgimento de uma nova iatrogênese, a do corpo” (TABET *et al.*, 2017 p. 1188).

Consequentemente, perdeu-se a cuidadosa separação que Zola (1972) tentou estabelecer entre a profissão e a prática médicas, assim como a medicalização como um processo. Assim, a medicina, bem como as ações dos médicos tornaram-se objetos de ataque, como se fossem a própria medicalização.

Para melhor entender a obra de Ivan Illich, segundo Tabet *et al.* (2017),

faz-se necessária a revisão dos seus pontos principais, incluindo os conceitos de iatrogênese – iatros (médico) e genesis (origem). Uma doença iatrogênica é aquela que não existia antes do tratamento médico aplicado, ou seja, é provocada pela ação da medicina. O autor divide a iatrogênese em categorias: 1. Clínica, causada pelos cuidados de saúde (o ato médico e sua técnica); 2. Social, que retrata a medicalização da vida e seu efeito social; 3. Cultural/Estrutural, que abrange o uso ilimitado da medicina e a perda do potencial cultural das pessoas para lidar de forma autônoma com a doença, a dor e a morte. Em conjunto, os três níveis de iatrogênese comprometem a autonomia dos indivíduos, que se tornam dependentes do saber de especialistas para o cuidado de sua saúde. Torna-se importante, também, uma revisão da segunda crítica social de Ivan Illich (ILLICH, 1992), voltada para a iatrogênese do corpo e às práticas a ele relacionadas, da obsessão pela saúde, por meio de atividades físicas, dietas, cirurgias etc.; com o consumismo e a busca por um corpo sadio tornando-se o maior agente patógeno para a saúde (TABET *et al.*, 2017, p. 1188).

De acordo com Gaudenzi e Ortega (2012, p.22),

Ivan Illich descreve a produção da cultura medicalizada em uma dimensão social e política, voltando seus estudos especialmente para a sociedade, em um enfoque que se poderia chamar de macrosociológico. Illich demonstra ser um crítico radical da sociedade industrial e concentra sua crítica nas tecnologias médicas, ao afirmar a ameaça à saúde provocada pela medicina moderna. Uma das principais preocupações do autor se refere à perda da autonomia das pessoas, uma vez que se tornaram dependentes do saber de especialistas para o cuidado de sua saúde. Por fim, compreende que, para obterem uma verdadeira satisfação, as pessoas devem superar a necessidade da intervenção profissional para os cuidados em saúde e agir contra o consumo intensivo da medicina moderna.

Buscando uma melhor compreensão para o conceito de medicalização, vale recorrer a outro autor. Desta vez, Peter Conrad, sociólogo e professor da Universidade Brandeis. Em sua obra, segundo Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2014), a medicalização recebeu duas conceituações. Na primeira, publicada em 1975, no artigo *The Discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior*, o autor explica que, por medicalização, pode-se entender como “definir um comportamento como um problema médico e licenciar à profissão médica a oferta de algum tipo de tratamento para tal comportamento” (p. 1860). Anos depois, em obra publicada em 2007, *The medicalization of Society: on the transformation human conditions into treatable disorders*, Conrad afirma que a medicalização “descreve um processo pelo qual

problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos” (p. 1860). Em ambos os casos, segundo Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2014), enfatiza-se a migração de comportamentos, que anteriormente não pertenciam ao campo de intervenção da medicina, para essa jurisdição.

Em 1980, Peter Conrad e Joseph Schneider publicaram o texto *Deviance and medicalization: from badness to sickness*, buscando, a partir do referencial teórico de Zola (1972), detectar as condições sob as quais os comportamentos são medicalizados, bem como apontando o declínio da religião e os esforços comerciais das companhias farmacêuticas (SCOTT, 2010). Afirmaram, segundo Scott (2010), que a medicalização somente ocorre com a convivência de ao menos uma parcela da profissão médica, sendo que alguns se comportam como empresários da medicalização.

Por sua vez, Gaudenzi e Ortega (2012) ressaltam que, para Conrad,

o ponto-chave da medicalização é a definição – quando um problema passa a ser definido em termos médicos, descrito a partir da linguagem médica, entendido através da racionalidade médica, e tratado por intervenções médicas. A partir daí formam-se categorias médicas que, de certa forma, não existiam anteriormente, tipos humanos são criados pela ciência (Hacking, 2002), mas também se modulam categorias médicas já existentes, categorias que são elásticas, no sentido de poderem ser expandidas ou retraídas. Pode-se falar, assim, de uma medicalização por expansão diagnóstica, como é o caso da doença de Alzheimer, que, por não ser mais diferenciada da demência senil – condição “natural” do processo do envelhecimento –, se tornou uma das principais causas de morte nos Estados Unidos (Bond, 1992 apud Conrad, 2007). Com efeito, a medicalização transforma aspectos próprios da vida em patologias, diminuindo, assim, o espectro do que é considerado normal ou aceitável. Inicialmente, o foco dado à questão pelos sociólogos foi o da medicalização do desvio (Conrad, 1975), que incluía: o alcoolismo, as desordens mentais e alimentares, a homossexualidade, a delinquência, a disfunção sexual, as dificuldades de aprendizagem, os abusos sexuais e infantis, entre outras categorias. A questão fundamental dos principais trabalhos sobre a medicalização era mostrar como determinados comportamentos que, até então, eram considerados imorais, passaram a ser definidos como médicos (Conrad, Schneider, 1980) – processo este trabalhado por Foucault em suas primeiras análises da noção de biopoder, em que aborda o desenvolvimento da prática política da higiene social como promessa de eliminação da delinquência e das doenças físicas e morais (GAUDENZI e ORTEGA, 2012, p. 2-3).

Já Camargo Jr. (2013), sobre a medicalização, caracteriza-a a partir de três direções.

Para Zola, por exemplo, a medicalização é uma forma de controlar a sociedade; para Foucault, uma consequência inevitável dos processos de transformação social que criam a medicina moderna e ao mesmo tempo se submetem a ela; Conrad, por fim, adota uma definição operacional do conceito, extremamente útil para estudos empíricos; para este último, a medicalização é o processo de

transformação de problemas anteriormente não considerados “médicos” (ou “de saúde”, acrescentaríamos) em problemas médicos, usualmente sob a forma de transtornos ou doenças (CAMARGO JR., 2013, p. 844).

Nas palavras de Mitjavila (2015),

Talvez o único elemento invariavelmente comum a todos os processos de medicalização da vida social seja a utilização de ideias e critérios médicos para explicar determinados fenômenos sociais e defini-los como problemas médicos e, portanto, como problemas que pertencem ao domínio da medicina científico-técnica (MITJAVILA, 2015, p. 133).

Ainda sobre o tema, Zorzaneli, Ortega e Bezerra Jr. (2014) afirmam que alguns autores fazem à crítica a ampliação generalista dada ao conceito de medicalização.

Para Davis, Peter Conrad ampliou a noção de medicalização para além da medicina, apostando em uma separação entre a ação da medicalização e a jurisdição médica, uma vez que qualquer grupo que utilize linguagem médica representa, em última instância, uma força medicalizante (ZORZANELLI, ORTEGA E BEZERRA JR., 2014, p. 1860).

Michel Foucault foi outro autor que, embora tenha mencionado o termo poucas vezes, influenciou o conceito de medicalização. Em livros, como *A história da loucura*, *O nascimento da clínica* e *A história da sexualidade*, Foucault destacou a progressiva introdução das ideias e das práticas médicas no pensamento ocidental. Entretanto, diferentemente de Zola e Illich, na visão de Foucault, “poder e conhecimento são inextricavelmente ligados, e aquele opera mediante o desenvolvimento e a construção de discursos - que constituem maneiras de ver e entender o mundo e não são apenas restritivos, como também produtivos” (SCOTT, 2010, p. 102). Os discursos médicos são guias de como os pacientes devem compreender e regular os próprios corpos, e a partir disso, criar possibilidades, oportunidades e maneiras de pensar. “Para Foucault, o poder não existe nos médicos considerados como “figuras de dominação”, mas sim nas relações entre as pessoas” (SCOTT, 2010, p.102).

Foucault, em conferência intitulada “O nascimento da Medicina Social” realizada no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 1974, explica que “a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social que somente em um dos seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente” (FOUCAULT, 2011, p. 79). Aborda ainda que

o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção,

força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2016, p. 144).

Na constituição da medicina social, segundo Foucault (2016), é possível identificar três momentos: a) medicina do Estado; b) urbana; c) da força de trabalho. É nesta última em que, na segunda metade do século XIX, o corpo é assumido como força de trabalho. A Alemanha do século XVIII desenvolve o que se deu em chamar a ciência do Estado, na qual se reúnem procedimentos e conhecimentos para o Estado assegurar sua supervivência e continuidade. Surge, então, a polícia médica, tendo como características principais a de se constituir em um sistema de controle dos nascimentos, da morbidade e das mortes. Também se instauram a normalização da medicina, dos saberes e das práticas médicas, assim como a criação de uma organização administrativa de controle da medicina, que, a partir desse momento, fica subordinada ao poder administrativo do Estado, e, além disso, cria-se uma burocracia médica responsável por administrar regionalmente as práticas relacionadas à saúde. É importante destacar que todo este aparelho burocrático administrativo de controle da medicina aparece antes da medicina científica propriamente dita e dos cuidados do corpo como força de trabalho. Esse modelo responde a uma estatização máxima da saúde.

O exemplo utilizado por Foucault (2016) para descrever a segunda etapa da medicina social corresponde ao final do século XVIII na França. O surgimento de grandes urbes provoca o que Foucault chama de “medo e pânico urbano”. Esse medo gera uma inquietude no plano das políticas sanitárias. Apoiado no dispositivo da quarentena, surge um novo dispositivo: o da higiene pública. A higiene pública tinha, como objetivos principais, identificar os locais insalubres, com acúmulo de tudo o que era considerado na época, capaz de produzir doenças, controlar urbanisticamente a circulação de ar e de água na cidade e organizá-los arquitetonicamente e administrativamente.

A Inglaterra foi o exemplo escolhido por Foucault (2016) para problematizar o surgimento de políticas de medicina para pobres, operários e de força de trabalho. É a partir de 1830, que, por razões políticas, aparece a ideia do potencial risco que é o pobre para a sociedade e para o Estado. Uma das medidas para neutralizar esse risco foi o de separar o território urbano, dividindo espaços para pobres e para ricos. A Lei de Pobres inaugura a dimensão social da medicina inglesa que, começa a controlar os pobres. Assim, “um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres:

os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre” (FOUCAULT, 2016, p. 167).

O sistema de saúde que se organiza a partir do ano de 1870 é um sistema autoritário e de controle, gerando, por conseguinte, reações violentas na população.

De maneira geral, pode-se dizer que, diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado da Alemanha do século XVIII, aparece, no século XIX e sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas (FOUCAULT, 2016, p. 169).

Para Zorzaneli, Ortega e Bezerra Jr. (2014), a medicalização apresentada por Foucault

é um dispositivo central do exercício do que se chamaria de nascimento da biopolítica, exercendo-se por meio da pedagogização do sexo das crianças, da historização das mulheres, da psiquiatrização das perversões – cada um conduzindo a uma medicalização minuciosa dos corpos e, especificamente, da sexualidade, em nome da responsabilidade na saúde da prole, da solidez da instituição familiar e da sociedade. Podemos destacar, na obra de Foucault, no mínimo, dois sentidos para o termo medicalização, inextrincáveis, mas cronologicamente diferentes: o primeiro, ligado ao processo de medidas coletivas do Estado na contenção, controle e registro de doenças, bem como na formação de práticas de salubridade; o segundo, diretamente desdobrado do primeiro, mas situado já no contexto pós-Segunda Guerra, diz respeito à ausência de exterioridade da medicina. Ou seja, à impossibilidade de descrever experiências com o corpo humano que não passem, em algum sentido, pelo saber médico. Esses dois registros se confundem e é possível afirmar que o primeiro é condição para o segundo, embora não se deva confundí-los, em razão de sua distinção cronológica (ZORZANELLI, ORTEGA e BEZERRA JR., 2014, p. 1861).

Portanto, diferentemente de autores como Zola, Illich, Conrad e Clarke, que centram os debates no pós-Segunda Guerra Mundial, a medicalização, segundo Foucault, é um processo que diz “respeito ao contexto europeu do fim do século XVII e início do XIX, sobretudo no que se refere às medidas maciças de saúde como formas de constituição do Estado-nação” (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JR., 2014, p. 1861).

Cabe notar que a intervenção do Estado, o controle da população e os cuidados sanitários se organizam, dando lugar ao modelo assistencial e normalizador vigente nos dias de hoje.

Recorrendo ainda a Foucault (2016), pode-se afirmar que tanto o indivíduo quanto a população

são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar. A redistribuição dessas duas medicinas, será um fenômeno próprio do século XIX. A medicina que se forma no século XVIII é tanto uma medicina do indivíduo quanto da população (FOUCAULT, 2016, p. 189).

Ressalte-se, portanto, que assim como Foucault identifica o indivíduo e a população como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, é possível afirmar que esses fenômenos se repetem no campo das intervenções da Nutrição. Para isso, é importante levantar a relação que Foucault (2005) estabelece entre o disciplinar e o regulamentador. Nessa relação, há um elemento que permite controlar e disciplinar o corpo e fenômenos biológicos, a norma, entendendo que tanto a medicina quanto a nutrição são um saber/poder que influencia, com efeitos da ordem disciplinar e das regulamentações, não somente o corpo, mas também a população.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa bibliográfica que visa problematizar a medicalização da alimentação e da nutrição a partir de estratégias de intervenção. Para isso, a realização de uma busca sistematizada, a partir da qual foram localizados os documentos que serviram de fonte para a composição do corpo de análise. Após essas etapas, procedeu-se à análise de conteúdo descrita por Bardin (1977).

Localização dos documentos fonte

Para responder às perguntas de pesquisa (Quais são os conceitos de medicalização que embasam a discussão em artigos científicos sobre a medicalização da alimentação e nutrição?” e “Quais são as estratégias medicalizadoras que fazem parte da medicalização da alimentação e da nutrição?”), foram localizados artigos científicos sobre a medicalização da alimentação e da nutrição.

Para identificação dos documentos iniciais, foi realizada uma busca sistematizada em sete bases eletrônicas de dados: BVS (Bireme), Livivo, Pubmed Central, Scielo, SCOPUS (Elsevier), SocINDEX EBSCO e Web of Science (APÊNDICE 1), por meio das palavras-chave: *medicali?ation*¹, *nutrition**², *diet**, *food*, *nourishment* e *eat** (APÊNDICE 2). Na busca, foram utilizadas as palavras-chave em inglês, considerando que, desse modo, o número de estudos localizados pode ser maior, mesmo nas bases latino-americanas.

A estratégia de busca compreendeu o cruzamento da palavra medicalização, em inglês, com cada uma das demais, por meio do operador lógico AND, de maneira independente (Quadro 1), nos campos título, resumo ou palavras-chave. Não foram utilizados filtros.

A combinação de apenas duas palavras-chave e a ausência de filtros contibuíram para localizar o maior número possível de estudos, evitando que algum importante não

¹ ? é um caractere coringa, que substitui qualquer caractere em qualquer posição da palavra. Nesse caso, foi utilizado, devido à grafia poder variar entre medicalization e medicalisation.

² O * é um truncamento que recupera qualquer terminação da palavra-chave pesquisada. Nesse caso, por exemplo: nutrition, nutritionist, nutritional etc. Fonte: oficina_02mai_pronta (ufpr.br), acesso em 28/01/2020.

fosse incluído. Quanto às buscas, ocorreram entre os meses de fevereiro e abril de 2020, sendo utilizado o EndNote para gerenciamento de referências e controle de duplicatas.

O levantamento bibliográfico localizou 1436 documentos. Daí, procedeu-se à exclusão dos artigos duplicados em cada pasta de estratégia de busca, restando 819 artigos. Em seguida, foi realizada a exclusão dos duplicados, cruzando-se as pastas das demais estratégias, restando 405 trabalhos. E, para uma melhor compreensão, vale observar o Quadro 1, notando as estratégias de busca e o número de documentos selecionados em cada base, antes e após a exclusão das duplicatas.

Quadro 1 – Estratégias de busca e número de artigos encontrados por busca e base de dados

	Estratégia de busca					Total por base/sem duplicados
	<i>medicali?ation AND nutrition*</i>	<i>medicali?ation AND diet*</i>	<i>medicali?ation AND nourishment</i>	<i>medicali?ation AND food</i>	<i>medicali?ati on AND eat*</i>	
Base de dados	<i>n</i>	<i>N</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>N</i>	
BVS	52	62	0	91	35	240/96
Livivo	68	73	0	154	40	335/309
Pubmed*	34	44	0	60	18	156/ 39
Scielo	19	9	0	21	9	58/ 35
SCOPUS	74	87	1	134	47	343/153
SocINDEX EBSCO	18	19	1	40	14	92/ 73
Web of Science*	41	52	2	85	32	212/ 114
TOTAL duplicados	306	346	4	585	195	1436 /819
TOTAL sem duplicados/ Bases	185	177	2	340	115	819
Total sem duplicados/ Buscas	405					

*Não foi aceito o caractere ? e foi usada a estratégia (*medicalization OR medicalisation*).

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Realizou-se a leitura dos títulos, de resumos e de palavras-chave dos 405 documentos e, com base no critério de inclusão, foram selecionados 46 estudos. O critério de inclusão foi abordar a medicalização da alimentação, da comida, da dieta ou da nutrição, sem restrição à data de publicação ou ao idioma. Por sua vez, o critério de exclusão foi o fato de o estudo ter objeto da medicalização diferente do objeto desta investigação (n=359).

Dos 46 artigos selecionados, quatro foram excluídos da amostra, uma vez que não foram localizados os textos completos. Sendo assim, 42 foram lidos na íntegra e compuseram o corpo de análise para a tese, como representado no Quadro 2.

Quadro 2: Artigos selecionados para a análise da medicalização da alimentação e da nutrição

N	Autor(es) e ano	Artigo fonte: título, periódico/editora, país
I	Germov e Williams, 1996	The epidemic of dieting women: the need for a sociological approach to food and nutrition, <i>Appetite</i> , Holanda.
II	Lawrence e Rayner, 1998	Functional foods and health claims: a public health policy perspective, <i>Public Health Nutrition</i> , Reino Unido.
III	Mäntyranta, Hemminki e Koskela, 1999	Use of alternative drugs in Finland, <i>Pharmacoepidemiology and drug safety</i> , Reino Unido.
IV	Nogueira, 2003	A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich, <i>Interface</i> , Brasil.
V	Chamberlain, 2004	Food and Health: Expanding the Agenda for Health Psychology, <i>Journal of Health Psychology</i> , Reino Unido.
VI	Gracia-Arnaiz, 2005	Maneras de comer hoy. Comprender la modernidad alimentaria desde y más allá de las norma, <i>Revista Internacional de Sociologia</i> , Espanha.
VII	Debevec e Tivadar, 2006	Making connections through foodways: contemporary issues in anthropological and sociological studies of food, <i>Anthropological Notebooks</i> , Eslovênia.
VIII	Laplace, 2006	Farming and food. Crossed perspectives, <i>Cahiers Agricultures</i> , França.
IX	Görman, 2006	Ethical issues raised by personalized nutrition based on genetic information, <i>Genes & nutrition</i> , Alemanha.
X	Michaud e Baudier, 2007	Nutrition and prevention: Risk of medicalization of an eminently social practice, <i>Cahiers de Nutrition et de Dietetique</i> , França.
XI	Gracia-Arnaiz, 2007	Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario, <i>Salud Pública de México</i> , México.
XII	Nerlich e Koteyko, 2008	Balancing Food Risks and Food Benefits: the Coverage of Probiotics in the UK National Press, <i>Sociological Research Online</i> , Reino Unido.
XIII	Laplace, 2008	Nutrient profiles: A criterion for an uncompromised eligibility to claims, <i>OCL - Oleagineux Corps Gras Lipides</i> , França.
XIV	Zwier, 2009	Medicalisation of food advertising. Nutrition and health claims in magazine food advertisements 1990-2008, <i>Appetite</i> , Holanda.
XV	Gracia-Arnaiz, 2010	Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity, <i>Appetite</i> , Holanda.
XVI	Borello, 2010	Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México, <i>Physis</i> , Brasil.
XVII	Mudry, 2010	The Poison is in the Dose: The French Paradox, the Healthy Drinker, and the Medicalization of Virtue, <i>Food, culture, & society</i> , Reino Unido.
XVIII	Anker <i>et al.</i> , 2011	Health Branding Ethics, <i>Journal of Business Ethics</i> , Holanda.
XIX	Stewart-Knox <i>et al.</i> , 2013	Factors influencing European consumer uptake of personalised nutrition. Results of a qualitative analysis, <i>Appetite</i> , Holanda.
XX	Andreatta e Suárez, 2013	Entre la cocina y el laboratorio: la alimentación científica y las dietistas, <i>Salud(i)cienza</i> , Argentina.
XXI	Mayes e Thompson, 2014	Is Nutritional Advocacy Morally Indigestible? <i>Public Health Ethics</i> , Reino Unido.
XXII	Maturo, 2014	Fatism, self-monitoring and the pursuit of healthiness in the time of technological solutionism, <i>Italian Sociological Review</i> , Itália.
XXIII	Galesi, 2014	Towards the genomization of food? Potentials and risks of nutrigenomics as a way of personalized care and prevention, <i>Italian Sociological Review</i> , Itália.
XXIV	de Domingo-Bartolomé e López-Guzmán, 2014	La Medicalización de los alimentos, <i>Persona y Bioética</i> , Colômbia.

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Quadro 2: Artigos selecionados para a análise da medicalização da alimentação e da nutrição

N	Autor(es) e ano	Artigo fonte: título, periódico/editora, país
XXV	Zoya, 2015	Alimentación y medicalización. Análisis de un dispositivo de cuidado personal y potenciación de la salud, Sociológica México, México.
XXVI	Ferreira <i>et al.</i> , 2015	Biopower and biopolitics in the field of Food and Nutrition, Revista de Nutrição, Brasil.
XXVII	Lepiller e Poulain, 2015	50 years of dialogue between social sciences and humanities and nutrition sciences, Cahiers De Nutrition Et De Dietetique, França.
XVIII	Potter <i>et al.</i> , 2016	Healthicization and Lay Knowledge About Eating Practices in Two African American Communities, Qualitative Health Research, EUA.
XXIX	Yates-Doerr e Carney, 2016	Demedicalizing Health: The Kitchen as a Site of Care, Medical Anthropology, EUA.
XXX	Viana <i>et al.</i> , 2017	A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil, Ciência & Saúde Coletiva, Brasil.
XXXI	Masson, Bubendorff e Fraïssé, 2017	Toward new forms of meal sharing? Collective habits and personal diets, Appetite, Holanda.
XXXII	Finlayson, 2017	Food addiction and obesity: unnecessary medicalization of hedonic overeating, Nature reviews. Endocrinology, Reino Unido.
XXXIII	Fournier e Poulain, 2017	Nutritional (epi)genomics: (Re)considering the food-health relationships by connecting social, biomedical and life sciences, Natures Sciences Societes, França.
XXXIV	Demonte, 2017	Eating to live ¿better? Analysis of social representations concerning eating habits and their relationship with health/sickness in the Argentinean press (2009-2014), Estudios Sobre el Mensaje Periodistico, Espanha.
XXXV	Leroy <i>et al.</i> , 2018	Meat in the post-truth era: Mass media discourses on health and disease in the attention economy, Appetite, Holanda.
XXXVI	Fournier e Poulain, 2018	Eating According to One's Genes? Exploring the French Public's Understanding of and Reactions to Personalized Nutrition, Qualitative health research, EUA.
XXXVII	Demonte, 2018	Dime qué lees y te diré cómo deberías comer: Análisis de las recomendaciones alimentarias en la prensa argentina (2009-2014), La trama de la comunicación, Argentina.
XXXVIII	Bert, 2018	Market. Recours to medicine is a sign of failure, Recenti Progressi in Medicina, Itália.
XXXIX	Davies <i>et al.</i> , 2018	Applying a food processing-based classification system to a food guide: a qualitative analysis of the Brazilian experience, Public Health Nutrition, Reino Unido.
XL	Gaspar e Verthein, 2019	Entre la “salud” y la “tradición”: las representaciones sociales de la dieta mediterránea, Physis: Revista de Saúde Coletiva, Brasil.
XLI	Fidalgo e Morales, 2019	Nutritional Assessment Methodologies: Challenges and Opportunities for the Full Realization of the Right to Food and Nutrition, Frontiers in Nutrition, Suíça.
XLII	Solans e Margulies, 2019	Políticas públicas de salud y alimentación infantil en ciudad de Buenos Aires: El rito de la entrega de leche, Andes, Argentina.

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Quanto ao fluxo de seleção dos artigos, a representação na Figura 1.

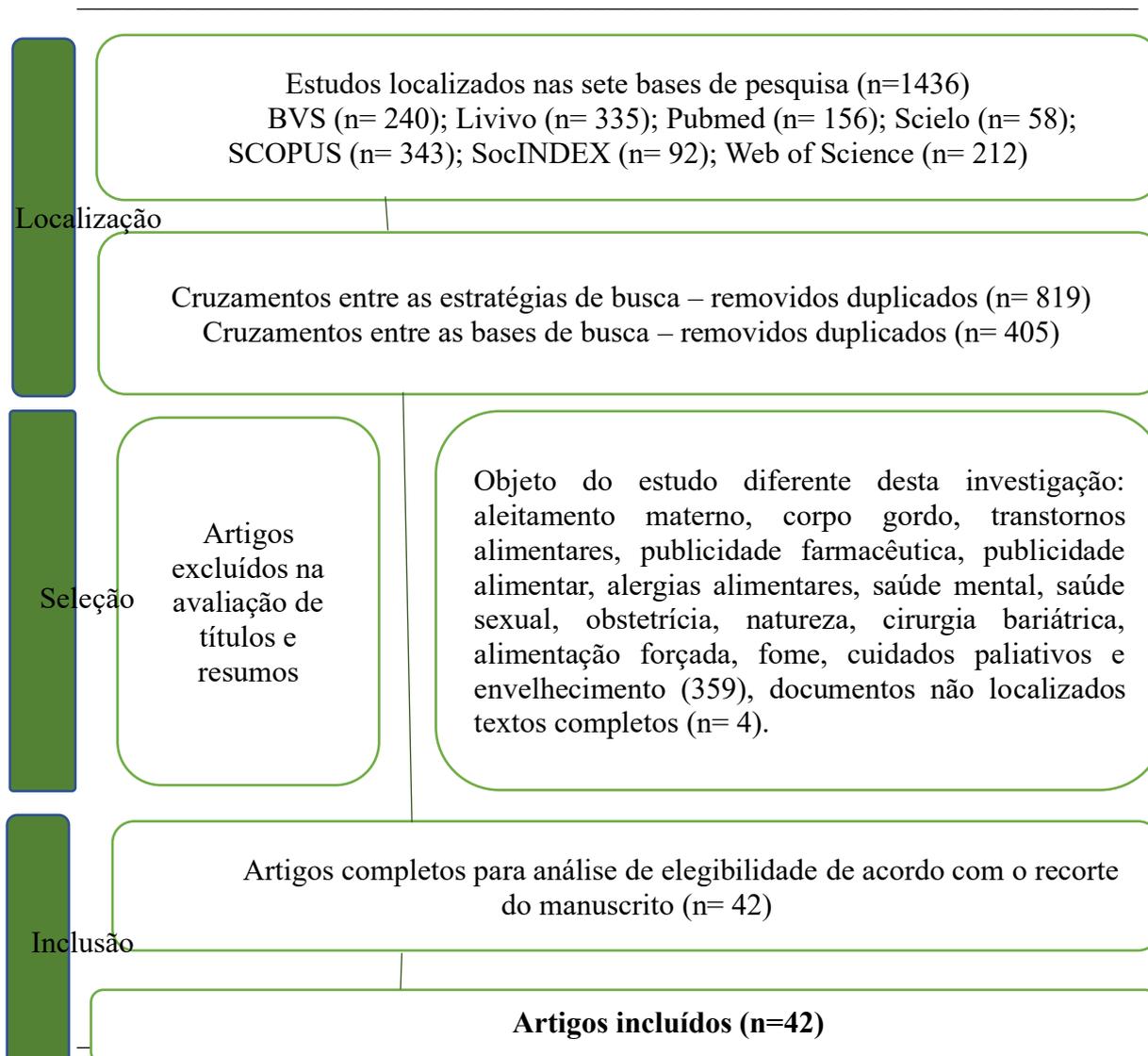


Figura 1 – Fluxograma de localização dos artigos que compõem o corpo de análise da tese
 Fonte: Elaboração própria, 2020.

A partir desse corpo bibliográfico, foram realizadas análises e adotados critérios de seleção específicos para a escrita dos dois manuscritos que são o resultado desta tese.

Para o manuscrito 1, neste corpo de análise, foram selecionados os artigos que mencionavam as obras e/ou os autores de referência para o conceito de medicalização da vida, e/ou da alimentação e nutrição (Quadro 3). Essas obras de referência (em sua maioria, livros) foram localizadas e compuseram o corpo de análise do manuscrito 1; quanto aos artigos que não citaram nenhuma obra, foram excluídos.

Quadro 3 – Obras referenciadas sobre a medicalização da vida, da alimentação e da nutrição

n*	Autor citado como referência a medicalização da vida	Autor citado como referência da medicalização da alimentação
V		Chamberlain, K. (2002). The medicalisation of food. Proceedings of Eat and drink and be merry: Cultural meaning of food in the 21st century. Amsterdam: Amsterdam School for Cultural Analysis.
VI	CONRAD, R (1992), "Medicalization and social control", Annual Review of Sociology, Vol. 18, p. 209-232.	POULAIN, J. R (2002a), Sociologies de l'alimentation, Paris, RU.R
IX	Illich, I. (1976) Medical Nemesis. The Expropriation of Health, (New York: Pantheon. Conrad, P. (1992) Medicalization and social control. Annual Review of Sociology.	
X		Contreras J. – Les aliments décomposés : l'omnivore médicalisé ? Colloque OCHA « L'homme, le mangeur, l'animal. Qui nourrit l'autre ? ». Paris, mai 2006. Poulain J.P. – Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques. Privat, Paris, 2002, 192-202.
XI		Sobal J. The medicalization and demedicalization of Obesity. En Maurer D, Sobal J, eds: Eating agendas. Food and nutrition as Social Problems. Nueva York: Aldine de Gruyter, 1995.**
XII	BALLARD, K. and ELSTON M. A. (2005). 'Medicalisation: A multi-dimensional concept', Social Theory & Health, Vol. 3, n. 3, p. 228-241. CONRAD, P. (2007). The Medicalisation of Society. Baltimore: John Hopkins UP.	
XIV	Illich, I. (1975). Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health. London, UK: Marion Boyars.	
XV		Poulain, J. P. (2002). Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques. Toulouse: E'ditions Privat.
XVII	Foucault, M. 2000. Essential Works of Foucault 1954–1984: Power. London: Penguin.	
XX	Foucault, M. História de la medicalización. Educ Med Salud: 11: 3-25, 1977.	

*Numeração relativa ao Quadro 2.

** Documento não localizado.

(continua)

Quadro 3 – Obras referenciadas sobre a medicalização da vida, da alimentação e da nutrição (continuação)

N	Autor citado como referência a medicalização da sociedade/vida	Autor citado como referência da medicalização da alimentação
XXI	<p>Verweij, M. (1999). Medicalization as a Moral Problem for Preventive Medicine. <i>Bioethics</i>, 13, 89–113.</p> <p>Conrad, P. (2007). <i>The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions Into Treatable Disorders</i>. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.</p>	<p>Sobal, J. (1995). The Medicalization and Demedicalization of Obesity. In Maurer, D. and Sobal, J. (eds), <i>Eating Agendas: Food and Nutrition as Social Problems</i>. Hawthorne, NY: Aldine De Gruyter.**</p>
XXIII	<p>Illich I. (1973), <i>Limits to Medicine – Medical Nemesis</i>, M. Boyars Publisher Ltd, London. (no texto diz 1991, mas nas ref 1973).</p> <p>Conrad P. (2007), <i>The Medicalization of Society</i>, J. Hopkins U. P., Baltimore.</p> <p>Zola I. (1972), <i>Medicine as an Institution of Social Control</i>, “<i>Sociological Review</i>”, 20.</p>	
XXV	<p>Conrad, Peter (1992). “Medicalization and Social Control”. <i>Annual Review of Sociology</i> 18: 209-232.</p> <p>Foucault, Michel (1996). “Historia de la medicalización”. En <i>La vida de los hombres infames</i>, editado por Michel Foucault, 85-105. La Plata: Altamira.</p>	
XXVI	<p>Foucault M. <i>Ditos e escritos VII: arte, epistemologia, filosofia e história da medicina</i>. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.</p>	
XXIX	<p>Foucault, M. 1973 <i>The Birth of the Clinic</i>. New York: Vintage Books.</p> <p>Zola, I. K. 1972 <i>Medicine as an institution of social control</i>. <i>Sociological Review</i> 20(4):487-504.</p>	
XXX	<p>Conrad P. <i>The medicalization of society: on the transformation of human condition into treatable disorders</i>. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007</p>	
XXXI	<p>Crawford, R. <i>Healthism and the medicalization of everyday life</i>. <i>International Journal of Health Services</i> 1980; 10: 365±387.</p>	

*Numeração relativa ao Quadro 2.

** Documento não localizado.

(continua)

Quadro 3 – Obras referenciadas sobre a medicalização da vida e da alimentação e nutrição (continuação)

N	Autor citado como referência a medicalização da sociedade/vida	Autor citado como referência da medicalização da alimentação
XXXIII		Poulain J-P., 2009. Sociologie de l'obésité, Paris, PUF.
XXXVI		Sobal, J. (1995). The Medicalization and Demedicalization of Obesity. In: Maurer & Sobal, J.. (1995). Eating agendas: Food and nutrition as social problems. New York: Aldine de Gruyter.** Poulain, J.-P. (2015). The affirmation of personal dietary requirements and changes in eating models. In C. Fischler (Ed.), The rise, meaning and sense of personal dietary requirements (pp. 253–264). Paris: Odile Jacob.
XXXVII	Menéndez, 2009 De sujetos, saberes y estructuras: Introduccion al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva (Spanish Edition).	
XXXIX		Mayes C (2014) Medicalization of eating and feeding. In Encyclopedia of Food and Agricultural Ethics, pp. 1–8 [PB Thompson and DM Kaplan, editors]. Dordrecht: Springer Netherlands.
XL		POULAIN, J. P. Manger aujourd'hui : attitudes, normes et pratiques. Toulouse: Privat, 2002. GRACIA-ARNAIZ, M. Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity. <i>Appetite</i> , v. 55, p. 219-225, 2010.
XLII	Conrad Peter, “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”, en D. Ingleby (Ed.), <i>Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental</i> , Crítica- Grijalbo, Barcelona, 1982, p.129-159.	

*Numeração relativa ao Quadro 2.

** Documento não localizado

Fonte: Elaboração própria.

(conclusão)

Para o manuscrito 2, do corpo de análise de 42 artigos, foram selecionados aqueles que abordavam uma das estratégias medicalizadoras analisadas (Quadro 4).

Quadro 4: Artigos com abordagem das estratégias medicalizadoras analisadas

N	Autor(es) e ano	Título, periódico/editora, país (do periódico)	Alimento medicamento	Nutrição Personalizada
I	Lawrence e Rayner, 1998	Functional foods and health claims: a public health policy perspective, <i>Public health nutrition</i> , Reino Unido	X	
II	Chamberlain, 2004	Food and Health: Expanding the Agenda for Health <i>Psychology</i> , <i>Journal of Health Psychology</i> , Reino Unido	X	
III	Gracia-Arnaiz, 2005	Maneras de comer hoy. Comprender la modernidad alimentaria desde y más allá de las normas, <i>Revista Internacional de Sociología</i> , Espanha.	X	
IV	Laplace, 2006	Farming and food. Crossed perspectives, <i>Cahiers Agricultures</i> , França.	X	
V	Görman, 2006	Ethical issues raised by personalized nutrition based on genetic information, <i>Genes & nutrition</i> , Alemanha.	X	X
VI	Michaud e Baudier, 2007	Nutrition and prevention: Risk of medicalization of an eminently social practice, <i>Cahiers de Nutrition et de Dietetique</i> , França.	X	X
VII	Gracia-Arnaiz, 2007	Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario, <i>Salud Pública de México</i> , México		
VIII	Nerlich e Koteyko, 2008	Balancing Food Risks and Food Benefits: the Coverage of Probiotics in the UK National Press, <i>Sociological Research Online</i> , Reino Unido	X	
IX	Laplace, 2008	Nutrient profiles: A criterion for an uncompromised eligibility to claims, <i>OCL - Oleagineux Corps Gras Lipides</i> , França	X	
X	Zwier, 2009	Medicalisation of food advertising. Nutrition and health claims in magazine food advertisements 1990-2008, <i>Appetite</i> , Holanda	X	
XI	Mudry, 2010	The Poison is in the Dose: The French Paradox, the Healthy Drinker, and the Medicalization of Virtue, <i>Food, culture, & society</i> , Reino Unido	X	
XII	Anker <i>et al.</i> , 2011	Health Branding Ethics, <i>Journal of Business Ethics</i> , Holanda	X	
XIII	Andreatta e Suárez, 2013	Entre la cocina y el laboratorio: la alimentación científica y las dietistas, <i>Salud(i)cienza</i> , Argentina	X	X
XIV	Galesi, 2014	Towards the genomization of food? Potentials and risks of nutrigenomics as a way of personalized care and prevention, <i>Italian Sociological Review</i> , Itália	X	X
XV	de Domingo-Bartolomé;López-Guzmán, 2014	La Medicalización de los alimentos, <i>Persona y Bioética</i> , Colômbia	X	
XVI	Rodríguez Zoya, 2015	Alimentación y medicalización. Análisis de un dispositivo de cuidado personal y potenciación de la salud, <i>Sociológica México</i> , México	X	X
XVII	Viana <i>et al.</i> , 2017	A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil, <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , Brasil	X	X
XVIII	Fournier e Poulain, 2017	Nutritional (epi)genomics: (Re)considering the food-health relationships by connecting social, biomedical and life sciences, <i>Natures Sciences Societes</i> , França		X
XIX	Fournier e Poulain, 2018	Eating According to One's Genes? Exploring the French Public's Understanding of and Reactions to Personalized Nutrition, <i>Qualitative health research</i> , Estados Unidos da América		X
XX	Demonte, 2018.	Dime qué lees y te diré cómo deberías comer: Análisis de las recomendaciones alimentarias en la prensa argentina (2009-2014), <i>La trama de la comunicación</i> , Argentina		X

(continua)

Quadro 4: Artigos que abordavam estratégias medicalizadoras analisadas

N	Autor(es) e ano	Título, periódico/editora, país (do periódico)	Alimento medicamento	Nutrição Personalizada
XXI	Davies <i>et al.</i> , 2018.	Applying a food processing-based classification system to a food guide: a qualitative analysis of the Brazilian experience, <i>Public Health Nutrition</i> , Reino Unido	X	
XXII	Gaspar e Verthein, 2019.	Entre la “salud” y la “tradición”: las representaciones sociales de la dieta mediterránea, <i>Physis: Revista de Saúde Coletiva</i> , Brasil	X	
XXIII	Solans e Margulies, 2019.	Políticas públicas de salud y alimentación infantil en ciudad de Buenos Aires: El rito de la entrega de leche, <i>Andes</i> , Argentina	X	

Fonte: Elaboração própria, 2020

(conclusão).

Para a análise, foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo, tal como descreve Laurence Bardin (1977). Esse método, segundo a autora, é um

conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Para realizar uma análise de conteúdo, é necessário definir um enfoque desejado (filosófico, antropológico, sociológico etc.) e, a partir do qual, realizar um recorte para manipular as mensagens (BARDIN, 1977). Considera-se que a verificação de coerência interna ou a análise do contexto em que foram geradas essas mensagens seja insuficiente, caso não haja e esteja definida a particular visão do mundo desde a qual o pesquisador trabalha.

Podem ser concebidas, conforme Bardin (1977), para a análise de conteúdo, o que denomina função administração da prova e a função heurística. A primeira corresponde à confirmação ou não das hipóteses surgidas na segunda. O trabalho de quem pretende realizar análise de conteúdo supõe combinar as duas funções, permitindo tanto a utilização de critérios quantitativos e/ou qualitativos. Vale dizer que, nos primeiros, se identifica a frequência em que aparecem os indicadores, enquanto nos segundos a presença ou a ausência de características ou de conjunto de características nas mensagens escolhidas.

Uma das vantagens da análise de conteúdo é a possibilidade de trabalhar com documentos escritos, orais, codificados etc. Esse tipo de análise, segundo Bardin (1977), é dividida nas fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Nesta tese, em função dos critérios descritos nos objetivos, os documentos escolhidos constituem o corpo de análise na primeira fase. A partir desse critério, foram formuladas as hipóteses, os objetivos, assim como as categorias que serviram para fundamentar e problematizar o material.

Quanto ao segundo momento na análise de conteúdo, não corresponde necessariamente a uma sequência temporal, já que se realiza conjuntamente com a pré-análise. Consiste na organização do material, codificação para identificação, estabelecendo categorias ou unidades de análise.

No momento do tratamento dos resultados é que se realizam a síntese e a seleção dos resultados. Nessa etapa, também são desenvolvidas as inferências e as interpretações coerentemente validadas com o referencial teórico e conceitos utilizados.

6 RESULTADOS

Atendendo ao regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), os resultados são apresentados no formato de dois artigos científicos. O primeiro, **Medicalização da alimentação e da nutrição: aproximações conceituais**, a ser submetido ao periódico *Ciência & Saúde Coletiva*, Qualis B1. Já o segundo, intitulado **O alimento e a nutrição personalizada como estratégias medicalizadoras**, que será submetido ao periódico *Physis*, Qualis B1.

6.1 ARTIGO 1

Medicalização da alimentação e da nutrição: aproximações conceituais

Resumo

A racionalidade biomédica legitima a prática e os discursos relacionados à alimentação e à nutrição, fomentando a medicalização social. Daí, neste ensaio, serem discutidos conceitos de medicalização que embasam estudos na área da Alimentação e Nutrição. Primeiramente, apresentam-se os conceitos de medicalização da vida desenvolvidos a partir da década de 1970. E, na sequência, discutem-se conceitos e autores que aplicaram a medicalização como ferramenta analítica na área da Alimentação, nas duas primeiras décadas do século XXI. É necessário considerar a incorporação, do termo nutricionalização, para análise das práticas terapêuticas e preventivas no campo da Nutrição, com vistas a garantir que os aspectos sociais, afetivos e hedônicos da alimentação sejam preservados.

Palavras-chave: Medicalização. Alimentação. Nutrição.

Abstract

Biomedical rationality legitimizes the practice and discourses related to food and nutrition, fostering social medicalization. Hence, this essay discusses concepts of medicalization that underlie studies in the field of Food and Nutrition. First, the concepts of medicalization of life developed since the 1970s are presented. Then, concepts and authors who applied medicalization as an analytical tool in the field of Food in the first two decades of the 21st century are discussed. It is necessary to consider the incorporation, of the term nutritionalization, to analyze therapeutic and preventive practices in the field of Nutrition, with a view to ensuring that the social, affective, and hedonic aspects of food are preserved.

Key-words: Medicalization. Food. Nutrition.

Introdução

Os sentidos e a perspectiva teórica utilizada para analisar a alimentação variam no tempo, na história e na cultura. Sob a visão das Ciências Sociais, a alimentação é um ato complexo, pois é resultado da interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e históricos (CHAMBERLAIN, 2004; CONTRERAS, 2006; GUIDONET, 2007). E, embora reconheçamos o caráter complexo e interdisciplinar da alimentação, sua prática e discursos – inclusive os que fundamentam sua medicalização – são determinados e legitimados pela racionalidade biomédica. Esta se tornou hegemônica nas sociedades ocidentais, desde o início da modernidade, para explicar os mais diversos fatos relacionados à vida e aos processos de saúde, bem como de doença e, em particular, da alimentação.

Ao se tratar da racionalidade científica moderna³, a partir do século XVII, pode-se afirmar que ela seja marcada por uma visão mecanicista, quantificadora e reducionista do mundo, cujas leis podem ser expostas por meio da aplicação do método científico, preferencialmente de forma quantitativa (LUZ, 2019). Nesse processo, o corpo humano se torna objeto de estudo e de intervenção por parte da ciência, assim como o que o alimenta ou, neste caso, o abastece, como explica o médico, filósofo e matemático George Cheyne, no livro *The English Malady*, escrito em 1733, representando o corpo como uma máquina autônoma que funciona com peças e mecanismos regulados, na qual a comida é o combustível. E, dependendo do tipo de “combustível”, essa máquina “funciona” de uma forma, ou de outra, com consequências na saúde mental e na longevidade (PORTER, 2013).

Sustentado inicialmente a partir dos estudos anatomopatológicos (FOUCAULT, 2010) e do desenvolvimento da fisiologia e da microbiologia (CAMARGO JR., 2005), o modelo biomédico⁴ incorporou, recentemente, saberes e conhecimentos derivados da biologia molecular, das neurociências, das nanociências e da engenharia genética. Por conseguinte, novos métodos diagnósticos e instrumentos de mensuração são utilizados para a quantificação do corpo e das suas funções (RUSSO; CAPONI, 2006), assim como para a análise dos alimentos e dos efeitos de seus componentes na saúde humana.

Por sua vez, a relação entre a alimentação e a saúde esteve presente, na forma de dietética secular, em todas as culturas (POULAIN, 2002). No entanto, como disciplina científica e campo de prática, esteve atrelada à medicina até - e mesmo após - o surgimento dos

³ As bases se deram a partir do renascimento científico no século XV (LUZ, 2019).

⁴ Caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo e especialização (CUTOLO, 2006).

profissionais dietista e/ou nutricionista. Devido à importância desse entrelaçamento – alimentação, medicina, saúde - no processo de medicalização da alimentação, é preciso entender as transformações ocorridas na medicina a partir do século XVIII, no contexto europeu, quando ela se tornou social⁵ (FOUCAULT, 2010).

Ressalte-se que a medicina social se caracteriza pelo surgimento do médico como uma autoridade. Por um lado, essa autoridade toma decisões em nível de cidades, de bairros, assim como de instituições, extrapolando o campo de intervenção para além dos sujeitos e das doenças; por outro, transforma os hospitais, que deixam de ser morredouros, para se tornarem instituições de recuperação; e, por fim, essa mesma autoridade toma decisões pela incorporação de mecanismos de administração e de gestão médicas, por meio de instrumentos de controle (registro de dados, comparação, estatísticas) (FOUCAULT, 2010). É no século XIX, quando uma série de práticas corporais relacionadas à higiene da alimentação e da sexualidade que, até então, não estavam nem controladas nem codificadas pela medicina, se incorporam à crescente hegemonia da prática médica (FOUCAULT, 2010). Atualmente, a medicalização avança, sem limites, sobre o corpo social e sobre a vida. São estabelecidos conceitos, regras e prescrições - mais ou menos - elaboradas, embasadas estabelecidas e codificadas por um saber biológico e médico (FOUCAULT, 2010).

Essa crescente ampliação da medicina aos mais diversos aspectos da vida humana e da sociedade (FOUCAULT, 1976) se estende à alimentação. Em estreita relação com esse processo de medicalização da sociedade e, a partir do surgimento da química moderna e da fisiologia⁶ (SANTOS, 1990), desdobram-se outros saberes científicos e práticas profissionais, como a Nutrição.

Vale dizer que, inicialmente, o fenômeno nutricional era objeto de estudo da fisiologia. Também era denominado metabolismo, considerando que o termo nutrição quase não fora usado até a década de 1890 (TODHUNTER, 1965). Com o avanço científico-tecnológico, bem como o surgimento de novos métodos e de instrumentos de mensuração, os alimentos foram sendo quantificados, e seus nutrientes identificados, isolados e estudados⁷ em relação à incidência de doenças (BRASIL, 2014).

⁵ No século XVIII, a medicina deixou de ser uma prática exclusivamente destinada à cura dos doentes para se tornar o que Foucault chama de Medicina Social (FOUCAULT, 2010).

⁶ A fisiologia foi subordinada à anatomia, que já era bastante desenvolvida na época (SANTOS, 1990).

⁷ Tais estudos embasaram a “formulação de políticas e ações destinadas a prevenir carências nutricionais específicas (como a de proteínas, de vitaminas e de minerais) e doenças cardiovasculares associadas ao consumo excessivo de sódio ou de gorduras de origem animal” (BRASIL, 2014, p. 16).

A medicalização, como ferramenta analítica do mundo social, assumiu destaque por meio do trabalho de diversos autores, a partir da década de 1970, como por exemplo, Irwing Zola (1972), Ivan Illich (1975), Peter Conrad (1982; 1992; 2007) e Michel Foucault (1976; 2010; 2011)⁸. O tema permanece pertinente, sendo recorrente em estudos de várias áreas do conhecimento, inclusive na saúde. Entre autores que têm desenvolvido o conceito na área da Alimentação, vale destacar Jean-Pierre Poulain (2002; 2013a; 2013b; 2015), Kerry Chamberlain (2002), Mabel Gracia-Arnaiz (2005; 2007; 2010), Jesus Contreras (2006) e Christopher Mayes (2014), dos quais apresentaremos estudos no decorrer deste trabalho.

Cumprе ressaltar que reunir esse conjunto de teorias e de conceitos relacionados à medicalização da alimentação e da nutrição é um ato que visa dar visibilidade à falta de interesse no campo da Nutrição no Brasil⁹ pela temática, assim como para reforçar a resistência à simplificação da alimentação aos seus aspectos biológicos, racionais e à normalização do comer de sujeitos e de populações, a partir das intervenções dos nutricionistas. Não se trata, pois, de negar a importância dos aspectos biológicos, mas sim de ampliar a visão dos nutricionistas sobre a complexidade da alimentação e os efeitos que as práticas têm nos sujeitos.

Nesse sentido, a originalidade e a pertinência deste trabalho se devem à ausência de publicações que tenham sistematizado e apresentado o arcabouço teórico que sustente estudos sobre a medicalização da alimentação e da nutrição. Portanto, os objetivos são identificar e analisar os conceitos de medicalização da sociedade e da vida, da alimentação e da nutrição que embasam os artigos científicos¹⁰ sobre o tema.

Método

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que busca responder à seguinte pergunta: “Quais são os principais conceitos de medicalização que embasam a discussão de estudos sobre a medicalização da alimentação e da nutrição?”.

Para identificação dos documentos iniciais, foi realizada uma busca sistematizada em sete bases eletrônicas de dados: BVS (Bireme), Livivo, Pubmed Central, Scielo, SCOPUS (Elsevier), SocINDEX EBSCO e Web of Science (APÊNDICE A), a partir das palavras-chave

⁸ Outros autores de referência na temática de medicalização, mas que não serão abordados por uma questão de espaço, são Szasz (1970), Freidson (1970) e Rose (1994; 2007).

⁹ Entretanto, é preciso reconhecer o Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde do Instituto de Nutrição da UERJ, que tem desenvolvido trabalhos com a aplicação da medicalização como ferramenta analítica.

¹⁰ Para a identificação dos autores que sustentam teoricamente os artigos científicos publicados sobre a medicalização da alimentação, foi realizada uma busca sistematizada desses trabalhos e pinçadas apenas as obras referenciadas.

*medicali?ation*¹¹, *nutrition**¹², *diet**, *food*, *nourishment* e *eat** (APÊNDICE B). Na busca, foram utilizadas as palavras-chave em inglês, pois desse modo, considerou-se que o número de estudos localizados poderia ser maior, mesmo nas bases latino-americanas.

A estratégia de busca compreendeu o cruzamento da palavra medicalização, em inglês, com cada uma das demais, por meio do operador lógico AND, de maneira independente (Quadro 1), nos campos título, resumo ou palavras-chave. Não foram utilizados filtros.

A combinação de apenas duas palavras-chave e a ausência de filtros foram as escolhas, a fim de localizar o maior número possível de estudos, evitando que algum importante não fosse incluído. Essas buscas ocorreram entre os meses de fevereiro e abril de 2020, sendo utilizado o EndNote para gerenciamento de referências e controle de duplicatas.

O levantamento bibliográfico localizou 1436 documentos. A partir desse número, procedeu-se à exclusão dos artigos duplicados em cada pasta de estratégia de busca, restando 819 artigos. Em seguida, foi feita a exclusão dos duplicados, cruzando-se as pastas das demais estratégias, restando 405 trabalhos. Para uma melhor compreensão, vale observar o Quadro 1, notando-se as estratégias de busca e o número de documentos selecionados em cada base, antes e após a exclusão das duplicatas.

Quadro 1 – Estratégias de busca e número de artigos encontrados por busca e base de dados

Base de dados	Estratégia de busca					Total por base/sem duplicados
	<i>medicali?ati on AND nutrition*</i>	<i>medicali?ation AND diet*</i>	<i>medicali?ation AND nourishment</i>	<i>medicali?ation AND food</i>	<i>medicali?ati on AND eat*</i>	
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>N</i>	
BVS	52	62	0	91	35	240/96
Livivo	68	73	0	154	40	335/309
Pubmed*	34	44	0	60	18	156/ 39
Scielo	19	9	0	21	9	58/ 35
SCOPUS	74	87	1	134	47	343/153
SocINDEX EBSCO	18	19	1	40	14	92/ 73
Web of Science*	41	52	2	85	32	212/ 114
TOTAL duplicados	306	346	4	585	195	1436 /819
TOTAL sem duplicados/bases	185	177	2	340	115	819
Total sem duplic./Buscas	405					

*Não foi aceito o caractere ? e foi usada a estratégia (*medicalization OR medicalisation*).

Fonte: Elaboração própria, 2020.

¹¹ ? é um caractere coringa, que substitui qualquer caractere em qualquer posição da palavra. Nesse caso, foi utilizado devido à grafia poder variar entre *medicalization* e *medicalisation*.

¹² O * é um truncamento que recupera qualquer terminação da palavra-chave pesquisada. Nesse caso, por exemplo: *nutrition*, *nutritionist*, *nutritional*, etc. (Fonte: oficina_02mai_pronta (ufpr.br), acesso em 28/01/2020).

Foi realizada a leitura dos títulos, de resumos e de palavras-chave dos 405 documentos e, com base nos critérios de inclusão, foram selecionados 46 estudos. O critério de inclusão foi a abordagem da medicalização da alimentação, da comida, da dieta ou da nutrição, sem restrição à data de publicação ou ao idioma. Por sua vez, o critério de exclusão foi a possibilidade de o estudo ter objeto da medicalização diferente da investigação (n= 359), tendo quatro artigos que, por não serem localizados na íntegra, foram excluídos.

Após a leitura completa dos 42 estudos iniciais localizados nas buscas, 19 foram excluídos, pois a palavra medicalização apenas foi citada, sem qualquer análise, explicação ou autor referenciado. Desse modo, 23 estudos que apresentavam os autores e obras referenciados foram selecionados, conforme o Quadro 2.

Quadro 2: Estudos iniciais para a localização dos conceitos de medicalização da vida e da alimentação e nutrição

N	Artigo fonte: autor(es) e ano	Artigo fonte: título, periódico/editora, país
I	Chamberlain, 2004	Food and Health: Expanding the Agenda for Health <i>Psychology</i> , <i>Journal of Health Psychology</i> , Reino Unido
II	Gracia-Arnaiz, 2005	Maneras de comer hoy. Comprender la modernidad alimentaria desde y más allá de las normas, <i>Revista Internacional de Sociología</i> , Espanha.
III	Görman, 2006	Ethical issues raised by personalized nutrition based on genetic information, <i>Genes & nutrition</i> , Alemanha.
IV	Michaud e Baudier, 2007	Nutrition and prevention: Risk of medicalization of an eminently social practice, <i>Cahiers de Nutrition et de Dietetique</i> , França.
V	Gracia-Arnaiz, 2007	Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario, <i>Salud Pública de México</i> , México
VI	Nerlich e Kotevko, 2008	Balancing Food Risks and Food Benefits: the Coverage of Probiotics in the UK National Press, <i>Sociological Research Online</i> , Reino Unido
VII	Zwier, 2009	Medicalisation of food advertising. Nutrition and health claims in magazine food advertisements 1990-2008, <i>Appetite</i> , Holanda
VIII	Gracia-Arnaiz, 2010	Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity, <i>Appetite</i> , Holanda
IX	Mudry, 2010	The Poison is in the Dose: The French Paradox, the Healthy Drinker, and the Medicalization of Virtue, <i>Food, culture, & society</i> , Reino Unido
X	Andreatta e Suárez, 2013	Entre la cocina y el laboratorio: la alimentación científica y las dietistas, <i>Salud(i)ciencia</i> , Argentina
XI	Mayes e Thompson, 2014	Is Nutritional Advocacy Morally Indigestible? A Critical Analysis of the Scientific and Ethical Implications of 'Healthy' Food Choice Discourse in Liberal Societies, <i>Public Health Ethics</i> , Reino Unido
XII	Galesi, 2014	Towards the genomization of food? Potentials and risks of nutrigenomics as a way of personalized care and prevention, <i>Italian Sociological Review</i> , It.
XIII	Rodríguez Zoya, 2015	Alimentación y medicalización. Análisis de un dispositivo de cuidado personal y potenciación de la salud, <i>Sociológica México</i> , México
XIV	Ferreira <i>et al.</i> , 2015	Biopower and biopolitics in the field of Food and Nutrition, <i>Revista de Nutrição</i> , Brasil
XV	Yates-Doerr e Carney, 2016	Demedicalizing Health: The Kitchen as a Site of Care, <i>Medical Anthropology</i> , Estados Unidos da América
XVI	Viana <i>et al.</i> , 2017	A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil, <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , Brasil
XVII	Masson, Bubendorff e Fraïssé, 2017	Toward new forms of meal sharing? Collective habits and personal diets, <i>Appetite</i> , Holanda
XVIII	Fournier e Poulain, 2017	Nutritional (epi)genomics: (Re)considering the food-health relationships by connecting social, biomedical and life sciences, <i>Natures Sciences Societes</i> , Fr.
XIX	Fournier e Poulain, 2018	Eating According to One's Genes? Exploring the French Public's Understanding of and Reactions to Personalized Nutrition, <i>Qualitative health research</i> , Estados Unidos da América
XX	Demonte, 2018	Dime qué lees y te diré cómo deberías comer: Análisis de las recomendaciones alimentarias en la prensa argentina (2009-2014), <i>La trama de la comunicación</i> , Argentina
XXI	Davies <i>et al.</i> , 2018	Applying a food processing-based classification system to a food guide: a qualitative analysis of the Brazilian experience, <i>Public Health Nutrition</i> , Reino Unido
XXII	Gaspar e Vertheim, 2019	Entre la “salud” y la “tradición”: las representaciones sociales de la dieta mediterránea, <i>Physis: Revista de Saúde Coletiva</i> , Brasil
XXIII	Solans e Margulies, 2019	Políticas públicas de salud y alimentación infantil en ciudad de Buenos Aires: El rito de la entrega de leche, <i>Andes</i> , Argentina

Fonte: Elaboração própria, 2020.

A fim de identificar as obras referenciadas, quando o conceito de medicalização da sociedade, e/ou da alimentação e nutrição era citado, os 23 documentos iniciais foram lidos na íntegra. No segundo momento, foram localizados os textos que serviram de base bibliográfica para este trabalho, conforme Figura 1.

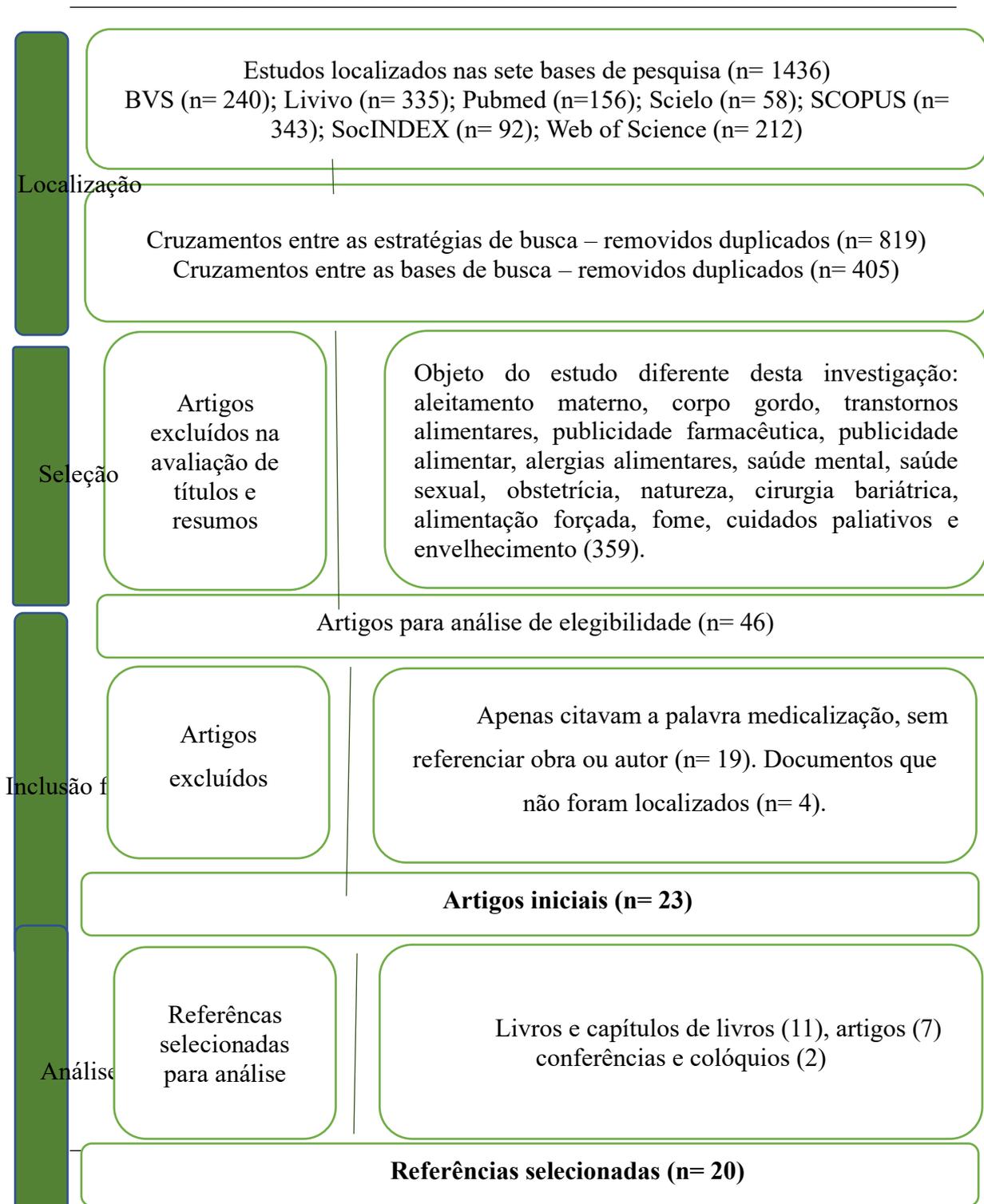


Figura 1 – Fluxograma de localização das bibliografias
 Fonte: Elaboração própria, 2020.

Os 20 documentos selecionados, apresentados no Quadro 3, compõem o corpo para a escrita deste trabalho. Quanto aos documentos duplicados, por exemplo, citados em edições diferentes, foram considerados apenas uma vez.

Quadro 3 – Obras referenciadas sobre a medicalização da vida, da alimentação e da nutrição

n	Autor citado como referência a medicalização da sociedade/vida	Autor citado como referência da medicalização da alimentação
I		Chamberlain, K. (2002). The medicalisation of food. Proceedings of Eat and drink and be merry: Cultural meaning of food in the 21st century. Amsterdam: Amsterdam School for Cultural Analysis.
II	CONRAD, R (1992), "Medicalization and social control", Annual Review of Sociology, Vol. 18, pp. 209-232.	POULAIN, J. R (2002a), Sociologies de l'alimentation, Paris, RU.R
III	Illich, I. (1976) Medical Nemesis. The Expropriation of Health, (New York: Pantheon. Conrad, P. (1992) Medicalization and social control. Annual Review of Sociology.	
IV		Contreras J. – Les aliments décomposés : l'omnivore médicalisé ? Colloque OCHA « L'homme, le mangeur, l'animal. Qui nourrit l'autre ? ». Paris, mai 2006. Poulain J.P. – Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques. Privat, Paris, 2002, 192-202.
V		Sobal J. The medicalization and demedicalization of Obesity. En Maurer D, Sobal J, eds: Eating agendas. Food and nutrition as Social Problems. Nueva York: Aldine de Gruyter, 1995.*
VI	BALLARD, K. and ELSTON M. A. (2005). 'Medicalisation: A multi-dimensional concept', Social Theory & Health, Vol. 3, No. 3, pp. 228-241. CONRAD, P. (2007). The Medicalisation of Society. Baltimore: John Hopkins UP.	
VII	Illich, I. (1975). Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health. London, UK: Marion Boyars.	
VIII		Poulain, J. P. (2002). Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques. Toulouse: E'ditions Privat.
IX	Foucault, M. 2000. Essential Works of Foucault 1954–1984: Power. London: Penguin.	
X	Foucault, M. História de la medicalización. Educ Med Salud: 11: 3-25, 1977.	
XI	Verweij, M. (1999). Medicalization as a Moral Problem for Preventive Medicine. Bioethics, 13, 89–113. Conrad, P. (2007). The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions Into Treatable Disorders. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.	Sobal, J. (1995). The Medicalization and Demedicalization of Obesity. In Maurer, D. and Sobal, J. (eds), Eating Agendas: Food and Nutrition as Social Problems. Hawthorne, NY: Aldine De Gruyter.*
XII	Illich I. (1973), Limits to Medicine – Medical Nemesis, M. Boyars Publisher Ltd, London. (no texto, diz 1991, mas, nas referências, 1973). Conrad P. (2007), The Medicalization of Society, J. Hopkins U. P., Baltimore. Zola I. (1972), Medicine as an Institution of Social Control, "Sociological Review", 20.	

* Documento não localizado.

(continua)

Quadro 3 – Obras referenciadas sobre a medicalização da sociedade, da alimentação e da nutrição (continuação)

N	Autor citado como referência a medicalização da sociedade/vida	Autor citado como referência da medicalização da alimentação
XIII	<p>Conrad, Peter (1992). “Medicalization and Social Control”. <i>Annual Review of Sociology</i> 18: 209-232.</p> <p>Foucault, Michel (1996). “Historia de la medicalización”. En <i>La vida de los hombres infames</i>, editado por Michel Foucault, 85-105. La Plata: Altamira.</p>	
XIV	Foucault M. <i>Ditos e escritos VII: arte, epistemologia, filosofia e história da medicina</i> . Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.	
XV	<p>Foucault, M. 1973 <i>The Birth of the Clinic</i>. New York: Vintage Books.</p> <p>Zola, I. K. 1972 <i>Medicine as an institution of social control</i>. <i>Sociological Review</i> 20(4):487–504.</p>	
XVI	Conrad P. <i>The medicalization of society: on the transformation of human condition into treatable disorders</i> . Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007	
XVII	Crawford, R. <i>Healthism and the medicalization of everyday life</i> . <i>International Journal of Health Services</i> 1980; 10: 365±387.	
XVIII		Poulain J-P., 2009. <i>Sociologie de l’obésité</i> , Paris, PUF.
XIX		<p>Sobal, J. (1995). <i>The Medicalization and Demedicalization of Obesity</i>. In: Maurer & Sobal, J.. (1995). <i>Eating agendas: Food and nutrition as social problems</i>. New York: Aldine de Gruyter.*</p> <p>Poulain, J.-P. (2015). <i>The affirmation of personal dietary requirements and changes in eating models</i>. In C. Fischler (Ed.), <i>The rise, meaning and sense of personal dietary requirements</i> (pp. 253–264). Paris: Odile Jacob.</p>
XX	Menéndez, 2009 <i>De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva (Spanish Edition)</i> .	
XXI		Mayes C (2014) <i>Medicalization of eating and feeding</i> . In <i>Encyclopedia of Food and Agricultural Ethics</i> , pp. 1–8 [PB Thompson and DM Kaplan, editors]. Dordrecht: Springer Netherlands.
XXII		<p>POULAIN, J. P. <i>Manger aujourd’hui : attitudes, normes et pratiques</i>. Toulouse: Privat, 2002.</p> <p>GRACIA-ARNAIZ, M. <i>Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity</i>. <i>Appetite</i>, v. 55, p. 219-225, 2010.</p>
XXIII	Conrad Peter, “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”, en D. Ingleby (Ed.), <i>Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental</i> , Crítica- Grijalbo, Barcelona, 1982, p.129-159.	

* Documento não localizado. Fonte: Elaboração própria.

(conclusão)

Para tanto, são apresentados os conceitos e autores¹³ que sustentam as análises de estudos sobre a medicalização da alimentação e da nutrição. Inicialmente, na seção denominada “Aproximações sobre a medicalização da vida”, serão apresentados conceitos-chave nos trabalhos dos principais autores que teorizaram a medicalização da sociedade a partir da década de 1970. E, posteriormente, na seção “A propósito da medicalização da alimentação e da nutrição”, serão apresentados os principais autores que aplicaram essa ferramenta analítica na área da Alimentação e Nutrição, nas duas primeiras décadas do século XXI, traçando-se, assim, uma aproximação conceitual.

Aproximações sobre a medicalização social e da vida

As questões sobre a medicalização da vida e das sociedades têm sido objeto de estudo tanto nas Ciências Humanas e Sociais, quanto na Saúde, constituindo-se em um objeto de estudo interdisciplinar (CAPONI *et al.*, 2013).

Recorrendo à *Medicine as an institution of social control* (1972), é possível observar que Irving Kenneth Zola¹⁴ defende que a medicina se tornou uma instituição de controle social, papel antes desempenhado pela religião e pela lei, sendo considerado o novo repositório da verdade, em que julgamentos são realizados em nome da saúde. A medicalização da vida diária tornou “a medicina e os rótulos ‘saudável’ e ‘doente’ relevantes para uma parte cada vez maior da existência humana” (ZOLA, 1972, p. 487).

Ainda de acordo com esse autor, a profissão médica tem a jurisdição sobre o rótulo de doença e qualquer coisa ligada a ela, independentemente da capacidade, de modo eficaz ou não, com ela lidar. No momento, não se pode sustentar a afirmação de Zola (*op. cit*) sobre a exclusividade da medicina na legitimação de rótulos, uma vez que, com o desenvolvimento das práticas profissionais e com a legitimação do seu saber, o nutricionista também criou “rótulos” diagnósticos, específicos da profissão, sob os quais legitima corpos e comportamentos como saudáveis e adequados, ou doentes e inadequados. Vale mencionar que a Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN) desenvolveu o Manual Orientativo: Sistematização dos Cuidados de Nutrição (ASBRAN, 2014), instrumento que adota a padronização internacional dos diagnósticos de nutrição, seguindo o modelo internacional.

¹³ Para fins de apresentação do artigo para avaliação da banca, mantive todos os autores citados. Porém, para fins de envio para publicação, eles serão mencionados e, por conta da limitação de espaço, apenas alguns serão abordados.

¹⁴ Zola (1935-1994) foi um sociólogo norte-americano.

Para fins ilustrativos, Zola (1972) explica que esse

processo de "anexação" pode ser categorizado de quatro maneiras concretas: primeiro, através da expansão do que na vida é considerado relevante para a boa prática da medicina; segundo, através da retenção de controle absoluto sobre certos procedimentos técnicos; terceiro, através da retenção de acesso quase absoluto a certas áreas 'tabu'; e finalmente, através da expansão do que na medicina é considerado relevante para a boa prática da vida (ZOLA, 1972, p. 492).

Por sua vez, Zorzaneli, Ortega e Bezerra-Júnior (2014) afirmam que, para Zola, “a questão em torno da medicalização da sociedade seria igualmente relacionada, tanto ao poder médico quanto ao desejo entre indivíduos e grupos, de que a medicina faça uso de seu poder” (p. 1862).

Outro dos autores que refletiram sobre o conceito de medicalização foi Ivan Illich¹⁵. Em seu livro *Medical Nemesis: The Expropriation of Health* (1975), apresenta uma extensa crítica à medicina moderna, a partir do detalhamento das iatrogêneses clínica, social e cultural, ressaltando que a

medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema (ILLICH, 1975, p. 6).

Para esse filósofo, o homem se torna um objeto na oficina da medicina, e ele mesmo deseja e solicita os reparos e a manutenção: “Ele aprende a entregar-se ao médico esteja ou não com boa saúde; transforma-se num paciente para o resto da vida” (ILLICH, 1975, p. 51), evidenciando a perda de autonomia das pessoas, que se tornam dependentes do saber especialista para cuidar da sua saúde (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Recorrendo a Zorzaneli e Cruz (2018), pode-se afirmar que esses autores diferenciam dois sentidos para o conceito de medicalização na obra de Foucault. Cada um dos sentidos corresponde a um recorte cronológico do processo de medicalização. O primeiro analisa o processo histórico de nascimento da medicina social, a partir do século XVIII, em três etapas: a medicina de Estado, na Alemanha; a urbana, na França; e a dos trabalhadores, na Inglaterra (FOUCAULT, 2011). Nesse contexto, a medicalização diz respeito à extrapolação do campo médico para o Estado, à cidade e, por fim, como estratégia biopolítica, à força produtiva. O

¹⁵ Illich (1926-2002) foi um filósofo e pedagogo austríaco.

segundo se inicia no final do século XIX e continua vigente até hoje, em que a medicina já não tem campo exterior, pois interiorizou e adentrou o cotidiano das pessoas (FOUCAULT, 2010).

A esse processo, Foucault chamou de “medicalização”, ou seja, “o fato de que a existência, a conduta, o comportamento, o corpo humano, se incorporaram a partir do século XVIII em uma rede de medicalização cada vez mais densa e ampla, que quanto mais funciona menos se escapa da medicina” (FOUCAULT, 1976, p. 4), assim como acontece hoje com muitas profissões da área da saúde e, em particular, a que nos ocupa neste estudo, a de nutricionista.

Diferentemente de Foucault, os pesquisadores Zola, Illich e Conrad centraram os debates sobre a medicalização somente no decorrer do século XX, no contexto pós-Segunda Guerra (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JUNIOR, 2014).

Quanto a Peter Conrad¹⁶, vale recorrer ao livro *Psiquiatria Crítica: La política de la salud mental*, no qual escreveu um capítulo intitulado *Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social* (1982). O foco é o aumento da jurisdição médica nas sociedades modernas industriais, por meio da medicalização de comportamentos sociais ditos anormais. Assim, o interesse desse pesquisador

é a medicalização do comportamento anormal: sua definição e rótulo como problema médico, como doença, que obriga a classe médica a aportar tratamento. Concomitante a isso, é a crescente utilização da medicina como agente de controle social, tipicamente como intervenção médica... pretendendo limitar, modificar, regular, isolar ou eliminar o comportamento socialmente anormal, definido utilizando meios médicos e em nome da saúde (CONRAD, 1982, p. 130).

Esse autor destaca que a medicina sempre funcionou como agente de controle social, uma vez que “normaliza” a doença e devolve às pessoas sua capacidade funcional social. Sobre isso, afirma que, há tempos, a saúde pública tem se ocupado do comportamento social e, tradicionalmente, tem funcionado como agente de controle (CONRAD, 1982).

A segunda obra referenciada de Peter Conrad foi o artigo *Medicalization and social control* (1992), no qual o conceito de medicalização é apresentado como “[...] um processo pelo qual problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em sintomas de doenças ou transtornos” (p. 209). Esse conceito é o mesmo apresentado na terceira obra, isto é, no livro *Medicalization of society* (CONRAD, 2007).

Vale, pois, destacar que entre os diferentes conceitos, cada um dos autores abordou diferentes maneiras de compreender as relações entre saúde e sociedade. Assim, quanto à

¹⁶ Conrad (1948-) é um sociólogo australiano.

medicalização, Zola apresenta-a como dispositivo de controle da sociedade. Já Foucault, como consequência das transformações socioculturais que formaram a medicina moderna e são sujeitas a ela. E, por fim, Conrad operacionalizou o conceito no qual é o processo de transformação de problemas não considerados do campo da medicina ou da saúde para problemas dessa disciplina (CAMARGO JR., 2013).

No artigo *Healthism and the medicalization of everyday life*, publicado em 1980, Robert Crawford¹⁷ apresenta o conceito “*healthism*”, traduzido como salutarismo. Para isso, recorreu ao contexto dos Estados Unidos da América, no final dos anos 1970, anunciando o surgimento de uma consciência de saúde, especialmente entre a classe média, destacando-se a prática de corridas e de atividade física, como também o consumo de vitaminas e de conteúdos sobre saúde em várias revistas.

No salutarismo, o manter a saúde e o evitar as doenças são o valor humano supremo. Nesse sentido, a saúde pessoal e a conquista do bem-estar devem ser atingidas por meio da modificação de estilos de vida. O salutarismo é, portanto, para Crawford (1980), uma forma de medicalizar aspectos da vida cotidiana, pois trata comportamentos, atitudes e emoções individuais como os sintomas relevantes que precisam de atenção.

O Salutarismo é um conceito que traz uma aproximação com a higiomania, um aspecto da iatrogênese cultural proposto por Nogueira (2003), baseado nas ideias de Ivan Illich (1975). Por sua vez, a higiomania é a busca patogênica pela saúde,

é algo que passou a fazer parte definitivamente do estilo de vida altamente tecnificado da contemporaneidade. Tal estilo de vida, que se funda na idolatria do corpo e da saúde do corpo, não é criado por uma simples expropriação profissional: é alimentado pela mídia, pelas academias de cultura física, pela indústria da “dieta” e pela indústria em geral, e, enfim, pelos que (NOGUEIRA, 2003, p. 187).

Outro autor, Eduardo Menéndez¹⁸ no livro *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* (2009), relaciona a medicalização com as intervenções biomédicas que, no campo da Alimentação, mas não somente neste, se concentram no estilo de vida dos indivíduos, para, dessa forma, atuar de forma simplificada. Afirma, também, que se bem os profissionais da saúde têm uma evidente dificuldade para trabalhar com as dimensões socioculturais, aplicam recomendações restritivas enquanto se detecta algum tipo de excesso. Vale dizer que essas recomendações costumam ter caráter moralizante e estigmatizador.

¹⁷ Crawford é um cientista político estadunidense.

¹⁸ Menendez é um antropólogo argentino.

O estilo de vida se torna objeto de interesse e de intervenção, pretendendo reduzir a capacidade de decisão dos indivíduos em função da obediência ao conselho médico ou, no nosso caso, o do nutricionista. Operar sobre os estilos de vida é uma das formas de intervenção biopolítica, ou, desde o ponto de vista da antropologia social, "*todo sistema médico cumple potencialmente funciones social y cultural, incluyendo el control político*" (MENENDEZ, 2009, p. 130).

Já Marcel Verweij¹⁹, no artigo *Medicalization as a Moral Problem for Preventive Medicine* (1999), analisa as questões morais da medicina preventiva e suas contribuições para a medicalização. Esse autor adere a concepção de medicalização de Zola (1972), ou seja, a de que o “conceito de medicalização foi apresentado a fim de nomear, analisar e criticar a mudança do papel da medicina na sociedade moderna” (VERWEIJ, 1999, p. 90-91). Suas contribuições ao conceito de medicalização podem ser resumidas: a) no risco iatrogênico da prevenção; b) na responsabilidade das profissões vinculadas com a medicina e a saúde e a culpabilização das vítimas²⁰ na prevenção; c) na perda de autonomia e independência das pessoas; e) no peso da moral das pessoas, em função do valor que dão à saúde. Desse modo, é possível relacionar o pensamento de Verweij (1999) ao conceito de prevenção quaternária²¹ (JAMOULLE; GOMES, 2013).

Outras autoras, Karen Ballard²² e Mary Ann Elston²³ (2005), trazem uma perspectiva com relação à medicalização, na qual questionam (diferentemente do que foi elaborado por autores, como Conrad e Zola), que atualmente não se trata de definir como um avanço do domínio da medicina sobre os sujeitos nem como uma forma de controle social. Indicam que essa concepção corresponde à visão da modernidade, em que o poder médico, a obediência e respeito pela autoridade constituem campo fértil para a implantação das estratégias medicalizadoras. Assim, propõem uma outra concepção para o termo medicalização a partir da pós-modernidade. O autocuidado é descrito como uma forma de resistência e desmedicalização, em função de um maior conhecimento por parte do consumidor de serviços de saúde, por ter se tornado mais consciente dos riscos.

Como é possível observar, cada um desses autores aborda a medicalização de diferentes perspectivas, que, por vezes, se complementam e, por outras, divergem. O único componente usual aos processos de medicalização da vida social, cumpre ressaltar, de acordo com Mitjavila

¹⁹ Verweij é um filósofo holandês.

²⁰ Palavra adotada pelo autor. Tradução nossa de “victim”.

²¹ Prevenção quaternária objetiva evitar que pacientes sofram danos por intervenções desnecessárias.

²² Enfermeira norte-americana.

²³ Atua no Departamento de Direito e Criminologia da Universidade de Londres.

(2015, p. 133), talvez “seja a utilização de ideias e critérios médicos para explicar determinados fenômenos sociais e defini-los como problemas médicos e, portanto, como problemas que pertencem ao domínio da medicina científico-técnica”.

A propósito da medicalização da alimentação e da nutrição

Nesta seção, serão apresentados os principais autores e conceitos que aplicaram a medicalização à alimentação e à nutrição, traçando-se as aproximações e os distanciamentos conceituais entre os autores descritos.

A começar, Jean-Pierre Poulain²⁴ no capítulo de conclusão do livro *Manger Aujourd’Hui* (2002), aborda a medicalização, apoiando-se em Conrad (1992), sob a perspectiva sociológica, que busca descrever como a racionalidade médica é imposta em áreas da vida em que outras racionalidades prevaleceram até então, como a alimentação. O autor destaca que esse processo sai do controle dos médicos e invade mentes e espaços em que a preocupação com a saúde pode se manifestar, dando ênfase à subjetivação. Poulain (2002) salienta que a legitimidade da medicina contemporânea se baseia em acertos técnicos e científicos, podendo-se considerar, por consequência, um aumento da expectativa de vida, mas que sua difusão está ligada ao colapso de outras formas de controle social, como as instituições familiares, religiosas, dentre outras. E, é assim que questões que vinham desses mundos de significados agora são traduzidas pela medicina, podendo parecer menos moralizante. Nesse caso, os médicos agora assumem novas funções sociais, como guias de consciência (POULAIN, 2002). É possível, portanto, reforçar novamente os efeitos moralizador e normalizador nos dispositivos que são aparentemente de exclusividade científica e aparecem também nas práticas do nutricionista.

O sucesso do modelo médico terapêutico, que ajuda as pessoas a viverem com suas doenças e retardarem seu desenvolvimento, passou a representar um aumento das formas de prevenção que, por sua vez, reduz a ocorrência das doenças. No contexto preventivo, surgiram as campanhas contra os consumos do tabaco e do álcool, bem como a “promoção de uma dieta ‘saudável’ e ‘equilibrada’, fatores fortemente envolvidos no desenvolvimento de certos cânceres e outras chamadas doenças da civilização” (POULAIN, 2002, p. 191), indicados como melhor política para reduzir o desenvolvimento desse tipo de morbidez.

Para Poulain (2002, p. 194), “a medicalização da alimentação substitui as razões gastronômicas ou simbólicas nas quais se baseiam as decisões dietéticas, pelas razões de ordem

²⁴ Poulain é um sociólogo francês.

médica”. O autor justifica que os riscos que a alimentação cotidiana representa para a saúde ou os benefícios que uma dieta balanceada pode proporcionar (em termos de nutrição) justificam a atenção médica ou mesmo uma dieta alimentar. Vale dizer que a medicalização dos alimentos não é nova – ela está presente na dietética secular em todas as culturas – e também não é problemática, “desde que a nutrição não se torne dominante e eclipse os outros mundos alimentares (gosto, identidade, socialidade)” (*op. cit.*, p. 194).

Poulain (2002) situa o debate na França, onde o sabor tem destaque nas escolhas alimentares, e as dimensões nutricionais dos alimentos ocupam um lugar secundário, explicando o motivo de a medicalização dos alimentos naquele país ter se desenvolvido mais lentamente que nos países anglo-saxões. Apesar disso, o suposto enfraquecimento dos modelos alimentares, somado a mudanças na ordem individual, estão contribuindo para uma demanda por conselhos dietéticos, e, por esse motivo, nos cursos de medicina tem aumentado o número de cadeiras de nutrição. Pode-se perceber que, na França, esse processo está intimamente vinculado à medicina, e não tão diretamente à prática do nutricionista. Sobre as campanhas públicas à população, embora orientem sobre o papel dos alimentos nas doenças, elas também são alimentadas por um excesso de discurso contraditório, denominado, por Fischler (1995), de "cacofonia alimentar”.

Também participa do processo de medicalização a pressão estética corporal, já que o desejo pela redução de peso não está atrelado necessariamente a razões de saúde. A extensa literatura sobre dietas está apoiada na sensação de que o controle da dieta se estende ao controle do futuro de um mundo em mudança, ou seja, “a religião da dieta dá a ilusão de estar no controle” (POULAIN, 2002, p. 195).

Nos livros *Sociologia da alimentação* (POULAIN, 2013a) e *Sociologia da obesidade* (POULAIN, 2013b), o autor analisa a evolução do estatuto epistemológico da obesidade, de problema estético e moral à causa de doenças, até ser designada como uma epidemia mundial. Poulain (2013b) destaca que a medicalização é um processo contínuo, no qual as questões morais e sociais dão lugar, lentamente, a uma ordem racional fundamentada pela ciência. Para isso, recorre a Aiach (1998), explicando que “a medicina transforma o ‘desvio’ em ‘doença’ e a normalidade se traduz em termos de saúde” (POULAIN, 2013b, p. 158).

Nessa obra, o autor destaca duas etapas no processo de medicalização da obesidade. A primeira é a transição de uma avaliação qualitativa para uma quantitativa (de excesso de matéria gorda que tem efeitos patogênicos à obesidade definida como IMC superior a 30kg/m^2 , no ano de 1995). Quanto à segunda etapa, pode ser compreendida como o deslocamento do estatuto de fator de risco para o de doença, podendo-se atribuir número de mortes, bem como de custo.

Vale ainda mencionar que, em 1990, a obesidade foi integrada ao *International Classifications of Diseases* (CID), enquanto o termo “epidemia” foi associado à obesidade em 1998, pela Organização Mundial da Saúde, no relatório *Obesidade: Prevenção e gestão da epidemia global* (WHO, 2000).

Recorrendo a Gracia-Arnaiz (2010)²⁵, em *Fat bodies and thin bodies*, é possível observar a análise de duas questões: a) a relação entre o comportamento alimentar e os problemas sociais; b) como as normas dietéticas são construídas socialmente.

A autora afirma que os problemas em torno do excesso de peso e do consumo alimentar estão vinculados tanto à medicalização quanto à individualização e à mercantilização. Por meio da análise de quatro fenômenos, ela mostra como a medicalização dos alimentos e do peso corporal abriu caminho para a comercialização da saúde, assim como indica que a obesidade requer uma abordagem holística e não individualista. Para uma compreensão disso, a autora aborda estes quatro fenômenos: a) a criação de normas dietéticas e do peso corporal ideal; b) a concepção da magreza como atributo de saúde, autodisciplina e distinção social; c) o estabelecimento da obesidade como doença; d) e, por fim, a transição do corpo e da saúde como possibilidade de negócios (GRACIA-ARNAIZ, 2010).

Ademais, a pesquisadora reconhece que a dieta moderna está ligada a processos históricos de regulação social e de controle comportamental, por meio da normatização do consumo alimentar, contribuindo para que os comportamentos atuais sofressem mudanças no último século, especialmente nas atitudes em relação aos alimentos ricos em energia e aos corpos gordos. Nesse contexto, a prevenção, por meio da alimentação, envolve um duplo processo de medicalização e de moralização que prevê a mudança de hábitos alimentares inadequados e sua alteração, a partir do aprendizado, em um novo conjunto de boas práticas. O que se objetiva é inculcar hábitos saudáveis, valendo-se da dieta ideal, que é administrada quase como se fosse um medicamento. “Paradoxalmente, o tratamento consiste em substituir um conjunto de obsessões alimentares julgadas patogênicas por outro que esteja de acordo com o modelo nutricional biomédico” (GRACIA-ARNAIZ, 2010, p. 223).

Ainda que a medicalização do corpo gordo não seja objeto deste ensaio, os autores aqui abordados problematizaram essa temática (POULAIN, 2013a; 2013b; MAYES, 2014; GRACIA-ARNAIZ, 2010). Isso mostra o quanto estudos em alimentação e em nutrição estão enraizados nos efeitos e no controle dos corpos, sejam muito magros ou muito gordos. Por sinal, o atual status da pesquisa científica não apenas permite que a relação entre a alimentação e o

²⁵ Antropóloga espanhola.

corpo seja contextualizada de maneira ampla, como também se entende que a relação entre o comer saudável, a partir das normas científico-nutricionais, seja apenas um dos fatores na causalidade multifatorial do excesso de gordura corporal, denominado obesidade.

Complementando o exposto, para Mayes²⁶ (2014), desde meados do século XX, o chamado excesso de massa corporal, com relação a padrões de normalidade quantificados pelo IMC, tem sido definido como um problema médico. O excesso de comida é considerado a principal causa, sendo visado pela medicina, dentro da racionalidade biomédica unicausal e quantificadora.

Também é importante destacar que a medicalização não se resume aos aspectos biológicos, sendo que está envolvida em práticas destinadas a introduzir, no caso do comer, perspectivas morais, teológicas e/ou legais. A gula e a fraqueza moral, originalmente relacionados desde uma perspectiva moralizante, permanecem entrelaçadas com as concepções médicas e, reformulados, por meio da linguagem médica, como hiperalimentação, síndrome da alimentação noturna ou transtorno de alimentação excessiva (MAYES, 2014, p. 3).

É assim que, apesar de ser contestada, reconhecemos a ideia desenvolvida anteriormente, em que a visão mecanicista e fisiológica utiliza a equação, que tem como componentes o consumo (ingesta ou ingestão) de alimentos (energia) que necessita ser equilibrada com o exercício (gasto de energia). Assim, ao criar uma cadeia causal da alimentação à obesidade e às doenças, a medicina procura controlar as práticas alimentares como um meio de controlar as doenças que são imbuídas de significado médico e apoiadas por eles (MAYES, 2014).

Segundo Sobal (1995), o crescimento de dietas prescritas ou validadas por médicos, para indivíduos obesos ou não obesos, sugere uma medicalização geral da alimentação. Através de planejadores de refeições, diários alimentares, ou programas comerciais de perda de peso que oferecem refeições criadas por nutricionistas, a alimentação é reestruturada como uma prática médica que ou fortifica a saúde ou aumenta o risco de obesidade e doenças (MAYES, 2014, p. 3).

Ainda que a medicina venha legitimando esses processos e práticas, no Brasil em especial, é o nutricionista o principal ator quem executa, implementa e desenvolve as estratégias medicalizadoras, seja no âmbito individual, por meio da prática clínica (controle da prescrição de dietas), seja em ações coletivas de saúde pública (prevenção de doenças e promoção da saúde) ou legitimando o discurso racional nutricional para a indústria usar em campanhas públicas de marketing de alimentos.

²⁶ Filósofo australiano.

Considerando a medicalização como resultado de interações complexas entre atores sociais, a indústria agroalimentar foi citada, especialmente pelo uso desmedido de alegações de saúde²⁷ para a promoção de produtos alimentares ditos saudáveis. Nesse contexto, a categoria de alicamentos²⁸ surgiu, ou seja, a contração de alimentos com medicamentos, e se refere a produtos com qualidades dietéticas especiais (POULAIN, 2002).

No que tange ao contexto francês, Poulain (2002) destaca dois problemas centrais nos programas de educação nutricional estabelecidos pelo governo. O primeiro é que as campanhas de educação em saúde destinadas a reduzir comportamentos de risco têm um discurso moralizador, estigmatizando o comportamento de risco e culpando a vítima²⁹: “se você está doente, é porque fez algo que não deveria ter feito e a culpa é sua” (POULAIN, 2002, p. 195), enquanto que a questão central deveria ser buscar construir um entendimento do motivo de as pessoas se envolverem em comportamentos de risco. Além disso, no campo da alimentação, confiar em um modelo individualista e racional, tendo como premissa que o comensal é livre para fazer suas escolhas e está sozinho com sua comida, é reducionista e, somado a isso, pode-se ainda dizer que o risco de produzir mensagens e campanhas moralizadoras, sob a capa do discurso científico, também deve ser considerado (POULAIN, 2013a). Como um exemplo do discurso moralizador, sob o pretexto da lógica científica, há o discurso demonizador de certos alimentos ou constituintes de alimentos, como o açúcar, a gordura e os refrigerantes.

De acordo com Poulain (2002, p. 195), “os debates científicos, que acompanham o que devemos nos resignar a chamar de modas, mostram como é difícil passar de descobertas fisiológicas ou epidemiológicas para conselhos nutricionais”. É, vale dizer, surpreendente a velocidade em que a comunidade científica e a indústria de alimentos tentam transformar resultados científicos que ainda não se estabilizaram em recomendações de saúde pública. O autor ainda cita o exemplo de um programa da década de 1930 em que as vitaminas ainda não haviam sido descobertas, e os reformadores alimentares recomendavam às classes trabalhadoras que os alimentos ricos em amido deveriam ser preferidos às frutas e aos vegetais, considerados de baixo valor nutricional.

²⁷ Segundo o *Codex Alimentarius*, uma alegação de saúde significa “qualquer representação que declare, sugira ou implique que existe uma relação entre um alimento ou nutriente ou outras substâncias contidas em um alimento e uma doença ou condição relacionada à saúde” (LAWRENCE; RAYNER, 1998, p. 75).

²⁸ *Alicaments*, traduzido por alicamentos, é um termo baseado na contração de alimentos e de medicamento. Refere-se a produtos com qualidades dietéticas especiais (POULAIN, 2002).

²⁹ Para “victim blaming”, ver Crawford, R. (1977). You are Dangerous to Your Health: The Ideology and Politics of Victim Blaming. *International Journal of Health Services*, 7(4), 663–680.

Já em *The affirmation of personal dietary requirements and changes in eating models*³⁰, Poulain (2015) distingue dois níveis de medicalização da alimentação e introduz o conceito de nutricionalização. Segundo esse autor, é necessário diferenciar, com relação à medicalização da alimentação, aquela que corresponde à administração de dietas, quando se trata de tratamentos para uma patologia específica, e, nesse caso, as orientações alimentares e, até a dieta, são formulados pelo médico desde uma perspectiva terapêutica. Por outra parte, sugere o termo nutricionalização, quando se trata da disseminação dos conhecimentos derivados da racionalidade nutricional, conforme descrito no começo deste trabalho. Essa disseminação, descreve Poulain (2015), se insere no corpo social pelas mídias, por campanhas de educação para a saúde e pela popularização dos saberes científicos, fora do contexto médico-paciente (ou nutricionista), não se inscrevendo na ordem terapêutica, mas na prevenção. Explica também que, possivelmente, sejam a perda de peso e os padrões estéticos os que maior influência têm sobre a nutricionalização (POULAIN, 2015).

Cumprе ressaltar que é necessário ampliar o conceito de nutricionalização a partir do que Poulain propõe. No nosso entendimento, não há diferença na racionalidade da prática nutricional medicalizada nos campos da intervenção dietética ou nas ações preventivistas.

Por sua vez, no trabalho *The medicalisation of food*, Kerry Chamberlain³¹ (2002) analisa a relação entre alimentos e medicamentos na vida contemporânea. Os discursos da medicina e da ciência abriram espaço para que os alimentos pudessem ser posicionados como medicamentos. Esse autor destaca que a ciência nutricional permitiu decompor os alimentos em seus componentes e classificá-los como promotores (fibras e antioxidantes) ou ameaçadores da saúde (gorduras e açúcares) da saúde. Essa divisão criou o discurso de alimentos tidos como "bons" ou "maus", "saudáveis" ou "insalubres", e sancionou a objetivação de alimentos como medicinais ou patogênicos. Além disso, o avanço tecnológico possibilitou a fabricação e a comercialização de produtos alimentares com propriedades específicas, os chamados alimentos funcionais³² ou alicamentos, que seriam a expressão máxima da medicalização dos alimentos (CHAMBERLAIN, 2002). Aliás, percebemos esse fenômeno como uma tentativa evidente de trazer o maniqueísmo ao campo da Alimentação e Nutrição.

Os alimentos são, para Chamberlain (2002), cada vez mais utilizados como medicamentos a partir do desenvolvimento de produtos alimentares que incluem ingredientes

³⁰ No livro *Selective Eating: The rise, Meanig and Sense of Personal Dietary Requirements*, editado por Claude Fischler.

³¹ Kerry Chamberlain é um psicólogo neozelandês.

³² Conceito polissêmico, usualmente definido como alimentos que proporcionam benefícios relacionados à saúde, além da nutrição básica (ILSI, 1999).

ativos para o tratamento de condições médicas (a adição de iodo ao sal ou folato à farinha). Esses produtos, tomados regularmente, prometem manter a saúde (produtos químicos que reduzem o colesterol adicionado à margarina). Ademais, inclui-se o consumo de suplementos alimentares (produtos alimentares ditos saudáveis e comprimidos de vitaminas na forma de comprimidos, probióticos populares à base de lactobacillus, bebidas esportivas para substituir eletrólitos).

Alternativamente, os medicamentos podem ser usados para controlar a ingestão ou a absorção de alimentos (pílulas dietéticas e medicamentos como *orlistat*³³). Assim, alimentos e medicamentos estão interligados de formas cada vez mais complexas, e isso é uma fonte de ansiedade e tensão a ser negociada pela pessoa que busca saúde na contemporaneidade (CHAMBERLAIN, 2002). Além disso, o discurso médico e de saúde pública – e acrescentamos o da nutrição – posiciona o indivíduo como pessoalmente responsável pela sua saúde, tanto moral quanto comportamental. Afinal, a noção de saúde é uma preocupação contemporânea (CHAMBERLAIN, 2002), assim como para Crawford (1980) a noção de "*healthism*", ou salutarismo, é uma característica da sociedade moderna, na qual a saúde é causa de preocupação e valor máximo para as pessoas.

Jesus Contreras³⁴, no texto *Les aliments décomposés l'omnivore médicalisé?* (2006), destaca a globalização e os avanços científicos em genética, biotecnologia e nutrição, a partir dos quais se pode imaginar cenários completamente novos sobre a nutrição humana e seus efeitos sobre a saúde e doenças, segurança e insegurança, prazer e satisfação, e bem-estar ou desconforto em geral, e também sobre a forma como pensamos a alimentação (CONTRERAS, 2006).

Segundo o autor, as escolhas alimentares que se desenvolveram e que foram aprendidas e transmitidas ao longo da história da espécie humana levaram em conta dois tipos de processos. Quanto ao primeiro, aprender a como obter os alimentos (o que, onde, quando e como); aumentar o inventário dos alimentos disponíveis (superando a neofobia³⁵ ou aprendendo a prepará-los, de modo a diminuir a toxicidade, ou seja, transformá-los); aumentar ou manter estável a disponibilidade de alimentos inventariados em um determinado ambiente (métodos ou técnicas de conservação, armazenamento, racionamento, domesticação, intensificação,

³³ O Orlistat (Orlistate), mais conhecido pelo nome comercial Xenical®, é um remédio para emagrecer, que age impedindo a absorção de gorduras no intestino (Fonte: ORLISTAT (Xenical) - Como tomar e efeitos • MD.Saúde [mdsaude.com]).

³⁴ Contreras é antropólogo francês.

³⁵ Repulsa ao que é novo.

mecanização, inseminação, impondo proibições, limites, tabus etc.); e aumentar a atratividade dos alimentos (aqui, entra a cozinha: assar, fritar, ferver, fumar, temperar e misturar).

Quanto ao segundo processo nas escolhas alimentares, diz respeito, segundo o autor, ao aprender a reconhecer os tipos de alimentos, de acordo com suas mudanças de estado (verde, sazonal, maduro, murcho, podre, fresco, passado, fermentado, jovem, velho), bem como os diferentes efeitos sobre o organismo de cada um desses estados. Somado a isso, deve-se considerar, segundo Contreras (2006), o aprender a reconhecer as especificidades dos organismos humanos, de acordo com sua natureza e suas mudanças de estado (idade, sexo, genética, saúde ou doença e atividades). A dietética corresponde ao resultado dos dois processos supracitados, com o objetivo de permitir o melhor abastecimento (consumo) possível, considerando suas circunstâncias particulares (CONTRERAS, 2006).

Em função do exposto e da natureza onívora do ser humano, o autor destaca o caráter complexo da alimentação, que, ultimamente, está mais intrincado, devido aos avanços da genética e da nutrição, reunidos na nova disciplina nutrigenômica³⁶, bem como de um novo conceito híbrido, o alicamento, para representar formas de pensar os alimentos, suas funções, conteúdos e imagens.

De fato, nunca tivemos tanto conhecimento sobre alimentos, doenças e biologia e fisiologia humana como temos hoje. Os avanços científicos atuais permitem análises extraordinariamente detalhadas, para que possamos conhecer até o último detalhe a composição qualitativa e quantitativa de qualquer alimento ou produto. Desta forma, e com referência à publicidade científica, seu eco na mídia e na publicidade de alimentos, nossa sociedade contemporânea parece já não "comer" maçãs, frango ou carne de porco, atum, couve-flor, iogurte ou vinho, mas sim cálcio, ferro, polifenóis, flavonoides, vitaminas, caroteno, glicoses, fibras, gorduras saturadas ou insaturadas, ácido oleico, fósforo, álcool etílico, proteínas, antioxidantes, taninos, bífidos, ômega 3, fitosteróis, ... etc. Ou também e de forma mais inteligível, barras de baixo teor calórico, produtos com "menos" ou "sem" ou "mais" ou "enriquecidos", etc. (CONTRERAS, 2006, p. 2, tradução própria).

O autor enfatiza que “as categorias relativas de alimentos parecem ter sido modificadas no sentido de uma maior cientifização e medicalização” (CONTRERAS, 2006, p. 2). A novidade dos alimentos funcionais é que não nos referimos ao alimento em si mesmo, mas aos seus componentes, representando uma mudança qualitativa na percepção dos alimentos e da nossa dieta. Sabemos cada vez mais sobre a composição de produtos alimentares (por meio da rotulagem) e sobre os efeitos dos nutrientes no corpo. Além disso, as autoridades de saúde pública e a indústria de alimentos recomendam, com convicção e maior precisão, o que

³⁶ A nutrigenômica é uma subdisciplina da genômica, empenhada em identificar os genes que supervisionam o metabolismo e onde cada substância, seja uma droga sintética ou um nutriente, é primeiro decomposta e depois resintetizada nas novas moléculas das quais depende a existência do organismo (GALESI, 2014).

precisamos consumir para sermos saudáveis e prevenirmos doenças. Tudo isso aliado à difusão desses conhecimentos pelos meios de comunicação, como por exemplo em "Você imagina que, além de saborear um suco refrescante, um molho requintado ou iogurte, seu colesterol, sistema imunológico e pressão sanguínea melhoram consideravelmente?" (CONTRERAS, 2006, p. 3).

Para Contreras (2006), a dieta do onívoro do futuro será elaborada para evitar a morte, a partir do conhecimento do DNA de cada indivíduo, adaptando e criando prescrição dietética individualizada, personalizada, em função de prevenir suas doenças. Esse conhecimento, que relaciona o DNA com a nutrição, deu origem a uma nova prática, chamada de Nutrição Personalizada (NP). Esse tipo de nutrição foi desenvolvida com base na nutrigenética³⁷, na nutrigenômica (ambas relacionadas ao genótipo) e na epigenômica nutricional (aborda o fenótipo) (FOURNIER; POULAIN, 2017).

A NP apresenta, segundo Fournier e Poulain (2017), pelo menos quatro questionamentos éticos: a) o armazenamento, circulação, uso e comunicação das informações genéticas; b) as consequências de novas discussões sobre eugenia; c) o surgimento de novas formas de responsabilidade política individual; d) uma reformulação das formas sociais de regulação dos alimentos. Existe, vale mencionar, uma possibilidade de futuro em que os alimentos não serão considerados como uma prática social coletiva (CONTRERAS, 2006), mas sim como uma experiência individual e singular. Além disso, salienta-se, há a questão da comensalidade e da sociabilidade da alimentação, que será afetada, já que o espaço comum de preparo e de compartilhamento das refeições será modificado, e as refeições perderão seu caráter coletivo.

Recorrendo a Mabel Gracia-Arnaiz³⁸, em *Maneras de comer hoy* (2005), pode-se afirmar que a atual importância dada à saúde e ao seguimento de padrões de dieta provém do processo de medicalização “que, a partir do século 18, significou a substituição de uma grande parte dos motivos simbólicos, econômicos ou hedonistas em que as escolhas alimentares foram articuladas por outras razões de ordem médica” (GRACIA-ARNAIZ, 2005, p. 162).

Na descrição da trajetória histórica do processo de medicalização do comportamento alimentar, parte do alimento combustível e do homem máquina no século XVIII, ideia desenvolvida anteriormente, passa pela dieta restrita que produziu, no século XIX, entre outras virtudes, temperança, controle das paixões, estabilidade mental, não apenas em nome da "boa" saúde, mas também da delicadeza social e de boas maneiras, constituindo, dessa forma, uma

³⁷ Nutrigenética é o estudo das influências dos genes nas respostas às práticas de alimentação (FOURNIER, POULAIN, 2017).

³⁸ É professora do Departamento de Antropologia, Filosofia e Trabalho Social da *Universitat Rovira i Virgili*, Espanha.

moralidade religiosa com implicações individuais (GRACIA-ARNAIZ, 2005). Ainda no século XIX, destaca-se o trabalho de Turner (1999), no qual desenvolve uma hipótese que relaciona a disciplinarização do corpo, por meio das dietas, e a expansão do capitalismo na procura de eficiência e saúde para aumentar a força de trabalho.

No final do século XIX, a dieta de todos os membros da sociedade havia sido construída como um problema biossocial, de modo que as pessoas tinham que viver de acordo com as recomendações nutricionais enquanto cuidavam de sua saúde física, especialmente as classes trabalhadoras, na medida em que seus corpos eram as máquinas que lhes permitiam ganhar seu pão e, ao mesmo tempo, contribuir para a reprodução social do sistema. Assim, a partir de então, os discursos nutricionais se convertem progressivamente em "fábricas" morais cujo objetivo principal será estabelecer a normalidade alimentar e, em última instância, a normalidade social (GRACIA-ARNAIZ, 2005, p. 162).

Atualmente, o que se pratica, segundo Gracia-Arnaiz (2005), é uma comunicação positiva da saúde, menos culpabilizadora do sujeito, buscada por meio da educação e da promoção em saúde, nas quais o conteúdo é interiorizado pela população na forma de normas, dependendo de mudanças no comportamento.

Por fim, em relação à medicalização da alimentação, o último dos autores referenciados, Christopher Mayes³⁹. Em *Medicalization of Eating and Feeding* (2014), apresenta uma série de eventos que ocorreram no século passado, ou seja, condições para que o comer e o alimentar passassem de práticas incorporadas nas relações sociais ou culturais para práticas médicas. Mayes (2014) afirma que os sujeitos envolvidos em práticas de sub ou sobre alimentação têm seus comportamentos definidos pela medicina (anorexia nervosa e obesidade), são tratados em espaços médicos (hospitais, clínicas ou centros de reabilitação), por intermédio de intervenções médicas (produtos farmacêuticos, cirurgia, psicoterapia ou regimes dietéticos).

Tomando como exemplo o comer pouco, inicialmente definido pela linguagem teológica como jejum, vale dizer que tal prática era uma representação de santidade e, posteriormente, definido pela medicina como anorexia nervosa, desnutrição, ou "distúrbios alimentares não especificados". Em outras palavras, a partir da medicalização, o comer pouco deixou de ser interpretado como uma manifestação teológica, sendo definido pela medicina como transtorno de comportamento. Foi nomeado como anorexia (CID 10-F50.0) ou "distúrbios alimentares não especificados" (CID 10-50.9), este segundo quando a pessoa não apresenta todos os critérios para ser diagnosticada com anorexia (OMS, 2009). Nesses casos, os indivíduos são tratados em clínicas ou em hospitais, com auxílio de medicamentos, de psicoterapia e de terapia nutricional.

³⁹ Mayes é filósofo, pesquisador no Instituto Alfred Deakin na Deakin University.

Igualmente, a alimentação infantil é vista como uma prática que requer acompanhamento e orientação médicos. Além disso, a alimentação em geral é progressivamente investida com significado médico (MAYES, 2014).

Como é possível observar, mais uma vez o controle da alimentação está associado ao médico. No entanto, no Brasil, de acordo com a Lei 8.234, de 17 de setembro de 1991 (BRASIL, 1991), no Artigo 3, Inciso VIII, uma descrição correspondente ao agir do nutricionista, ou seja, cabe a esse profissional a “assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos”.

Ainda recorrendo a Mayes (2014), pode-se afirmar que os alimentos e as dietas são considerados como possuidores de uma capacidade terapêutica ou de melhoria da saúde. São, portanto, capazes de indicar as saúdes presente e futura de um indivíduo ou uma de população.

Importante salientar que os estudos de medicalização não contestam a existência de uma realidade biológica ou patológica, mas argumentam que “forças sociais e culturais complexas, mas contingentes, determinam certos conhecimentos, categorias e definições médicas”, ou seja, “que as categorias médicas são construções artificiais que deturpam fenômenos sociais como patologias biológicas ou psicológicas” (MAYES, 2014, p. 2), exemplo evidente nos casos de comer muito ou de comer pouco. Sendo assim, a anorexia e o comer pouco precisam ser entendidos no contexto sociocultural que surgem (a influência das normas sociais e culturais do corpo, da beleza e da feminilidade), e não ser reduzidos à biologia ou à psicologia do sujeito (MAYES, 2014). Entretanto, quando uma causa psicológica e/ou biológica é estabelecida, justificam-se intervenções médicas na prática da alimentação, procurando controlar o comportamento alimentar, seja no caso de comer menos, seja no caso de comer demais (MAYES, 2014).

Cumprе ressaltar que, segundo esse autor, a medicalização da alimentação tem sido impulsionada por outras forças para além da medicina, que incluem, mas não se limitam a organizações médicas profissionais. Nesse contexto, há associações, organizações de saúde que elaboram manuais de diagnóstico, moldando a definição de doença e influenciando os formuladores de políticas, clínicos, pesquisadores, companhias de seguro e empresas farmacêuticas. Somados a esses, incluem-se grupos de defesa, usando campanhas de conscientização do público, fazedores de políticas de lobby, além de fornecer fundos de pesquisa para aumentar o perfil de uma condição existente ou para promover uma condição ou prática ainda não reconhecida como médica. Além deles, vale citar a indústria privada (de alimentos, de emagrecimento, farmacêutica e de seguros) e a política governamental,

impulsionando mudanças nas condições e nas práticas alimentares, assim como a mídia, ajudando a popularizar a pesquisa nutricional, conforme apresenta Mayes (2014). Por fim, pode-se entender o nutricionista como um desses atores, bem como o discurso nutricional podendo também ser entendidos como forças medicalizadoras.

Várias preocupações éticas resultam desse processo. Dentre elas, incluem-se a redução de práticas culturalmente significativas, aumento das desigualdades de gênero (mulheres são as responsáveis pela alimentação delas, das crianças e inclusive dos parceiros), sobrecarregando indivíduos com responsabilidade por condições fora de seu controle, além de aumentar a vigilância médica (MAYES, 2014).

Por fim, o autor ressalta que

a medicalização da alimentação no que diz respeito à dieta e à promoção da saúde pode transformar a alimentação e a alimentação de uma prática social e cultural em terapia médica (se o indivíduo estiver doente) ou aperfeiçoamento (se o indivíduo estiver bem). Esta mudança perturba e transforma atividades relacionais e comunitárias, tais como a refeição e o preparo de alimentos, em atos médicos. Além disso, ao ampliar o efeito médico das práticas alimentares sobre a saúde futura de um indivíduo ou criança, o processo de medicalização tem o potencial de produzir ansiedade e mal-estar sem as evidências necessárias para sustentar as alegações sobre o efeito futuro das práticas alimentares sobre a saúde (MAYES, 2014, p. 6-7).

Considerações finais

A alimentação é um ato social complexo, e sua relação com a saúde esteve presente nas diferentes culturas ao longo do tempo. Na modernidade, foi incorporada, traduzida e ressignificada a partir da racionalidade científica biomédica, no processo de medicalização da sociedade. Assim, a Nutrição, a partir do seu desenvolvimento científico, tem legitimado suas práticas de intervenção no crescente processo de medicalização da alimentação.

Propusemo-nos, neste ensaio, a responder à pergunta de pesquisa: “Quais são os principais conceitos de medicalização que embasam a discussão de estudos sobre a medicalização da alimentação e da nutrição?”. Para isso, a partir de Zola, Illich, Conrad, Foucault, Crawford, Menendez, Verjeiw, assim como de Ballard e Elston, apresentamos uma aproximação dos conceitos de medicalização da sociedade. A maioria desses autores abordou a medicalização de maneira crítica, apresentando com diferentes abordagens como ocorreu a apropriação de aspectos da vida e do cotidiano pela medicina, e como os profissionais de saúde podem estar envolvidos nesse processo. Cumpre dizer que os dois últimos, isto é, Ballard e Elston, apresentaram a noção de resistência e desmedicalização.

Já no campo da Alimentação e Nutrição, Poulain analisou a medicalização da alimentação nos âmbitos da construção de normas dietéticas da alimentação saudável. Gracia-Arnaiz trouxe, dentre outros, uma abordagem histórica, enquanto que Mayes descreveu os processos de medicalização do comer pouco ou comer muito. O alimento sendo interpretado como medicamento foi analisado por Chamberlain. Do mesmo modo, Contreras problematizou os alicamentos e a nutrigenômica, esta última sendo melhor desenvolvida por Fournier e Poulain. Por fim, Mayes resume que, na medicalização da alimentação, alimentos e dietas são significados como possuidores de capacidades terapêuticas ou de melhoria da saúde, um aprimoramento.

Ao longo deste ensaio, pôde-se perceber o caráter polissêmico nos conceitos de medicalização, tanto da sociedade quanto da alimentação e da nutrição. Assim, buscou-se apresentar autores que vinculam ou relacionam a medicalização da alimentação e da nutrição, tanto na dimensão terapêutica quanto preventiva, como originadas e determinadas pelo campo da medicina. Apesar disso, como se pôde apreciar ao longo do texto, existe uma série de discursos, de práticas, assim como de desenvolvimento de conhecimentos e saberes que são próprios da Nutrição. Isso nos leva a pensar, em primeiro lugar, que é necessário considerar, embora sejam necessários outros estudos de aprofundamento, a incorporação, do termo “nutricionalização”, para análise das práticas terapêuticas e preventivas no campo da Nutrição.

É necessário, pois, aprofundar as consequências na prática profissional decorrentes da medicalização da alimentação e da nutrição. Por outro lado, os desdobramentos e debates éticos e bioéticos necessários a partir das novas práticas da nutrição personalizada devem ser problematizados.

Em face desse cenário, uma das consequências deste ensaio é o surgimento de novas perguntas. “Com o gradativo avanço da medicalização da alimentação e da nutrição, por meio dos alimentos funcionais e da nutrição personalizada, as razões para as escolhas alimentares ficarão subordinadas à racionalidade médico-nutricional?”, “Haverá resistência?”, “Como a Nutrição poderá se inserir nesse processo, de maneira a respeitar a amplitude da dimensão da alimentação em seus aspectos simbólicos, hedônicos e culturais?”, “Como ocorrem o processo e as estratégias biopolíticas de indução à mudança comportamental por meio do discurso da alimentação saudável?”, “Como, para quem e por quais motivos a nutrição personalizada será usada?”, “Como fomentar essa discussão na formação do nutricionista?”, “A representação dos alimentos como medicamentos perdurará?”, “Como será o futuro da prescrição a partir dos estudos da nutrigenômica e da nutrição personalizada?”, “Haverá debates sobre as questões éticas desses desenvolvimentos?”. Como é possível observar, o debate dessas questões poderá

permitir a melhor apreciação do arcabouço de conhecimento que deveria fazer parte do discurso da nutrição.

Associado a isso, percebeu-se a significativa ausência de publicações no Brasil que abordem a alimentação a partir do conceito de medicalização. Diante desse quadro, fazendo parte dessa polissemia de concepções, foi interessante perceber a variedade de formações entre os autores referenciados, como antropólogos, filósofos, cientista político, sociólogo, psicólogo e enfermeira. Mais significativo ainda, a ausência de nutricionistas.

Por fim, destacamos a necessidade do desenvolvimento e da consolidação de mais pesquisas que utilizem a nutricionalização como termo específico da medicalização para o campo da Alimentação e Nutrição, com vistas a garantir que os aspectos sociais, afetivos e hedônicos da alimentação sejam preservados.

Referências

AÏACH, Pierre. Les voies de la médicalisation. *In: AÏACH, Pierre; DELANOË, Daniel. (Dir.). L'ère de la medicalisation: ecce homo sanitas.* Paris: Econômica, 1998, p. 15-36.

ASBRAN - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO. **Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição.** Associação Brasileira de Nutrição. São Paulo, 2014, 66p.

BALLARD, K.; ELSTON M. A. Medicalisation: A multi-dimensional concept, **Social Theory & Health**, v. 3, n. 3, p. 228-241, 2005.

BRASIL. **Lei 8.234/1991.** Regulamenta a profissão de nutricionista e dá outras providências. Brasília, 1991.

BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMARGO JR., K. R. de. A biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl, p. 177–201, 2005.

CAMARGO JR., K. R. de. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 844–846, 2013.

CAPONI, S. *et al.* **A medicalização da vida como estratégia biopolítica.** São Paulo: LiberArs, 2013.

CHAMBERLAIN, K. The medicalisation of food. *In: 2002, Amsterdam. Proceedings of Eat and drink and be merry: Cultural meaning of food in the 21st century.* Amsterdam: Amsterdam School for Cultural Analysis, 2002, p. 11.

CHAMBERLAIN, K. *Food and Health: Expanding the Agenda for Health Psychology.*

Journal of Health Psychology, v. 9, n. 4, p. 467–481, 2004.

CONRAD, P. Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. In: **Psiquiatría Crítica**, p. 129–154, 1982.

CONRAD, P. Medicalization and Social control. **Annual Reviews Inc.**, p. 209–232, 1992.

CONRAD, P. **The Medicalisation of Society**. Baltimore: John Hopkins UP, 2007.

CONTRERAS, J. Les aliments décomposés : l'omnivore médicalisé ? Jesus Contreras. In: 2006, Paris. **Colloque OCHA « L'homme, le mangeur, l'animal. Qui nourrit l'autre ? »**. Paris, mai 2006.

CRAWFORD, R. You are Dangerous to Your Health: The Ideology and Politics of Victim Blaming. **International Journal of Health Services**.7(4):663-680, 1977.

CRAWFORD, R. Healthism and the medicalization of everyday life. **International Journal of Health Services**, v. 10, n. 3, p. 365–388, 1980.

CUTOLO, L. R. A. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16–24, 2006.

FISCHLER, Claude. **El (h)ominívoro**: el gusto, la cocina y el cuerpo. Barcelona: Anagrama, 1995.

FOUCAULT, M. História de la medicalización. **Educ Med Salud**, 1976.

FOUCAULT, M. Crise Da Medicina Ou Crise Da Antimedicina. **Verve. Revista semestral autogestionária do Nu-Sol**, n. 18, 2010.

FOUCAULT, M. Nascimento da medicina social. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FOURNIER, T.; POULAIN, J.-P. La génomique nutritionnelle: (re)penser les liens alimentation-santé à l'articulation des sciences sociales, biomédicales et de la vie. **Natures Sciences Sociétés**, v. 25, n. 2, p. 111–121, 2017.

GALESI, D. Towards the Genomization of Food? Potentials and Risks of Nutrigenomics as a Way of Personalized Care and Prevention. **Italian Sociological Review**, 4 (2), 173-187, 2014.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 16, n. 40, p. 21–34, 2012.

GRACIA-ARNAIZ, M. Maneras de comer hoy. Comprender la modernidad alimentaria desde y más allá de las normas. **Revista Internacional de Sociología**, v. 63, n. 40, p. 159–182, 2005.

GRACIA-ARNAIZ, M. Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. **Salud Pública de México**, v. 49, n. 3, p. 236–242, 2007.

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

GUIDONET, A. **La antropología de la alimentación**. 1. ed. Barcelona: Editorial UOC, 2007.

ILLICH, I. **Medical Nemesis: The Expropriation of Health**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

INTERNATIONAL LIFE SCIENCES INSTITUTE -ILSI. Safety assessment and potential health benefits of food components based on selected scientific criteria. ILSI North America Technical Committee on Food Components for Health Promotion. **Crit Rev Food Sci Nutr**, v. 39, p. 203-316, 1999.

JAMOULLE, M.; GOMES, L. F. Prevenção Quaternária e limites em medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 31, p. 186–191, 2013.

LAWRENCE, M; RAYNER, M. Functional foods and health claims: a public health police perspective. **Public Health Nutrition**: 1(2):75-82, 1998.

LUZ, M. T. **Natural, racional e social: Razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

MAYES, C. Medicalization of Eating and Feeding. **Encyclopedia of Food and Agricultural Ethics**, p. 1795–1801, 2014.

MENENDEZ, E. **De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva**. Spanish Edition, 2009.

MITJAVILA, M. Medicalização, risco e controle social. **Tempo Social**, v. 27, n. 1, p. 117–137, 2015.

NOGUEIRA, R. P. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 185–190, 2003.

OMS. **Classificação estatística internacional de doenças e de problemas relacionados à saúde**. Décima revisão. Manual de instrução (volume 2). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em português. São Paulo, 2009.

PORTER, R. **George Cheyne: the English malady (1733)**. London: Routledge, 2013.

POULAIN, J.-P. Des risques de médicaliser l'alimentation quotidienne. *In: Manger Aujourd'hui, Attitudes, normes et pratiques*. Odile Jacob, 2002, p. 253–264.

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

POULAIN, J.-P. **Sociologia da Obesidade**. São Paulo, Editora do Senac, 2013b.

POULAIN, J.-P. The affirmation of personal dietary requirements and changes in eating

models. In: FISCHLER, C. (org.). **The rise, meaning and sense of personal dietary requirements**. Odile Jacob, 2015.

RUSSO M.; CAPONI S. (ORGS.). **Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas**. 1ª ed. São Paulo: Discurso Editorial, 2006.

SANTOS, K. M. O. **O desenvolvimento histórico da ciência da nutrição em relação ao de outras ciências**. 1990. Universidade Estadual de Campinas, 1990.

TODHUNTER, E. N. Some Aspects of the History of Dietetics. **World Review of Nutrition and Dietetics**, v. 5, p. 32-78, 1965.

TURNER, B. S. "The discourse of diet", en M. Featherstone, M. Hepworth y B. Tumer (eds.), **The body**. Social Process and Cultural Theory, Londres, SAGE Publication, 1999.

VERWEIJ, M. Medicalization as a moral problem for preventive medicine. **Bioethics**, v. 13, n. 2, p. 89–113, 1999.

ZOLA, I. K. Medicine As an Institution of Social Control. **The Sociological Review**, p. 487–504, 1972.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970s. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 66, p. 721–731, 2018.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JUNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1859–1868, 2014.

WHO. **The World Health Report**. Obesity - preventing and managing the Global Epidemic. Series. 2000. Genebra, 2000.

6.2 ARTIGO 2

O alimento e a nutrição personalizada como estratégias medicalizadoras

Food and personalized nutrition as medicalizing strategies

Resumo

A medicalização da alimentação pressupõe a substituição dos motivos simbólicos, econômicos, gastronômicas e/ou hedonistas das escolhas alimentares, por razões de ordem médica. O objetivo deste trabalho é problematizar duas estratégias medicalizadoras no campo da alimentação e da nutrição. Foi realizada uma revisão sistematizada da literatura, em sete bases eletrônicas de dados: BVS, Livivo, Pubmed Central, Scielo, SCOPUS, SocINDEX EBSCO e Web of Science, por meio das palavras-chave: medicali?ation, *nutrition**, *diet**, *food*, *nourishment* e *eat**. Foram localizados 1436 documentos, e, após a exclusão das duplicatas e da aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, restaram 46 estudos. Após a leitura na íntegra, foram selecionados 23 artigos que foram submetidos à análise de conteúdo. O alimento como medicamento implica no consumo e na divulgação dos alimentos com fins terapêuticos. Os alimentos funcionais são alimentos consumidos em busca de benefícios além da nutrição básica. A nutrição personalizada embasa o aconselhamento e prescrição nutricional por meio da análise genética dos indivíduos. Destacamos a importância dessa discussão na área da Alimentação e da Nutrição e salientamos que não se trata de negar os avanços da ciência nutricional, mas de trazer um novo elemento de análise e uma ferramenta teórica para reflexão.

Palavras-chave: Medicalização. Alimento funcional. Nutrição Personalizada.

Abstract

The medicalization of food presupposes the substitution of symbolic, economic, gastronomic and/or hedonistic reasons for food choices, for medical reasons. The objective of this work is to problematize two medicalizing strategies in the field of food and nutrition. A systematic review of the literature was carried out in seven electronic databases: VHL, Livivo, Pubmed Central, Scielo, SCOPUS, SocINDEX EBSCO and Web of Science, using the keywords: medicali?ation, *nutrition**, *diet**, *food*, *nourishment* and *eat**. A total of 1436 documents were located, and, after the exclusion of duplicates and the application of inclusion and exclusion criteria, 46 studies remained. After reading in full, 23 articles were selected and submitted to content analysis. Food as a medicine implies in the consumption and dissemination of food for therapeutic purposes. Functional foods are foods consumed in search of benefits beyond basic nutrition. Personalized nutrition underlies counseling and nutritional prescription through genetic analysis of individuals. We emphasize the importance of this discussion in the area of Food and Nutrition and we emphasize that it is not a question of denying the advances in nutritional science, but of bringing a new element of analysis and a theoretical tool for reflection.

Keywords: Medicalization. Functional food. Personalized Nutrition.

Introdução

A alimentação é uma entidade complexa (CHAMBERLAIN, 2004; CONTRERAS, 2006; GUIDONET, 2007). Ela, a partir do processo de medicalização, tornou-se repleta de contradições, oposições, confusões e potencial fonte de ansiedade, principalmente em relação à saúde. Isso porque os alimentos são caracterizados como o traço principal da vida social, são fonte de prazer, de medos e de inseguranças, estando relacionados tanto à saúde e à vida quanto às doenças e à morte. Eles permeiam as relações, a linguagem, a cultura popular e refletem nossa posição e status, muito além da visão simplista de meros combustíveis adequados ao corpo (CHAMBERLAIN, 2004).

Em um contexto de medicalização das sociedades ocidentais modernas, ou seja, num processo no qual vários aspectos da vida cotidiana ou da condição humana passam a ser considerados em termos médicos ou como problemas de saúde (CONRAD, 1992; FOUCAULT, 1976), cada vez mais aspectos sociais são traduzidos, explicados e dominados pela racionalidade biomédica, dentre eles a alimentação. Esse tipo de medicalização, isto é, da alimentação, supõe a substituição de uma grande parte dos motivos simbólicos, econômicos, gastronômicas e/ou hedonistas em que as escolhas alimentares estavam articuladas, por outras razões de ordem médica (GRACIA-ARNAIZ, 2005; POULAIN, 2002). Assim, quando abordamos sobre esse tipo de medicalização, fazemos referência às diferentes formas de normalização e normatização do consumo alimentar e do controle sobre o corpo social e individual, estando em discussão, portanto, a medicalização da alimentação e da nutrição.

O dispositivo⁴⁰ da medicalização requer estratégias para atingir seus objetivos. Um dos sentidos desenvolvidos por Foucault para estratégia se refere “a um conjunto de meios utilizados para fazer funcionar ou manter um dispositivo de poder” (FOUCAULT, 1995, p. 247). Ele se sustenta em uma série de conceitos, tais como o salutarismo e a tirania da saúde. No primeiro, Crawford (1980) faz referência ao valor supremo, que é manter a saúde e evitar doenças, por meio da modificação dos estilos de vida. No segundo, Camargo Jr. (2013, p. 845) utiliza a expressão a fim de evidenciar um imperativo no qual “há estreitamento paradoxal dos ideais ético estéticos de uma “boa vida”, reduzida a viver muitos anos com o mínimo de doenças, sem considerações sobre prazer ou aspirações”, além da expansão de um mercado de consumo

⁴⁰ Foucault define dispositivo como “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos” (FOUCAULT, 2004, p. 244).

de produtos da saúde. Por sua vez, Mayes (2014) destaca que a influência da medicalização emana da biomedicina, das indústrias alimentícia e farmacêutica e das políticas ocidentais.

A concepção da alimentação, e mesmo da nutrição, a partir da racionalidade biomédica faz com que, em detrimento de outras razões científicas, os aspectos sociais, emocionais e culturais sejam deixados de lado. Ressalte-se, entretanto, que a Nutrição, como ciência e campo de atuação, cujo objeto é a relação entre o ser humano e o alimento, pressupõe profissionais humanistas e críticos, que pautem sua atuação em princípios éticos, que reflitam sobre a realidade econômica, política, social e cultural (BRASIL, 2001).

Apesar de os documentos normativos do nutricionista abordarem perfis e práticas plurais, as disciplinas e leituras sociológicas e antropológicas, que dariam essa visão ampliada da saúde, estão marginalizadas na formação (CANESQUI; GARCIA, 2005). Uma das consequências disso é uma visão biologicista da alimentação (ALVES; MARTINES, 2016), voltada à interação entre os nutrientes e o corpo e, inclusive, o DNA. Nesse cenário preocupante, Viana (2017, p. 450) cunhou o conceito de racionalidade nutricional, que “se refere às práticas alimentares atentas ao permanente cuidado em manter na alimentação o equilíbrio de nutrientes, em detrimento do prazer de comer e dos valores com que a alimentação marca o convívio social a ele associado”. Diante do exposto, faz-se necessário, portanto, entrelaçar saberes e questionamentos das áreas das ciências sociais e humanas às da nutrição.

No decorrer deste trabalho, pretendemos problematizar duas estratégias medicalizadoras, que apareceram em uma série de artigos científicos selecionados a partir de uma busca sistematizada da literatura. Essas duas estratégias são, por um lado uma concepção que considera o alimento como um medicamento e, por outro, a Nutrição Personalizada (NP), nos quais saberes médico-nutricionais estão unidos, com o intuito de favorecer o cuidado e a melhora das condições de saúde a partir do campo alimentar, mas que também têm consequências no processo de medicalização.

Não se trata de negar os aspectos da “bio”, mas sim de refletir que a saúde é um dos aspectos da vida, ou como a Carta de Ottawa apresenta sobre saúde, a informar que esta “deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver” (CANADÁ, 1986, p. 1). A medicalização dos alimentos não é, portanto, em si mesma problemática, desde que a nutrição não se torne dominante e esconda os outros mundos alimentares (gosto, identidade e socialidade) (POULAIN, 2002). Isso nos leva a refletir sobre a pergunta apresentada por Debevec e Tivadar (2006, p. 9): “Por que não podemos mais pensar a comida fora de um ambiente de saúde?”. Uma das possíveis respostas é que o processo de medicalização interdita a possibilidade de vivenciarmos a alimentação também desses outros lugares e, quando vivenciamos, é com culpa.

Conscientes da importância de refletir sobre a visão medicalizada dos alimentos e da alimentação, bem como de algumas práticas profissionais do nutricionista, uma vez que o “conhecimento da ciência nutricional deve ser utilizado para desenvolver práticas que respeitem modelos dietéticos, e não para reduzir os alimentos apenas a sua dimensão nutricional” (POULAIN, 2002, p. 191), este estudo tem como objetivo problematizar a concepção do alimento, como um medicamento, e da Nutrição Personalizada, como estratégias de medicalização no campo da Alimentação e Nutrição.

Método

Trata-se de um estudo de revisão sistematizada da literatura (FERENHOF; FERNANDES, 2016) que buscou responder à pergunta de pesquisa “Quais são as estratégias medicalizadoras que fazem parte da medicalização da alimentação e da nutrição?”.

O levantamento dos artigos foi realizado em sete bases eletrônicas de dados: BVS (Bireme), Livivo, Pubmed Central, Scielo, SCOPUS (Elsevier), SocINDEX EBSCO e Web of Science, a partir das palavras-chave: *medicali?ation*⁴¹, *nutrition*^{*42}, *diet**, *food*, *nourishment* e *eat**. A busca utilizou as palavras-chave em inglês, pois desse modo o número de estudos localizados poderia ser maior que em português ou em espanhol, mesmo nas bases latino-americanas, como Scielo e Bireme.

A estratégia de busca compreendeu o cruzamento da palavra medicalização, em inglês, com cada uma das demais, por meio do operador lógico AND, de maneira independente (Quadro 1), nos campos título, resumo ou palavras-chave. Não foram utilizados filtros. A escolha pela combinação de apenas duas palavras-chave e a ausência de filtros estiveram em prol de se localizar o maior número possível de estudos, evitando que algum importante não fosse incluído. Quanto às buscas, estas ocorreram entre os meses de fevereiro e abril de 2020, sendo utilizado o EndNote para gerenciamento de referências e controle de duplicatas.

O levantamento bibliográfico localizou 1436 documentos. A partir desse número, procedeu-se à exclusão dos artigos duplicados em cada pasta de estratégia de busca, restando 819 artigos. Na sequência, foi realizada a exclusão dos duplicados, cruzando-se as pastas das demais estratégias, restando 405 trabalhos. E, para uma melhor compreensão, vale observar o

⁴¹ ? é um caractere coringa, que substitui qualquer caractere em qualquer posição da palavra. Nesse caso foi utilizado devido à grafia poder variar entre *medicalization* e *medicalisation*.

⁴² O * é um truncamento que recupera qualquer terminação da palavra-chave pesquisada. Nesse caso, por exemplo: *nutrition*, *nutritionist*, *nutritional*, etc. (Fonte: [oficina_02mai_pronta \(ufpr.br\)](https://oficina_02mai_pronta.ufpr.br), acesso em 28/01/2020).

Quadro 1, no qual são apresentadas as estratégias de busca e o número de documentos selecionados em cada base, antes e após a exclusão das duplicatas.

Quadro 1 – Estratégias de busca e número de artigos encontrados por busca e base de dados

Base de dados	Estratégia de busca					Total por base/sem duplicados
	<i>medicali?ation AND nutrition*</i>	<i>medicali?ation AND diet*</i>	<i>medicali?ation AND nourishment</i>	<i>medicali?ation AND food</i>	<i>medicali?ation AND eat*</i>	
	<i>n</i>	<i>N</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>N</i>	
BVS	52	62	0	91	35	240/96
Livivo	68	73	0	154	40	335/309
Pubmed*	34	44	0	60	18	156/ 39
Scielo	19	9	0	21	9	58/ 35
SCOPUS	74	87	1	134	47	343/153
SocINDEX EBSCO	18	19	1	40	14	92/ 73
Web of Science*	41	52	2	85	32	212/ 114
TOTAL duplicados	306	346	4	585	195	1436 /819
TOTAL sem duplicados/ bases	185	177	2	340	115	819
Total sem duplicados/ buscas	405					

*Não foi aceito o caractere ? e foi usada a estratégia (*medicalization OR medicalisation*).

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Foi realizada a leitura dos títulos, dos resumos, assim como das palavras-chave dos 405 documentos. E, com base nos critérios de inclusão, foram selecionados 46 estudos.

Quanto aos critérios de inclusão e de exclusão, o primeiro teve como foco abordar a medicalização da alimentação, da comida, da dieta ou da nutrição, sem restrição à data de publicação ou ao idioma. Já, o segundo, ou seja, o de exclusão, pautou-se no fato de o estudo ter o objeto da medicalização diferente do apresentado nesta investigação (n= 359) ou a não localização do texto completo (um resumo de anais e dois artigos) (n= 3).

Após a leitura completa dos 43 artigos localizados nas buscas, 20 foram excluídos, considerando que, apesar de abordarem a alimentação, os objetos da medicalização eram outros (n= 3). Esse procedimento também foi tomado quando a palavra medicalização apenas tenha sido citada, sem qualquer análise, explicação ou autor referenciado (n= 17).

Na Figura 1, um fluxograma, a partir do qual será possível uma melhor compreensão das etapas de localização, de seleção e de inclusão dos estudos.

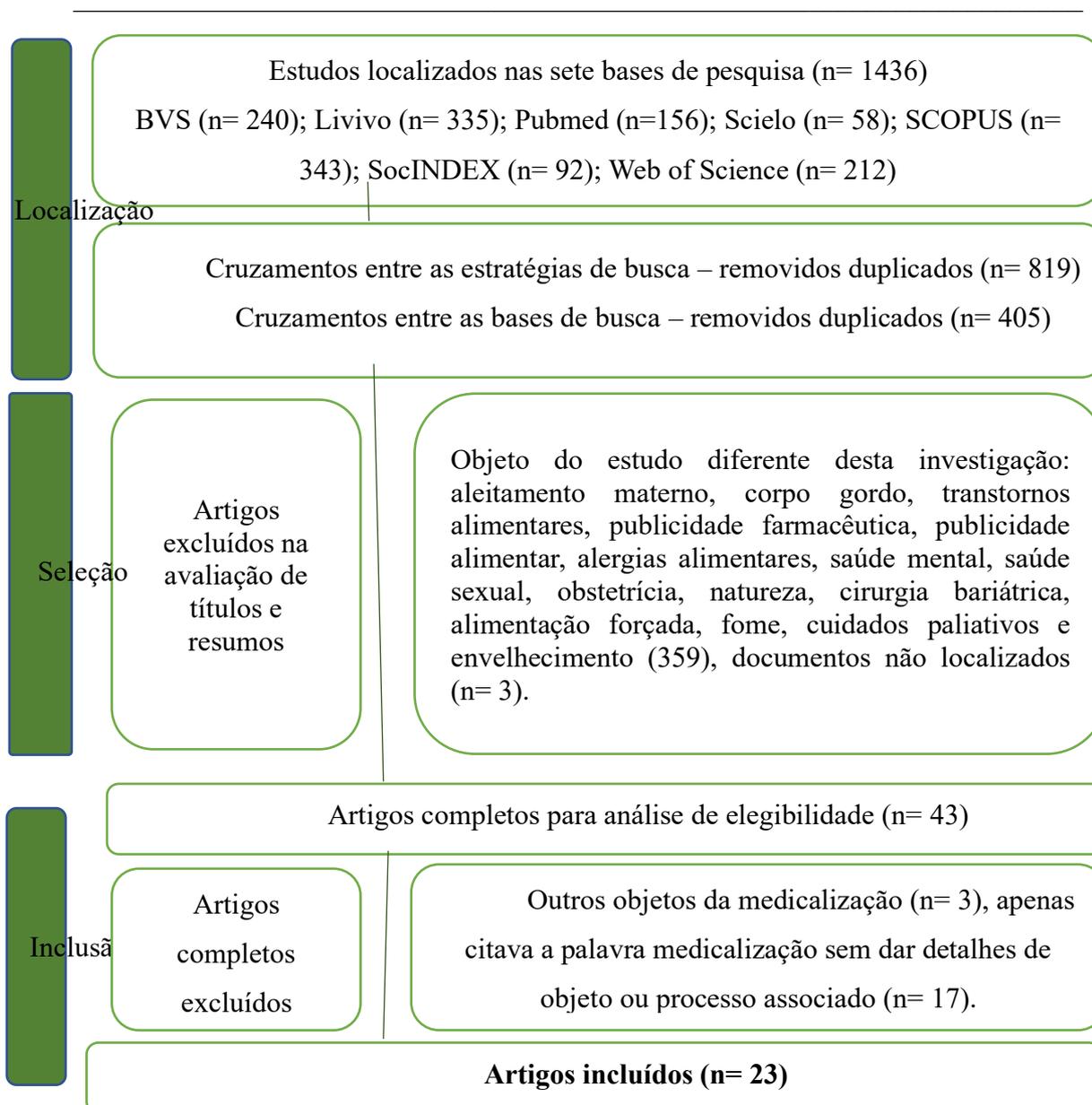


Figura 1 – Fluxograma de localização dos artigos científicos
Fonte: Elaboração própria, 2020.

Sendo assim, a revisão contou com 23 artigos científicos (Quadro 2), analisados de acordo com a metodologia de análise de conteúdo descrita por Laurence Bardin (1977), método que, segundo a autora, se constitui em um

conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Quadro 2: Estudos incluídos na revisão sobre as estratégias medicalizadoras

N	Autor(es) e ano	Título, periódico/editora, país (do periódico)	Alimento medicamento	Nutrição Personalizada
I	Lawrence e Rayner, 1998	Functional foods and health claims: a public health policy perspective, <i>Public health nutrition</i> , Reino Unido	X	
II	Chamberlain, 2004	Food and Health: Expanding the Agenda for Health <i>Psychology</i> , <i>Journal of Health Psychology</i> , Reino Unido	X	
III	Gracia-Arnaiz, 2005	Maneras de comer hoy. Comprender la modernidad alimentaria desde y más allá de las normas, <i>Revista Internacional de Sociología</i> , Espanha.	X	
IV	Laplace, 2006	Farming and food. Crossed perspectives, <i>Cahiers Agricultures</i> , França.	X	
V	Görman, 2006	Ethical issues raised by personalized nutrition based on genetic information, <i>Genes & nutrition</i> , Alemanha.	X	X
VI	Michaud e Baudier, 2007	Nutrition and prevention: Risk of medicalization of an eminently social practice, <i>Cahiers de Nutrition et de Dietetique</i> , França.	X	X
VII	Gracia-Arnaiz, 2007	Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario, <i>Salud Pública de México</i> , México		
VIII	Nerlich e Kotevko, 2008	Balancing Food Risks and Food Benefits: the Coverage of Probiotics in the UK National Press, <i>Sociological Research Online</i> , Reino Unido	X	
IX	Laplace, 2008	Nutrient profiles: A criterion for an uncompromised eligibility to claims, <i>OCL - Oleagineux Corps Gras Lipides</i> , França	X	
X	Zwier, 2009	Medicalisation of food advertising. Nutrition and health claims in magazine food advertisements 1990-2008, <i>Appetite</i> , Holanda	X	
XI	Mudry, 2010	The Poison is in the Dose: The French Paradox, the Healthy Drinker, and the Medicalization of Virtue, <i>Food, culture, & society</i> , Reino Unido	X	
XII	Anker et al., 2011	Health Branding Ethics, <i>Journal of Business Ethics</i> , Holanda	X	
XIII	Andreatta e Suárez, 2013	Entre la cocina y el laboratorio: la alimentación científica y las dietistas, <i>Salud(i)ciencia</i> , Argentina	X	X
XIV	Galesi, 2014	Towards the genomization of food? Potentials and risks of nutrigenomics as a way of personalized care and prevention, <i>Italian Sociological Review</i> , Itália	X	X
XV	de Domingo-Bartolomé;López-Guzmán, 2014	La Medicalización de los alimentos, <i>Persona y Bioética</i> , Colômbia	X	
XVI	Rodríguez Zoya, 2015	Alimentación y medicalización. Análisis de un dispositivo de cuidado personal y potenciación de la salud, <i>Sociológica México</i> , México	X	X
XVII	Viana et al., 2017	A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil, <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , Brasil	X	X
XVIII	Fournier e Poulain, 2017	Nutritional (epi)genomics: (Re)considering the food-health relationships by connecting social, biomedical and life sciences, <i>Natures Sciences Societes</i> , França		X
XIX	Fournier e Poulain, 2018	Eating According to One's Genes? Exploring the French Public's Understanding of and Reactions to Personalized Nutrition, <i>Qualitative health research</i> , Estados Unidos da América		X
XX	Demonte, 2018	Dime qué lees y te diré cómo deberías comer: Análisis de las recomendaciones alimentarias en la prensa argentina (2009-2014), <i>La trama de la comunicación</i> , Argentina		X
XXI	Davies et al., 2018	Applying a food processing-based classification system to a food guide: a qualitative analysis of the Brazilian experience, <i>Public Health Nutrition</i> , Reino Unido	X	
XXII	Gaspar e Vertheim, 2019	Entre la "salud" y la "tradición": las representaciones sociales de la dieta mediterránea, <i>Physis: Revista de Saúde Coletiva</i> , Brasil	X	
XXIII	Solans e Margulies, 2019	Políticas públicas de salud y alimentación infantil en ciudad de Buenos Aires: El rito de la entrega de leche, <i>Andes</i> , Argentina	X	

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Resultados e Discussão

O período de publicação dos 23 artigos selecionados foi de 1998 até 2019 (Quadro 2). Em relação à língua de publicação, 43,5% (n= 10) foram publicados na língua inglesa, 34,8% (n= 8) na espanhola, 17,4% (n= 4) na francesa e 4,3% (n= 1) na portuguesa.

Quanto à publicação das revistas, 60,9% na Europa (Reino Unido n= 5; França n= 4; Holanda n= 2; Itália, Espanha e Alemanha n= 1, cada); na América do Sul, 26,1% (Argentina n= 3; Brasil n= 2; Colômbia n= 1) e, na América do Norte, 13% (México n= 2; Estados Unidos da América n= 1).

Representando a variedade de abordagens do tema, analisamos as áreas de publicação das revistas, que foi ampla. Do total, 21,8% (n= 5) da área da Nutrição; 17,5% (n= 4) na Sociologia; 17,5% (n= 4) na Saúde Coletiva; 8,8% (n= 2) na Ética/Bioética e, 4,3% (n= 1) em cada uma das seguintes áreas: antropologia, agricultura, alimentação, comunicação, engenharia química, natureza, pesquisa qualitativa e psicologia.

Foram identificadas duas categorias de análise nos artigos selecionados, correspondentes a estratégias de medicalização na alimentação e na nutrição. A primeira a ser analisada diz respeito à concepção do alimento como um medicamento, enquanto a segunda à NP, que se vislumbra como uma das estratégias mais sofisticadas do contínuo e crescente processo de medicalização da alimentação. A distinção dos estudos por estratégia está disposta no Quadro 2.

Alimento como medicamento: atual paradigma hegemônico

O alimento como medicamento é a estratégia medicalizadora mais frequente, presente em 19 dos 23 artigos analisados. Nela, os alimentos são concebidos e promovidos para que sejam consumidos como se fossem medicamentos. Nesse contexto, é inevitável nos remetermos à frase “Faça do seu alimento seu medicamento e do seu medicamento seu alimento” que, segundo Cardenas (2013), é equivocadamente atribuída a Hipócrates.

O *Corpus hippocraticum*, conjunto de textos atribuídos a Hipócrates (V a.C.) descreve, já na Antiguidade, a relação entre a alimentação e a saúde (CAIRUS; RIBEIRO JR, 2005). Ainda que seja indiscutível a importância dos alimentos nesse documento histórico da medicina, é preciso esclarecer que o conceito de alimento não era confundido com o de medicamento, pois o alimento era concebido como algo que seria assimilado e constituiria o corpo, e o medicamento como aquilo capaz de mudar a natureza do corpo (CARDENAS, 2013).

Apesar do equívoco, fica evidente que a frase assumiu valor e efeitos de verdade, sendo amplamente difundida e veiculada por blogs sobre saúde, artigos científicos, artigos jornalísticos, propagandas das indústrias alimentícia e farmacêutica. A frase foi usada para provar o papel da nutrição em diferentes campos do saber e “validar e legitimar científica e eticamente os conceitos atuais de nutracêuticos ou alimentos funcionais⁴³ na Antiguidade” (CARDENAS, 2013, p. 261).

O Alimento Funcional (AF) é um dos protagonistas da nutrição funcional que, apesar de não reconhecida oficialmente pelo Conselho Federal de Nutricionistas, tem se estabelecido no Brasil como uma área de especialização, atuação profissional e divulgação de discursos por meio de congressos e da Revista Brasileira de Nutrição Funcional (CENTRO DE NUTRIÇÃO FUNCIONAL, 2021).

Não há uma definição internacionalmente consensuada para os AF (DE DOMINGO-BARTOLOMÉ; LÓPEZ-GUZMÁN, 2014; KATAN; ROSS, 2003; LAWRENCE; RAYNER, 1998; OVESEN, 1999; WHO, 2004), pois eles são definidos, conceituados e regulamentados de diferentes maneiras em cada país (ILSI, 1999). Usualmente, são definidos como alimentos que proporcionam benefícios relacionados à saúde, além da nutrição básica⁴⁴ (ILSI, 1999).

Essa definição não deixa claro o limite entre alimentos funcionais e os outros alimentos, uma vez que quase qualquer alimento pode ter efeito potencialmente benéfico sobre uma função corporal, como, por exemplo, a água de torneira, que, segundo esse critério, poderia ser considerada um alimento funcional, na medida que previne cistite e cálculos renais, ou seja, um benefício à saúde além da nutrição básica (KATAN; ROSS, 2004).

Por sua vez, Ovesen (1999) conceitua AF como “uma classe de alimentos com benefícios à saúde cientificamente comprovados, além do que se vê nos alimentos comuns” (p. 809), podendo ser *in natura* ou alimentos aos quais foram adicionados componentes específicos que promovem a saúde (nutrientes ou não-nutrientes) (CHAMBERLAIN, 2004; OVESEN, 1999).

A modificação dos alimentos naturais se dá a partir de diferentes processos tecnológicos, com diferentes graus de complexidade. Esses alimentos podem ser classificados como

⁴³ O conceito surgiu no Japão, em 1991, vinculado a um sistema de alegações de saúde para produtos específicos sob o rótulo FOSHU (*Foods for Specific Health Use*), uma estratégia do Ministério da Saúde e Bem-estar japonês devido ao aumento dos custos de atenção à saúde da população idosa do país (GRISOTTI, AVILA-PIRES, 2016; KATAN; ROSS, 2003).

⁴⁴ Essa definição é dada pela *International Life Sciences Institute* (ILSI), uma organização mundial sem fins lucrativos, associada a diversas empresas da indústria alimentícia, como por exemplo, a Ajinomoto, Bayer, Danone, FuturaGene, Herbalife, Kellogs, Pfizer, Unilever e Yakult ([Slide 1 \(ilsibrasil.org\)](https://ilsibrasil.org), acesso em 13/01/2020).

processados ou ultraprocessados. Desse modo, o AF pode ser o resultado da industrialização, do desenvolvimento e da inovação tecnológica pelos quais os alimentos passaram ao longo do século XX nas sociedades ocidentais (CHAMBERLAIN, 2004). A partir desse contexto, e marcando a presença da indústria, Nestlé (2007) conceitua ou alimentos funcionais, ou tecnológicos⁴⁵, como “produtos criados apenas para que possam ser comercializados utilizando alegações de saúde”⁴⁶ (p. 316), e Katan e Ross (2004) os definem como “um alimento rotulado que afirma explícita ou implicitamente melhorar a saúde e o bem-estar” (p. 370).

Segundo o *Codex Alimentarius*⁴⁷, uma alegação de saúde significa “uma alegação feita no rótulo, advertindo e promovendo alimentos que expressa ou implicitamente caracteriza a relação entre qualquer substância de um alimento com uma doença ou condição relacionada à saúde” (FAO, 2000, p. 2.). Vale dizer que as alegações de saúde regulamentam e normatizam, tornando-as elementos constitutivos do dispositivo medicalizador.

Anker *et al.* (2011) analisam as questões éticas relacionadas à aplicação de elementos de gestão de marcas (*branding*)⁴⁸ na saúde, no contexto europeu⁴⁹. Segundo a regulação europeia, as alegações funcionais podem ser de saúde ou de nutrição. Nesse caso, as alegações nutricionais afirmam, sugerem ou implicam que um produto alimentar tem propriedades nutricionais benéficas particulares (“contém ômega3”, “baixo teor de gordura saturada” ou “redução de sal”) (EC, 2006). As alegações de saúde afirmam, sugerem ou implicam uma relação entre o consumo de um determinado produto e a manutenção da boa saúde, promoção da saúde ou prevenção de doenças (“ômega3 é bom para o coração” ou “farelo de aveia pode reduzir o colesterol”) (EC, 2006). As alegações funcionais são componentes integrais das marcas de saúde, como, por exemplo, Yakult, uma bebida probiótica, à base de leite desnatado, inventada no Japão em 1935, apresentando, como tema dominante em suas comunicações de marketing, uma afirmação funcional para melhorar a saúde digestiva (ANKER *et al.*, 2011).

⁴⁵ Marion Nestlé (2007) usa alimentos tecnológicos e alimentos funcionais como sinônimos.

⁴⁶ Segundo o *Codex Alimentarius*, uma alegação de saúde significa “qualquer representação que declare, sugira ou implique que existe uma relação entre um alimento ou nutriente ou outras substâncias contidas em um alimento e uma doença ou condição relacionada à saúde” (LAWRENCE; RAYNER, 1998, p. 75).

⁴⁷ Ou “Código Alimentar” é uma coleção de normas, diretrizes e códigos de prática, parte central do Programa Conjunto de Normas Alimentares da FAO/OMS e foi criada pela FAO e pela OMS para proteger a saúde do consumidor e promover práticas justas no comércio de alimentos (Fonte: [Home | CODEXALIMENTARIUS FAO-WHO](#), acesso em 18/01/2021).

⁴⁸ A gestão de marcas é um conjunto de características que identifica e distingue um produto de seus concorrentes, prometendo benefícios para o consumidor, benefícios que surgirão em um processo de interação consumidor-marca (ANKER *et al.*, 2011).

⁴⁹ No Brasil, a regulação das alegações de saúde é feita pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da resolução RDC 54/2012, que “Dispõe sobre o Regulamento Técnico sobre Informação Nutricional Complementar” (BRASIL, 2012).

A visão do alimento como medicamento envolve tanto o *in natura* quanto o industrializado, pois ambos estão construídos sob a mesma racionalidade, e visão nutricionalizadora da alimentação. Porém, os efeitos em termos de marketing e de consumo não são os mesmos, como veremos adiante.

Outros termos utilizados, mais ou menos equivalentes, são os alicamentos, alimentos tecnológicos e nutracêuticos. *Alicaments*, traduzido por alicamentos, é um termo baseado na contração de alimento e medicamento e refere-se a produtos com qualidades dietéticas especiais (POULAIN, 2002). Gracia-Arnaiz (2005) destaca os grandes investimentos publicitários por parte da indústria de alimentos para tornar os produtos atrativos para os consumidores, promovendo-os como AF ou alicamentos, com benefícios à saúde, mostrando que a medicalização é resultado de interações complexas entre diferentes atores sociais, dentre eles a indústria alimentícia, que torna esse processo muito rentável. Os alimentos tecnológicos são produtos nutricionalmente melhorados, projetados pela indústria alimentícia, para que possam ser comercializados, considerando as alegações de saúde (NESTLÉ, 2007).

A palavra "nutracêuticos" é formada pela fusão de "nutrição" e "produtos farmacêuticos", e denota o estudo de alimentos com efeitos benéficos sobre a saúde (GALESI, 2014). Os nutracêuticos também são considerados alimentos de fronteira, pois lhes são atribuídas pretensas qualidades preventivas e terapêuticas, equiparando-os a verdadeiros medicamentos.

Exemplos de nutracêuticos são produtos alimentares para pessoas com doenças específicas, que criam nichos de mercado, como o sal "Cardia" (teor reduzido de sódio e potássio e magnésio aumentado), direcionado para o controle da hipertensão arterial; "NiteBite" que é uma barrinha (com alto teor de carboidratos), que visa prevenir a hipoglicemia noturna em diabéticos; "Heart Bar" é outra barra (contém o aminoácido L-arginina) e tem, como objetivo, reduzir as dores anginosas. Existem muitos produtos desse tipo e funcionam para produzir uma correspondência entre doenças, tratamento e alimentação (CHAMBERLAIN, 2004).

Outras formas de fazer referência aos produtos alimentícios com supostos potenciais de melhoria à saúde, identificados por de Domingo-Bartolomé e López-Guzmán (2014), foram "agente quimiopreventivo", "farmalimento". O primeiro relacionado à prevenção de câncer e o segundo, à contração de fármaco e alimento.

Esses neologismos se referem a alimentos que desempenham uma função terapêutica ou preventiva (KOTEYKO, 2010), tornando os alimentos medicamentos (GALESI, 2014). Constatou-se que, na concepção funcional da alimentação, o alimento é entendido como um medicamento, com fins preventivos ou terapêuticos. É sugerido que esses benefícios são

conferidos por uma variedade de técnicas de produção e processamento, incluindo a fortificação com nutrientes específicos, fitoquímicos ou micro-organismos ativos (LAWRENCE; RAYNER, 1998), como no caso das bactérias probióticas⁵⁰.

Nerlich e Koteyko (2008) analisaram como a imprensa nacional do Reino Unido retratou os probióticos nas duas últimas décadas do século XX. Após as crises alimentares do final dos anos 1980⁵¹, os consumidores tiveram interesse crescente em alimentos orgânicos, naturais e nos probióticos ou bactérias amigáveis. A mídia fez a conexão entre ciência, política e consumo popular, e, dessa forma, os microrganismos passaram de uma representação ameaçadora para uma protetora da saúde. Nas manchetes dos jornais, as bactérias deixaram de ser agentes ligados a diferentes doenças associadas à pecuária para se tornarem benéficas, sendo aconselhadas para promover saúde e bem-estar (NERLICH; KOTEYKO, 2008). A representação das bactérias como perigosas e mortais, construída e reforçada pelas ideias e práticas higienistas, deu lugar a uma representação benéfica, estimulada pela mídia e pela ciência.

Segundo essa lógica, os probióticos, quando adicionados a alimentos, tornam-os funcionais. De acordo com Nerlich e Koteyko (2008), os probióticos têm um status incerto entre alimentos e medicamentos, como também entre alimentos naturais e manipulados. O uso de probióticos, ainda hoje, é ambivalente, em função do status incerto para ser definido como produto natural ou cientificamente desenhado. Além disso, o consumo de probióticos pode ocorrer por meio dos AF, ou de suplementos em cápsulas, embaçando ainda mais a hipótese que sustentamos.

O Actimel e o Yakult são exemplos de marcas comerciais de leite fermentado acrescido de probióticos, cujos benefícios alegados são de "ajudar a reforçar o efeito de barreira da parede intestinal para que os germes não possam entrar" (ZOYA, 2015) e o de promover "uma boa saúde intestinal", sendo comercializados em embalagens múltiplas, com doses diárias (CHAMBERLAIN, 2004), aproximando a indicação posológica como a utilizada para os medicamentos. Por sua vez, fazendo uma analogia com o conceito de refúgio imaginário de Szasz (2007), a suposta proteção que os probióticos ofereceriam, para, dessa forma, gerar um sentimento de segurança e de proteção com relação aos perigos do mundo moderno.

A sociedade, ressalte-se, é alvo do que Nerlich e Koteyko (2008) designam como bioterrorismo, estratégia que medicaliza a sociedade e os indivíduos numa luta constante pela

⁵⁰ De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2002), nas Diretrizes para a Avaliação de Probióticos em Alimentos, probióticos são "microrganismos vivos que, quando administrados em quantidades adequadas, conferem um benefício de saúde ao hospedeiro" (p. 8).

⁵¹ Nesse período, ocorreram os primeiros casos de Encefalopatia Espongiforme Bovina, surtos de salmonela, de *Campylobacter* gastroenterite, *Listeria*, *E.Coli* e até botulismo (NERLICH; KOTEYKO, 2008).

saúde e bem-estar. Cabe ainda dizer que a crescente popularidade dos probióticos como medicamentos gerais pode ser vista como parte da tendência geral da medicalização de áreas inteiras da vida moderna, que vão desde a compra de alimentos até o cozinhar e o comer (NERLICH; KOTEYKO, 2008).

A indústria produz e modifica os componentes que são incorporados aos alimentos para gerar uma função diferencial ou potencializar o efeito esperado por seu consumo (ZOYA, 2015, p. 213). Exemplo disso é a produção de laticínios, em que se produz uma série de leites enriquecidos com cálcio extra, vitaminas e minerais, ou quando cria novos componentes alimentares, como o ActiRegularis ou *L. Casei Defensis*, adicionados a iogurtes para auxiliar e controlar funções e estados orgânicos, como o trânsito intestinal ou o reforço do sistema imunológico, respectivamente (ZOYA, 2015).

Outro alimento considerado funcional, comercializado para a população em geral, é a margarina acrescida de fitosteróis⁵² para controle do colesterol. Ela é promovida para consumidores que se preocupam com a saúde, com recomendações de dosagem (de 2 a 3 doses de aproximadamente 25 gramas, diariamente), transformando um alimento diário em medicamento para quem busca reduzir o colesterol (CHAMBERLAIN, 2004).

Percebe-se, assim, a clara vinculação da indústria alimentícia com os alimentos processados funcionais e o marketing de venda por meio da necessidade de rotular os alimentos para poder vendê-los facilmente, valendo-se de alegações de saúde. Novamente, é importante salientar que tanto os alimentos funcionais provindos da indústria alimentícia quanto os naturais estão submetidos ao discurso moralizante, medicalizante e salutarista. Apesar de os produtos alimentares receberem mais atenção devido às campanhas milionárias de marketing, ambos estão sob a mesma lógica discursiva medicalizadora.

É preciso ressaltar que a rotulagem também é construída pela necessidade de informar os componentes do produto ao consumidor. A questão problemática é que a legislação regulamenta que as alegações podem ser utilizadas como uma forma de promover o produto, passando a ideia de que, por determinada funcionalidade anunciada no rótulo, ele é melhor do que o outro. Somada a essa ideia de suposta qualidade superior, está a busca de pessoas por certezas de que o que consomem está de acordo com os padrões e expectativas relacionados ao imperativo da saúde e da alimentação saudável, efeito provocado pela medicalização.

⁵² Compostos naturais presentes nos alimentos vegetais que reduzem o colesterol sérico por sua capacidade de reduzir a absorção de colesterol no intestino (BRICARELLIO, 2019).

A comida é uma mercadoria que gera grande lucro e, é por isso, que atrai investimentos para pesquisa, produção, campanhas publicitárias e comercialização. No caso dos AF, as indústrias alimentícia e farmacêutica se sobrepõem. Assim como no começo foi constituído o complexo médico-industrial, atualmente vivemos a consolidação de um novo complexo industrial, o qual podemos chamar de “farmacoalimentar”.

A publicidade de alimentos retrata, cada vez mais, os alimentos como um tipo de medicamento, e essa chamada medicalização da publicidade de alimentos “pode promover imagens de corpos e mentes como defeituosos, a menos que sejam remediados pelos produtos anunciados” (ZWIER, 2009, p. 109). Esse processo ocorre por meio de alegações nutricionais (por exemplo, gorduras, fibras, ômega-3) e/ou de saúde (por exemplo, fortalecimento dos ossos, redução do risco de doenças cardíacas) (ZWIER, 2009). As alegações selecionadas para constar em rótulos e em anúncios são estratégias para destacar atributos específicos dos produtos alimentares, em detrimento de outros. Um biscoito, por exemplo, pode ter mais cereais integrais, mas isso não significa que seu valor nutricional melhorou, pois ele pode conter mais açúcares e gorduras saturadas, o que não foi mencionado, não refletindo em efeitos na saúde ao longo dos anos (ZWIER, 2009).

Os alimentos funcionais inauguram a ideia de que existem “alimentos bons”, contradizendo um dos pilares da nutrição em saúde pública, o de considerar a dieta total e não os produtos alimentares isolados, como determinantes da saúde (LAWRENCE; RAYNER, 1998). A esse respeito, as bases dos estudos que determinam as alegações de saúde são questionadas, bem como sua generalização para populações e o uso abusivo por parte do marketing, que tem como efeito confundir ou eliminar a distinção entre alimentos e medicamentos (LAWRENCE; RAYNER, 1998).

Ao afirmar que “o desenvolvimento de alegações de saúde é ligado com o desenvolvimento dos alimentos funcionais” (WHO, 2004, p. 5), a forte relação entre os AF e as alegações de saúde é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde. Esses alimentos precisam ser aprovados pelas agências reguladoras de cada país, a fim de que a indústria alimentícia possa usar as alegações de saúde em seus produtos e nas estratégias de marketing.

Pode-se dizer que há uma pressão intensa da indústria sob os órgãos reguladores, que alegam que a pesquisa e o desenvolvimento de alimentos funcionais só terão continuidade se as alegações puderem ser usadas (LAWRENCE; RAYNER, 1998). Esses autores afirmam que um dos desafios enfrentados pelos reguladores de alimentos encarregados de formular políticas sobre esse tópico é a falta de evidências empíricas disponíveis. Eles ainda destacam que o

debate e a tomada de decisões associados à agenda de reivindicações de alimentos funcionais e saúde são frequentemente baseados em suposições (LAWRENCE; RAYNER, 1998).

Uma série de vetores (linhas de força) relacionados à medicalização vinculam os alimentos funcionais à indústria, ao marketing, aos consumidores a quem são dirigidos os discursos, às ciências da nutrição e dietética (tanto em relação à prática clínica, quanto às declarações feitas em seu nome, a fim de fornecer a base para o desenvolvimento e a comercialização de produtos alimentícios) e aos meios de comunicação nos quais circulam esses discursos, que os replicam e que modulam as práticas alimentares (ZOYA, 2015). Em especial, a “indústria alimentar intervém [...] tanto no que diz respeito aos alimentos funcionais – que hoje caracterizam a sua produção – como nas estratégias de marketing que a mesma mobiliza para a comercialização, a criação e a expansão dos mercados de consumo de seus produtos” (ZOYA, 2015, p.6, tradução nossa).

Essas intervenções levam a alimentação e a saúde “à condição de mera mercadoria e não como um direito do cidadão de sentir-se bem” (VIANNA *et al.*, 2017, p.453). Nesse mercado, em que a própria saúde é objeto de consumo, os alimentos são usados com caráter terapêutico para resolver situações que não são estritamente médicas, mas sociais ou antropológicas, confirmando o que estamos sustentando ao longo deste trabalho, denotando a medicalização dos alimentos (DE DOMINGO -BARTOLOMÉ; LÓPEZ-GUZMÁN, 2014).

Viana *et al.* (2017) chamam a atenção para a ausência de informações a longo prazo sobre a segurança dos alimentos funcionais, se eles influenciam a eficácia e a adesão aos tratamentos médicos, além do fato de seu mercado ser impulsionado por empresas na necessidade crescente de diversificar produtos em um mercado saturado de alimentos. Além disso, esses autores destacam que os AF

ou nutracêuticos adquiriram, dentro da idealização de sistemas alimentares, equivalência axiológica às drogas medicamentosas, aproximando as ideias de medicalização da alimentação e farmacologização desta. Assim, há que se considerar também o surgimento de práticas alimentares constituídas sobre o pressuposto de que há uma racionalidade alimentar e nutricional consolidada pela expertise em torno do conceito de alimentos funcionais, a qual parece legitimar a grande utilização de produtos promovidos pelo merchandising de alimentos que possam ser enquadrados na categoria de funcionais (VIANA *et al.*, 2017, p. 452).

Em sociedades que reforçam a tendência à individualização e à medicalização do uso preventivista da dieta, os agentes econômicos da cadeia alimentar (produtores, intermediários, indústria alimentícia, distribuidores) têm a necessidade e o imperativo de expandir e encontrar novos mercados (MICHAUD; BAUDIER, 2007). Para que isso ocorra, os indivíduos devem

consumir tanto os alimentos existentes quanto os “novos” (aspas do autor) que correspondam a necessidades particulares de nichos de mercado.

Nas palavras de Michaud e Baudier (2007, p. 132), “esta segmentação, reforçada pela publicidade, alimenta o sentimento coletivo da possibilidade de ter produtos feitos sob medida”. Foram desenvolvidas estratégias de marketing, baseadas nas alegações de saúde dos produtos, ou alicamentos, com rotulagens do tipo “sem glúten”, “menos sódio”, “menos calórico”, “aumenta a imunidade”, “fonte de”, “com adição de”, dentre outros. Tal estratégia comercial “reforça a ideia de que os alimentos podem ser manuseados como diversão e pode, se o fabricante assim o desejar, aproximar-se de um medicamento que garanta ao consumidor uma boa saúde” (MICHAUD; BAUDIER, 2007, p. 132). Assim, a indústria contribui para a medicalização dos alimentos, e dá a impressão de poder dispor de alimentos que atendam a preocupações individuais (MICHAUD; BAUDIER, 2007).

Em oposição à indústria e em defesa da agricultura, Jean-Paul Laplace (2006) destaca que a alimentação passa por uma infeliz medicalização, em uma sociedade que está chegando a uma verdadeira prescrição de alimentos com recomendações médicas. Ele destaca o papel da indústria alimentar, que acompanha essa tendência como uma fonte de valor agregado e lucros consideráveis, porém alerta que essa evolução

é a negação de todos os valores culturais essenciais que são inerentes à alimentação. Comer cientificamente e confiar em tabelas de composição é uma tarefa contínua, nos antípodas do prazer e do convívio que acompanham nossas práticas alimentares. Esta evolução aproxima um pouco mais os alimentos de um medicamento quase sujeito a receita médica e afasta-os do uso espontâneo regulado pela fisiologia. Diante desta tendência desastrosa, mas forte em nossa sociedade, é essencial preservar o forte vínculo visceral que une os comedores aos seus alimentos, um portador de identidade em virtude do ditado frequentemente verificado "Eu sou o que como". A agricultura e os alimentos devem lutar solidariamente para dar a conhecer a origem de nossos alimentos, como eles são produzidos ou fabricados, o que eles fornecem e como melhor utilizá-los; porque aprender sobre nossos alimentos é ao mesmo tempo aprender sobre nós mesmos, o mundo e os outros (LAPLACE, 2006, p. 377).

No artigo *Nutrient Profiles* (2008), Laplace mantém a defesa dos alimentos *in natura*, dizendo que, como cientista, está atento às funcionalidades dos alimentos. Para ele, a pera colhida da árvore, a cenoura arrancada do chão, o pedaço de carne nas mãos do açougueiro e a tigela de leite cru recém ordenhado também tem imensas qualidades e, portanto, mereceriam uma alegação. O autor destaca que os alimentos naturais são tão ou mais funcionais que os processados ou ultraprocessados rotulados com alegações de saúde e medicalizados, provindos da indústria. Ele satiriza, afirmando que a indústria ainda não pensou em colocar rótulos nas batatas, e que “orgânicos” são a máxima reivindicação na mente dos consumidores na

atualidade. Finaliza, ressaltando que os alimentos rotulados com alegações de saúde “se tornaram indigestos para nossas cabeças” (LAPLACE, 2008, p. 6), e que a rotulagem não deve levar as pessoas a acreditarem que a qualidade não existia antes das alegações serem estabelecidas e que, ao contrário, a qualidade ancestral dos alimentos deve ser preservada.

Corroborando com Laplace (2008), o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) destaca a importância dos alimentos *in natura* na alimentação do brasileiro, mesmo que não tenham publicidade atrelada.

A modernização e a fragmentação, tanto de corpos como de alimentos, são características da produção de saberes relacionadas à medicalização dos alimentos. As ciências da nutrição e a tecnologia dos alimentos têm papel e autoridade de explicar a composição dos alimentos, a resposta metabólica e fisiológica do corpo à dieta, e determinar a combinação de alimentos para uma alimentação saudável (ZOYA, 2015). De acordo com a lógica médico-nutricional, o valor dos alimentos está nos nutrientes que se isolam a partir de sua fragmentação (prática ou conceitual) (GUIDONET, 2007), independente do alimento em que os nutrientes se encontrem. Sendo assim, os alimentos são qualificados a partir do valor agregado por seus fragmentos (vitaminas, fibras, óleos, proteínas, minerais etc.), sejam adicionados por modificação técnica ou constituintes naturalmente dos alimentos. A geração de conhecimento e de visibilidade sobre tais fragmentos é indissociável do processo de processamento de alimentos, porém é importante deixar claro que, além da produção industrializada, essa fase envolve o tratamento técnico científico de alimentos em laboratório, e mais do que a modernização dos alimentos, trata-se da modernização dos fragmentos alimentares (ZOYA, 2015).

O mercado conta com os comestíveis fragmentados e tecnificados, ou seja, alimentos medicamentosos, para o controle do corpo e da saúde em um modelo de cuidado pessoal, privado e personalizado. Isso porque, apesar de serem produzidos em massa, sua comercialização torna visíveis demandas específicas (ZOYA, 2015).

Segundo Rose (2013), o

‘estilo de pensamento’ da biomedicina contemporânea considera a vida no nível molecular como uma série de mecanismos vitais inteligíveis entre entidades moleculares que podem ser identificadas, isoladas, manipuladas, mobilizadas, recombinadas, em novas práticas de intervenção, que não estão coagidas pela aparente normatividade de uma ordem vital natural (ROSE, 2013, p. 19).

A medicalização do benefício de um alimento também é enquadrada na medicalização dos alimentos. Mudry (2010) cita um artigo publicado no *The Lancet*, no ano 1992, intitulado “*Wine, alcohol, platelets, and the French Paradox for coronary heart disease*”, no qual se evidenciou a capacidade do vinho em reduzir a incidência de doenças cardíacas. Desde então,

essa bebida foi quantificada e reduzida a seus ingredientes ativos pela pesquisa científica, definida como um componente medicalizado de uma dieta saudável, além de transformar o bebedor em paciente medicalizado. A invenção do bebedor saudável é um exemplo de medicalização. Nesse processo, são identificados desvios e discursos que são internalizados (provindos das instituições científicas e médicas), nos quais as noções de doença e de saúde preparam o terreno para uma forma mais sutil de autodisciplina ou de autocontrole, e os indivíduos podem avaliar e julgar seu próprio comportamento (MUDRY, 2010).

É pertinente questionar que, assim como o paradoxo francês foi medicalizado por meio do vinho, outras práticas alimentares passam pela mesma lógica medicalizadora, como por exemplo, a dieta do mediterrâneo (GASPAR; VERTHEIN, 2019), o feijão com arroz brasileiro, dentre outros. Tudo isso no intuito de estabelecer relações com a saúde e pela racionalidade médico-nutricional justificar práticas já estabelecidas culturalmente. Assim, não se medicaliza uma doença, problema, deficiência, desvio ou anormalidade, mas sim um benefício, vantagem ou ganho. Nesse caso, o próprio paradoxo francês é medicalizado, e os cientistas buscaram uma explicação médica para os benefícios derivados de ser francês (esquecendo, assim, todas as outras vantagens potenciais de ser francês), objetivando não estigmatizar um vício, mas racionalizar uma virtude: o autocontrole virtuoso (MUDRY, 2010).

Encontrar os elementos científicos funcionais e medicamente úteis no vinho tornou-se um campo de pesquisa em expansão. Buscou-se quantificar o nível desejado de flavonóides para fazer afirmações prescritivas sobre quanto e que tipo de vinho consumir. O novo discurso de quantificação permitia julgar a qualidade de um vinho não em seu *bouquet*, em sua região ou em sua safra, mas em sua concentração de flavonóides. Nesse contexto, encontrar o vinho "certo" não significava mais combiná-lo com a comida certa para uma refeição, mas que uma "boa" garrafa de vinho tinha flavonóides suficientes com benefícios comprovados para a saúde. Esse tipo de trabalho permitiu que a mídia reduzisse facilmente o vinho às suas características médicas, tornando público o processo de medicalização em curso no interior (MUDRY, 2010).

A cientifização e a medicalização do vinho mostram que o uso dos discursos científicos para quantificar ingredientes culturais ou mesmo experiências que possam ter benefícios a saúde faz com que as pessoas sigam esses comportamentos e tornem-se pacientes virtuosos. Ainda que não doentes, são encorajados a se comportar de maneiras específicas para a garantia de seu bem-estar (MUDRY, 2010). Pode-se entender o paciente virtuoso como dócil e obediente? Ou melhor, normalizado?

Por sua vez, Chamberlain (2004) identificou outras aproximações entre alimentos e medicamentos, os produtos de substituição de refeições, os suplementos, os tratamentos

naturais a base de ervas e os produtos para estilo de vida. Os produtos de substituição total de refeições (shakes) são comercializados em supermercados, lojas específicas ou farmácias, substituem a refeição como entidade social e prometem uma nutrição “completa e balanceada”, preparada sob orientação nutricional específica. Nesse caso, tanto faz estar em uma farmácia, supermercado ou lojas especializadas. Em certo sentido, a “refeição” se torna uma prescrição, e o consumidor escolhe apenas o sabor (CHAMBERLAIN, 2004).

O aumento na comercialização e no consumo de suplementos dietéticos apresenta uma ligação mais explícita, já que os produtos são apresentados na forma de pílulas e comprimidos, com instruções de dosagem de contra-indicações. Inúmeras combinações de vitaminas e minerais estão disponíveis como “tratamentos” para uma série de “condições” (CHAMBERLAIN, 2004). A fronteira entre suplementos dietéticos e tratamentos 'naturais' e a base de ervas para 'doenças' específicas é particularmente intrincada e problemática para reguladores governamentais e consumidores. Por estilos de vida, outros produtos relacionados à dieta oferecem suplementos, como bebidas de reposição eletrolítica para a classe média que se exercita e para fisiculturistas, muitos dos quais têm dietas consideravelmente diferentes do normal (CHAMBERLAIN, 2004).

Deve-se observar que a medicalização dos alimentos para a população em geral não é nova. Muitos países adicionaram flúor à água, iodo ao sal e folato à farinha. Apesar da controvérsia em alguns casos, em todos os casos se relacionam os alimentos a medicamentos e à saúde, aumentando a complexidade dos alimentos como um objeto cultural contemporâneo (CHAMBERLAIN, 2004).

Mesmo que guias populacionais estejam relacionados à normalização do comer (compondo uma estratégia biopolítica), o novo Guia Alimentar da População Brasileira, por um lado aplica um novo sistema de classificação, baseado no processamento de alimentos, demarcando uma resistência à presença da indústria alimentar na alimentação do brasileiro. O guia apresenta uma regra de ouro, ou seja, “Prefira sempre alimentos in natura ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados” (BRASIL, 2014, p. 47).

Durante a consulta pública de elaboração do material, os pesquisadores identificaram uma série de argumentos, enviados por setores da indústria e de associações ligadas aos alimentos, com uma visão medicalizada da alimentação, focada na função e quantificação dos nutrientes e seu papel na fisiologia corporal, denotando fortemente a presença do modelo biomédico (DAVIES *et al.*, 2018). Esses argumentos foram usados para questionar a nova proposta de classificação dos alimentos, construída com base no processamento dos alimentos e na abordagem qualitativa do guia. Os autores discutem a medicalização das ciências

nutricionais, que situa os alimentos na prevenção de doenças e na promoção da saúde, dando aos mesmos características de medicamentos, desvalorizando o ato simbólico e social do comer (DAVIES *et al.*, 2018).

Analisando uma política pública de saúde e de alimentação na cidade de Buenos Aires, no rito de entrega do leite, Solans e Margulies (2019) identificaram duas dimensões da medicalização. Quanto a esses aspectos, segundo as autoras,

em primeiro lugar envolve considerar os alimentos em termos terapêuticos em contextos clínicos e em relação a uma patologia real ou potencial, aqui as prescrições nutricionais são formuladas pelo profissional de saúde no contexto da consulta médica. A segunda, chamada de "nutricionalização", corresponde à disseminação de informações nutricionais na sociedade por meio de diferentes canais, como a imprensa escrita, a televisão, bem como campanhas de educação em saúde. Nesse caso, a medicalização dos alimentos não se enquadra na ordem da terapêutica e na relação médico-paciente, mas, sim, na ordem de prevenção, promoção e educação em saúde da população (SOLANS; MARGULIES, 2019, p. 18-19).

O leite, como destaca a assistente social responsável pela distribuição, é “forte”, uma vez que é fortificado com arroz, zinco, vitamina C, sendo indicado para as lactantes como um suplemento dietético e proibidos para bebês menores de seis meses (SOLANS; MARGULIES, 2019). Essa situação faz parte de um processo mais amplo de medicalização, em que os alimentos gradualmente se tornam medicamento, ou seja, associados à "boa saúde" à ou prevenção de doenças, em vez de responder à necessidade de satisfazer a fome ou de fornecer energia, entre outras funções alimentares (SOLANS; MARGULIES, 2019). Em contrapartida, às mães eram solicitadas obediência e sujeição ao poder médico, mediante ao aceite de que “um dos efeitos da implantação do ‘ritual’ é reforçar seu lugar como responsável ‘natural’ e cuidador de seus filhos(as) e, sobretudo, como uma questão moral de subordinação às prescrições e prescrições médicas para ser uma ‘boa mãe’ e realizar uma maternidade adequada” (SOLANS; MARGULIES, 2019, p.19).

Os argumentos até aqui apresentados permitem, de um lado, reconhecer que a concepção do alimento como medicamento cria uma relação de poder desigual entre a indústria “farmacoalimentar” e o consumidor, entre o Estado e as populações, como ainda entre os profissionais de saúde e os indivíduos. De outro lado, o peso da racionalidade médico-nutricional deixa em situação de desamparo, além de limitar as possibilidades de escolha baseadas em outras lógicas e racionalidades. Afinal, o alimento como medicamento é uma estratégia medicalizadora com efeitos eficazes na subjetividade das pessoas.

Nutrição Personalizada: paradigma do futuro

A prescrição dietética é um ato privativo do nutricionista, conforme a Lei 8234/1991 (BRASIL, 1991), na qual são utilizados métodos e técnicas terapêuticas específicas, considerando que a Dietética e a Dietoterapia, ramos da ciência da Nutrição Humana, têm por objetivo preservar, promover e recuperar a saúde (BRASIL, 2003).

O Tratado de Nutrição e Dietoterapia (ROSSI; POLTRONIERI, 2019) é um texto de referência para os nutricionistas no Brasil. No capítulo “Planejamento dietético nos ciclos da vida I, da infância ao envelhecimento”, dieta “refere-se ao somatório de todos os alimentos e bebidas ingeridos por um indivíduo ao longo do dia” (PHILIPPI; AQUINO; LEME, 2019, p. 332).

Dentro do planejamento alimentar realizado por nutricionistas, pretende-se “incluir alimentos considerando as condições fisiológicas, emocionais, culturais, econômicas, ambientais sociais do indivíduo e o prazer de comer, emergindo como um importante indicador de saúde” (PHILIPPI; AQUINO; LEME, 2019, p. 332). Dois pontos são importantes destacar. O primeiro é que, usualmente, quando a dieta é prescrita pelo nutricionista, “a seleção e o consumo dos alimentos são organizados por razões médico nutricionais e não por razões pragmáticas, simbólicas ou sociais” (ZOYA, 2015, p. 205). O segundo, apesar do caráter inclusivo dessa definição, consideramos importante também fazer referência às exclusões desnecessárias, fundamentadas nesses mesmos motivos.

Para fins deste trabalho, define-se dieta como um tipo de intervenção, podendo ser realizado pelo profissional nutricionista, médico ou auto aplicado.

Andreatta e Suárez (2013) se propuseram a investigar as origens da alimentação científica e o processo de medicalização da alimentação. A nutrição se inscreve entre a medicina social e a higiene, assumindo, no que se refere à alimentação, inquietações com respeito à saúde, plenitude física e perfeição moral. Nesse processo, a alimentação tem “um efeito civilizador sobre trabalhadores, camponeses, mães e filhos, difundindo-se desde o laboratório, a escola e o lar” (ANDREATTA; SUAREZ, 2013, p. 158). As dietistas surgem a partir da divisão e especialização do trabalho nos hospitalares (*op. cit.*). Isso resulta na primeira evidência da relação entre nutrição, higienismo e medicalização. As autoras também fazem referência a como a nutrição foi se tornando uma ferramenta de Estado, intervindo na alimentação da população para aumentar a capacidade laboral e a força de guerra.

Os primeiros estudos sobre as necessidades nutricionais diárias tomaram como exemplo os corpos de trabalhadores e de soldados, que se tornaram objeto da biopolítica. Já em 1932, o Comitê de Saúde da Liga das Nações padroniza a nível internacional as necessidades dietéticas

e elabora escalas de adequação para diferentes estratos populacionais (idade, sexo e ocupação). Desse modo, a alimentação, antes regida por critérios culturais e tradicionais, passa a ser determinada pelos especialistas em nutrição. Vale dizer que Gracia-Arnaiz (2005), baseada em trabalhos antropológicos, afirma que as estratégias de medicalização relacionadas com o estabelecimento de dietas equilibradas e padronizadas são intervenções sobre populações sob as quais se exerce domínio.

Vivenciamos uma crescente globalização dos padrões alimentares a partir da II Guerra Mundial. Nos Estados Unidos, é criado o “Comitê para estudos dos hábitos alimentares” (tradução nossa), que, sob a figura de ajuda alimentar a países de cultura diferente, tinha como objetivo que os militares norte-americanos que, porventura, fossem deslocados para esses países não sofressem riscos. A partir da WHO e da FAO, é permanente a concepção, para a aplicação de políticas sanitárias internacionais, de modelos alimentares e dietéticos padronizados, e de recomendações nutricionais (GRACIA-ARNAIZ, 2005). A concepção de controle da alimentação, por meio de dietas, está presente em níveis populacionais ou individuais. De uma ou outra forma, são intervenções biopolíticas.

A seguir, apresentaremos a chamada Nutrição Personalizada, que, a nosso entender, se trata de uma estratégia sofisticada⁵³ de medicalização da alimentação. Dos 23 artigos analisados, ela esteve presente em 09.

Programas e políticas de saúde têm sido implementados no mundo todo, com o objetivo de melhorar o estado nutricional e prevenir o desenvolvimento de doenças não transmissíveis relacionadas à dieta (WHO, 2013). Em geral, elas se traduzem por recomendações dirigidas à população, a fim de aumentar o consumo de frutas e de vegetais, além de reduzir gorduras, sal e açúcar. Visando a mudanças comportamentais de consumo alimentar, esse estilo de intervenções se mantém dentro dos parâmetros da tradição higienista e de estratégias de padronização e normalização.

Com a conclusão do Projeto Genoma Humano, em 2003, surge um novo paradigma e, com ele, a possibilidade de aplicar esses conhecimentos no campo da ciência da Nutrição. É a

⁵³ Outra forma sofisticada de medicalização em curso é a concepção da alimentação hedônica “em excesso” como um vício e a fusão desse diagnóstico à obesidade. Ou seja, o “vício alimentar como fenótipo clínico associado a critérios genéricos de diagnóstico de distúrbios relacionados a substâncias que são aplicados a alimentos cotidianos e problemas com a alimentação” (FINLAYSON, 2017, p. 1). Apesar de não ser um conceito validado (não consta nos sistemas de classificação de diagnóstico de doenças mentais), não ter nenhuma prova científica clara em humanos, e de não haver acordo sobre os supostos sintomas de dependência, há cada vez mais publicações a respeito. A concepção de vício alimentar é a medicalização total de comportamentos alimentares associados ao prazer (FINLAYSON, 2017).

partir disso que se desenvolve um tipo de intervenção capaz de individualizar prescrições dietéticas, usando dados e fenotípicos, cujo objetivo principal é reinventar sistemas de diagnóstico, de prevenção, assim como de manejo de doenças não transmissíveis relacionadas à dieta, identificando com maior precisão as características genéticas e epigenéticas (FOURNIER; POULAIN, 2018).

A Nutrição Personalizada (NP) é um tipo de aconselhamento e prescrição dietética. Baseia-se em testes genéticos (GORMAN, 2006), adaptando as práticas alimentares, segundo o patrimônio genético e fatores de risco associados (FOURNIER; POULAIN, 2017).

Com o avanço da genética, da genômica e da nutrigenômica, surge, segundo Galesi (2014), a promessa de dietas mais eficazes. Diante disso, cabe nos perguntarmos a que modelo de eficácia esse tipo de dietas pretende dar resposta. Cria-se, portanto, expectativas de que, dentre outras consequências, o planejamento baseado em genes teria importantes efeitos na prevenção de doenças crônicas (FOURNIER; POULAIN, 2018). Para alguns autores, essa promessa não foi cumprida, uma vez que o desenvolvimento epigenético⁵⁴ evidenciou que genoma e o ambiente interagem de maneira complexa (FOURNIER; POULAIN, 2017).

A genômica nutricional abrange a nutrigenética (influência dos genes nas respostas às práticas alimentares), a nutrigenômica (influência das práticas alimentares na expressão gênica) e a nutriepigenética (marcas epigenéticas que o ambiente alimentar deixaria nos genes, modificando sua expressão), conforme explicam Poulain e Fournier (2017). Esses campos de investigação, cumpre dizer, dão lugar às aplicações biomédicas a níveis individual e populacional (como no caso de grupos étnicos que possuem determinações genéticas em comum e específicas) (GORMAN, 2006; POULAIN; FOURNIER, 2017).

A nutrigenômica adota e desenvolve a abordagem epistemológica biomédica, que estuda a doença e seu tratamento à luz das dimensões biofisiológicas. Pode ser entendida como uma forma de cuidado personalizada e de prevenção de doenças (em uma semântica cada vez mais biológica, priorizando as interações entre os nutrientes e a estrutura genômica do indivíduo). Isso é um indicativo da crescente medicalização da dieta, já que o consumo dos alimentos que compõem a rotina cotidiana é substituída por uma dieta que pressupõe significados relacionados à ideia de tratamento, prevenção e melhoria da saúde (GALESI, 2014). Porém, o seu desenvolvimento provocou mudanças radicais em outra esfera simbólica, que diz respeito ao significado sociocultural da alimentação (GALESI, 2014).

⁵⁴ Epigenética, um termo formulado pela primeira vez em 1942, está preocupado com o que acontece "nos" genes (épi que significa "ligado" em grego) e não em sua sequência (FOURNIER; POULAIN, 2017, p. 7).

Efeitos sobre a subjetividade aparecem a partir de responsabilização dos indivíduos em escala individual, intergeracional e política. Também com efeitos no laço social, ao desagregar modos de regulação social da alimentação, são elencados os principais desafios para a NP. Nessa lista, estão presentes a medicalização dos alimentos, a responsabilidade sobre o armazenamento, a circulação, o uso e a comunicação dos dados e informações genéticas, bem como a reativação de debates sobre a eugenia (FOURNIER; POULAIN, 2017; 2018).

Uma das formas de responsabilização associada à NP é a transgeracional. Para uma melhor compreensão, vale recorrer a Fournier e Poulain (2018). Esses autores realizaram uma pesquisa⁵⁵, objetivando entender a resistência à mudança de comportamentos alimentares a partir da identificação de potenciais agravos à saúde.

Em parte do desenvolvimento dessa pesquisa, os participantes foram resistentes à medicalização dos hábitos culturais alimentares. Quando os pesquisadores solicitaram que os voluntários imaginassem ter recebido o resultado de um teste genético que apresentasse um efeito adverso ao consumo de queijo, a maioria respondeu que, mesmo tendo essa fragilidade e risco, não deixariam de consumi-lo. Porém, mudariam de ideia, caso isso tivesse impacto positivo na saúde futura de seus filhos. Esse resultado, cabe destacar, abre inúmeras possibilidades de estratégias de subjetivação e de manipulação para tornar muito mais eficiente a medicalização da nutrição e da alimentação.

A epigenômica nutricional enfatizou os efeitos do ambiente alimentar na expressão dos genes e na transmissão potencial dessa informação epigenética⁵⁶ em nível intergeracional. A aplicação desse conhecimento está na campanha de conscientização pública, denominada "Primeiros mil dias de vida⁵⁷" (período periconcepcional + gravidez + primeiros 2 anos de vida da criança), conforme Hochbert *et. al.* (2011). Assim, algumas recomendações foram veiculadas em todo o mundo desde 2010, com o objetivo de aumentar a conscientização sobre

⁵⁵ Cabe explicitar que essa pesquisa foi financiada pelo Projeto Nutrigen.

⁵⁶ Baseado em dados empíricos provenientes principalmente de experimentos em animais, que a metilação de um gene, ou parte dele, poderia habilitar ou bloquear sua expressão, e quando nutrição e alguns comportamentos de mulheres durante a gravidez foram identificados como fatores causais (WEAVER *et al.*, 2004).

⁵⁷ Segundo essa teoria, no consumo alimentar os nutrientes poderiam bloquear ou ativar a expressão dos genes ao longo da vida de um indivíduo. Uma janela de exposição crítica é considerada os primeiros mil dias de vida, o que os pais comem no período periconcepcional, o que as mulheres comem durante a gravidez e o que os filhos comem durante os dois primeiros anos de vida, influenciaria, por modificação epigenética, a saúde futura da criança. Concretamente, o comportamento alimentar não determinaria a ocorrência de doenças na idade adulta, mas criaria uma suscetibilidade ou resistência em desenvolver, posteriormente, uma ou mais patologias crônicas de acordo com a evolução nutricional dos indivíduos, e essa suscetibilidade, herdada ou adquirida, poderia ser passada para a próxima geração (FOURNIER; POULAIN, 2018).

nutrição intrauterina e infantil entre casais que planejam ter um filho, bem como entre mulheres grávidas e pais jovens (FOURNIER; POULAIN, 2018).

Apesar de os participantes concordarem em mudar a alimentação pela saúde futura de seus filhos, é importante levantar a questão de gênero, pois ainda que a epigenômica tenha revelado que o estado nutricional dos homens pode ser tão importante quanto o das mulheres no período periconcepcional, elas continuam sendo os principais alvos, e a iniciativa aumentaria tanto a ansiedade quanto o trabalho doméstico para as mulheres, especialmente aquelas que têm filhos pequenos. Assim, as mulheres que não cumprissem tais liminares normativas, como a amamentação, teriam que enfrentar possível estigmatização.

Pode-se notar uma coincidência entre as questões médicas (saúde nutricional) e sociais (igualdade de gênero) na implementação de uma política de nutrição, exigindo definitivamente mais pesquisas e debates interdisciplinares (FOURNIER; POULAIN, 2018). Mais uma vez, as mulheres estão na centralidade do modelo higienico-medicalizador, agente de transformação e disseminador dos “novos conhecimentos” que necessitam ser traduzidos em novos comportamentos.

Recorrendo a Gorman (2006), podemos destacar algumas observações a partir de uma série de orientações nutricionais usadas pelo governo da Suécia, tendo como alvos mulheres gestantes. Apesar de os conselhos serem bem intencionados, muitas gestantes perceberam que as orientações provocaram a percepção de uma forte limitação e recorte na liberdade de fazer escolhas. Como uma das consequências da crescente medicalização, que vem acompanhada de prescrições, conselhos alimentares etc., a geração de diferentes tipos de sofrimento psíquico, diminuindo a sensação de bem-estar.

Devemos ressaltar que é precisamente durante a gestação que se dá uma relação muito particular entre a gestante e o comer, uma relação muito relacionada à sua história pessoal e familiar. Em nome da boa escolha alimentar, as orientações entram em conflito flagrante com os desejos e as vontades. E, tudo em nome da saúde, menosprezando os fatores psicológicos e sociais presentes nesse ciclo vital. Qual será, portanto, o papel da NP a esse respeito? É inegável que o conhecimento será usado, porém será preciso encontrar um modo de melhorar a saúde de quem precisa, evitando o enfoque demasiado na saúde.

Na hipótese do desenvolvimento de testes nutri-epigenéticos, sua democratização e uma disseminação massiva do conhecimento a partir da nutriepigenética, dos processos de farmacologização do cotidiano (Fox e Ward, 2008) e da individualização, medicalização e nutricionalização dos alimentos (Korthals, 2011; Poulain, 2012; Nordstrom et al., 2013) no trabalho nas sociedades contemporâneas seria muito acelerada (FOURNIER e POULAIN, 2017, p. 13).

Esses autores destacam que a NP leva ao risco apagar as dimensões socioculturais da alimentação e uniformizar as práticas e representações alimentares. Em seguida, perguntam: quais seriam os impactos em termos de identidades e de patrimônios? Somado a isso, também indagam que, se esse movimento acentua a competição entre o aspecto nutricional e os demais horizontes do ato alimentar, por que seria mais legítimo promover a expansão do primeiro do que a manutenção do segundo? (FOURNIER; POULAIN, 2017). Somados a esses, há também outros questionamentos que podem ser aqui levantados.

Que papel a nutrição personalizada pode desempenhar em relação a esse papel multifacetado dos alimentos na vida humana? “Espera-se que a nutrição personalizada possa oferecer benefícios claros para a saúde dos interessados, benefícios que contribuem para melhorar o bem-estar. Como isso pode ser alcançado? A nutrição personalizada contribuirá para uma vida boa? Ou, em vez disso, a nutrição personalizada limitará o papel de alguns ou todos os alimentos à medicina e transformará a alimentação em um medicamento para toda a vida? (GORMAN, 2006, p. 16).

Enfaticamente, Gorman (2006) alerta sobre os perigos da realização de testes genéticos em massa. Retomando o conceito de salutarismo, existe o risco de criar uma epidemia pela busca doentia da saúde. Surge, então, a preocupação com relação aos efeitos da eventual informação sobre as características genéticas e o direito das pessoas de querer ou não saber dos resultados. Enfatizamos aqui que eventual situação de aplicação no futuro desse tipo de exames se torna um flagrante intervenção biopolítica sobre as pessoas.

Sem esquecer que todos os estudos nutrigenômicos carecem na atualidade de incertas verdades, no status do desenvolvimento científico atual há muita incertidão. Para Gorman (2006), os conselhos dietéticos baseados na nutrigenômica, pelo fato de serem inconclusivos, devem ser tratados com o máximo cuidado.

Relacionando o tópico de alimentos à NP, para Gorman (2006), vislumbrando um pequeno mercado futuro de produtos da nutrição personalizada (com base em testes genéticos), vislumbra-se que a indústria de alimentos esteja interessada em comercializar os produtos que sejam considerados saudáveis não apenas para as pessoas com constituição genética específica, mas para outras, pois o marketing comercial tende a aplicar produtos específicos para um grupo mais amplo, para o qual foi criado. O autor afirma que esse é um comportamento indesejado, que fortalecerá a tendência ao salutarismo e à medicalização da dieta, além de envolver custos mais elevados para quem, sem pertencer claramente ao grupo com o problema genético identificado, optar pelos produtos (*op. cit.*).

Isso pode ocorrer com as pessoas que não realizaram os testes genéticos, mas entendem que os produtos sejam mais saudáveis e, portanto, mais indicados. Outro ponto que precisará

de atenção será a crescente tendência de criar categorias médicas a partir desse critério diagnóstico. Gorman (2006) levanta uma questão ética de extrema importância: não haverá mercado industrial para ajudar as pessoas a fazerem escolhas saudáveis entre os alimentos *in natura* existentes, e a tendência quando se trata de dietas feitas sob medida é que esses alimentos possam ser negligenciados. Os alimentos estão passando para a “genomização”⁵⁸, na medida em que o controle de seus efeitos bioquímicos no organismo se torna radicalmente mais difundido” (GALESI, 2014, p. 176). Para o autor,

o alimento não é apenas medicalizado (reconceitualizado em relação às suas ligações com a saúde e as doenças), não apenas farmacologizado (monitorado em seus efeitos fisiológicos no organismo), mas também genomizado (consumido a partir de correlações com o genoma individual) (GALESI, 2014, p. 173).

Por sua vez, Fournier e Poulain (2018) antecipam que a indústria alimentícia usará esses conhecimentos para fins comerciais, favorecendo algumas pessoas com necessidades nutricionais específicas, como as portadoras de fenilcetonúria, porém expandindo o público-alvo desses produtos para outros sem essa condição genética. Essa é uma estratégia do marketing comercial, que promove produtos específicos para determinadas condições, como se fossem mais saudáveis para qualquer pessoa, reforçando a medicalização da dieta. Outra questão é que não há mercado industrial para ajudar as pessoas a fazerem escolhas saudáveis entre os produtos naturais existentes, e, assim, alimentos saudáveis podem ser negligenciados.

Esses autores levantam algumas questões relevantes.

Existem evidências científicas suficientes para a criação de um produto nutricional especial? Como os produtos de nutrição personalizados podem atingir o grupo-alvo correto? Os produtos especiais feitos para nutrição personalizada farão as pessoas acreditar que apenas algumas pessoas precisam manter uma dieta saudável ou criar esperanças e expectativas exageradas ou injustificadas? Como isso pode ser neutralizado? (FOURNIER; POULAIN, 2018, p. 4).

Em um cenário de individualização das responsabilidades pelo autocuidado, a NP é o limite máximo da prescrição individualizada (FOURNIER; POULAIN, 2018). Paralelamente à expansão da medicina preditiva, a nutrição do futuro não será concebida como prática social coletiva, mas sim individualizada (MICHAUD; BAUDIER, 2007).

Cumprido, por fim, ressaltar que, apesar de a NP ainda não ser uma prática disponível para a população em geral, deixa inúmeros questionamentos. Será uma nova forma de desigualdade no acesso? Será um novo critério em seleções? O diagnóstico genético será capaz de mudar as práticas profissionais e aumentar a adesão aos planos alimentares? Será que esse novo

⁵⁸ Consumido a partir de correlações com o genoma individual (GALESI, 2014).

paradigma, quando estabelecido como hegemônico sustentado genomicamente, tornará as pessoas mais dóceis e obedientes com relação a orientações e a prescrições dos nutricionistas, levando-os a abandonar definitivamente os significados culturais relacionados à alimentação? Ainda que não tenhamos respostas para essas questões, é importante começar a questionar e a problematizar o que significa submeter populações e indivíduos aos riscos da crescente medicalização da alimentação, em função dessa sofisticada estratégia em andamento.

Considerações finais

A medicalização da alimentação e da nutrição, como qualquer outro dispositivo, se concretiza a partir de estratégias específicas que permitem atingir os objetivos biopolíticos. Considerando esses aspectos, neste trabalho, escolhemos uma estratégia consolidada na atualidade: o alimento como medicamento, e outra que se perfila a ser a que conduzirá o processo de medicalização no futuro, a nutrição personalizada. Em ambas as estratégias, foi possível identificar o que chamamos de um novo complexo “farmacoalimentar”, criando relações de poder assimétricas e tornando pessoas e populações cada vez mais dependentes dos saberes expertos e do desenvolvimento tecnológico.

Pode-se dizer que alimento como medicamento se ajusta na lógica industrial, esta que precisa aumentar continuamente a quantidade de consumidores de seus produtos alimentares, sejam eles nomeados como alicamentos, alimentos funcionais ou nutracêuticos. Pela eficácia das estratégias medicalizadoras, a fidelização desses consumidores está garantida, considerando um importante resultado desse processo, isto é, esses instrumentos constroem efeitos na subjetividade das pessoas.

Nesse contexto, a Nutrição Personalizada está se configurando como um novo modelo não só de aconselhamento, mas também de prescrição nutricional. A partir daí, talvez seja possível imaginar que, no futuro, existirão empreendimentos de manipulação de nutrientes que preparem compostos nutricionais de acordo com as singularíssimas características genéticas.

Diante desse cenário, destacamos a importância dessa discussão na área da Alimentação e Nutrição. Salientamos também que não se trata de negar os avanços da ciência nutricional, ou, ainda, demonizar a evolução tecnológica dos alimentos, mas de trazer um novo elemento de análise, bem como uma ferramenta teórica para reflexão. Nesse sentido, as discussões não se esgotam aqui, e, sugerimos, portanto, a elaboração de trabalhos futuros que abordem a medicalização do comportamento alimentar como estratégia biopolítica, bem como tragam à discussão estratégias de resistência e de desmedicalização.

Referências

- ALVES, C. G. L.; MARTINEZ, M. R. Lacunas entre a formação do nutricionista e o perfil de competências para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 159-169, mar. 2016.
- ANDREATTA, M. M.; SUÁREZ, N. A. Entre la cocina y el laboratorio: La alimentación científica y las dietistas. **Salud(i)Ciencia**, v. 20, n. 2, p. 156–160, 2013.
- ANKER, T. B. *et al.* Health Branding Ethics. **Journal of Business Ethics**, [S. l.], v. 104, n. 1, p. 33–45, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- BRASIL. Presidência da República. Lei 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências. Brasília. Brasília: **Diário Oficial da União**, 18 set. 1991.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 5/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. **Diário Oficial da União**, 9 nov. 2001. Seção 1:39.
- BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. **Resolução CFN nº 304/2006**. Dispõe sobre critérios para Prescrição Dietética na área de Nutrição Clínica e dá outras providências. Brasília, 2003.
- BRASIL. RDC nº 54, de 12 de novembro de 2012. Dispõe sobre o Regulamento Técnico sobre Informação Nutricional Complementar. Brasília: **Diário Oficial da União**, 19 nov. 2012.
- BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRICARELLO, L.P. Doenças cardiovasculares. *In*: ROSSI, L.; POLTRONIERI, F. (org). Tratado de Nutrição e Dietoterapia. Rio de Janeiro: Guabanara Koogan, 2019. p. 696-709.
- CAIRUS, H.F., RIBEIRO Jr. W.A. **Textos Hipocráticos: o doente, o médico e a doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 252 p. (Coleção História e Saúde).
- CAMARGO JR., K. R. de. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 844–846, 2013.
- CANADÁ. **Carta de Otawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, novembro de 1986. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em 18 jan 2021.
- CANESQUI, A.M.; GARCIA, R.W.D. (orgs). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CARDENAS, D. Let not thy food be confused with thy medicine: The Hippocratic misquotation. **e-SPEN Journal**, v. 8, n. 6, p. e260–e262, 2013.

CHAMBERLAIN, K. Food and Health: Expanding the Agenda for Health Psychology. **Journal of Health Psychology**, v. 9, n. 4, p. 467–481, 2004.

CENTRO DE NUTRIÇÃO FUNCIONAL. Disponível em: Produções Acadêmicas | Portal - VP Centro de Nutrição Funcional (vponline.com.br) - <https://www.vponline.com.br/portal/revista-brasileira-de-nutricao-funcional/>. Acesso em 18 jan 2021.

CONRAD, P. Medicalization and Social control. **Annual Reviews Inc.**, p. 209–232, 1992.

CONTRERAS, J. Les aliments décomposés : l'omnivore médicalisé ? Jesus Contreras. *In*: 2006, Paris. **Colloque OCHA « L'homme, le mangeur, l'animal. Qui nourrit l'autre ? »**. Paris, mai 2006.

CRAWFORD, R. Healthism and the medicalization of everyday life. **International Journal of Health Services**, v. 10, n. 3, p. 365–388, 1980.

DAVIES, V. F. *et al.* Applying a food processing-based classification system to a food guide: a qualitative analysis of the Brazilian experience. **Public Health Nutrition**, v. 21, n. 1, p. 218–229, 2018.

DEBEVEC, L.; TIVADAR, B. Making connections through foodways: contemporary issues in anthropological and sociological studies of food. **Anthropological Notebooks**, v. 12, n. 1, p. 5–16, 2006.

DE DOMINGO-BARTOLOMÉ, M.; LÓPEZ-GUZMÁN, J. La “medicalización” de los alimentos. **Persona y Bioética**, [S. l.], v. 18, n. 2, p. 170–183, 2014.

EC (EUROPEAN COUNCIL) **No. 1924/2006. (2006)**. Regulation (EC) no 1924/2006 of the European Parliament and of the council of 20 December 2006 on nutrition and health claims made on foods.

FAO/OMS – FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **PROPOSED DRAFT RECOMMENDATIONS FOR THE USE OF HEALTH CLAIMS (ALINORM 99/22A, APPENDIX VII)**, Ottawa, Canada, 9 - 12 may 2000.

FERENHOF, H. A; FERNANDES, R. F. Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: método SSF. **Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina**, Florianópolis, SC: v. 21, n. 3, p. 550-563, ago./nov., 2016.

FOUCAULT, M. História de la medicalización. **Educ Med Salud**, 1976.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. *In*: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-249.

FOUCAULT, M. Sobre a História da sexualidade. *In*: Michel Foucault. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2004. p. 243-276.

FOURNIER, T.; POULAIN, J.-P. La génomique nutritionnelle : (re)penser les liens alimentation-santé à l'articulation des sciences sociales, biomédicales et de la vie. **Natures Sciences Sociétés**, v. 25, n. 2, p. 111–121, 2017.

FOURNIER, T.; POULAIN, J.-P. Eating According to One's Genes? Exploring the French Public's Understanding of and Reactions to Personalized Nutrition. **Qualitative Health Research**, v. 28, n. 14, p. 2195–2207, 2018.

GALESI, D. Towards the genomization of food? Potentials and risks of nutrigenomics as a way of personalized care and prevention. **Italian Sociological Review**, v. 4, n. 2, 2014.

GASPAR, M. C. D. M. P.; VERTHEIN, Ú. Entre la “salud” y la “tradición”: las representaciones sociales de la dieta mediterránea. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, 2019

GÖRMAN, U. Ethical issues raised by personalized nutrition based on genetic information. **Genes & Nutrition**, v. 1, n. 1, p. 13–22, 2006.

GRACIA-ARNAIZ, M. Maneras de comer hoy. Comprender la modernidad alimentaria desde y más allá de las normas. **Revista Internacional de Sociología**, v. 63, n. 40, p. 159–182, 2005.

GRISOTTI, MARCIA; AVILA-PIRES, F. D. de. Alimentos funcionais. **Revista del CESLA**, v. 19, p. 153–174, 2016.

GUIDONET, A. **La antropología de la alimentación**. 1. ed. Barcelona: Editorial UOC, 2007.

HOCHBERG, Z., et. al. Child health, developmental plasticity, and epigenetic programming, **Endocrine Reviews**, 32, 2, 159- 224, 2011.

ILSI. Safety assessment and potential health benefits of food components based on selected scientific criteria: ILSI North America technical committee on food components for health promotion. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, v. 39, n. 3, p. 203–205, 1999.

KATAN, M. B.; ROOS, N. M. Toward evidence-based health claims for foods. **Science**, v. 299, n. 5604, p. 206–207, 2003.

KATAN, M. B.; ROOS, N. M. Promises and problems of functional foods. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, v. 44, n. 5, p. 369–377, 2004.

KOTEYKO, N. Balancing the good, the bad and the better: A discursive perspective on probiotics and healthy eating. **Health**, v. 14, n. 6, p. 585–602, 2010.

LAPLACE, J.-P. Farming and food. Crossed perspectives. **Cahiers Agricultures**, v. 15, n. 4, p. 375–378, 2006.

LAPLACE, J.-P. Profils nutritionnels : un critère d'éligibilité sans compromis. **Oléagineux, Corps gras, Lipides**, v. 15, n. 1, p. 5–6, 2008.

LAWRENCE, M; RAYNER, M. Functional foods and health claims: a public health police perspective. **Public Health Nutrition**: 1(2):75-82, 1998.

MAYES, C. Medicalization of Eating and Feeding. *In*: P.B. Thompson and D.M. Kaplan, eds. **The Encyclopedia of Food and Agricultural Ethics**. Springer, 2014.

MICHAUD, C.; BAUDIER, F. Alimentation et prévention : risque de médicalisation d'une pratique éminemment sociale. **Cahiers de Nutrition et de Diététique**, v. 42, n. 3, p. 131–133, 2007.

MUDRY, J. The Poison is in the Dose. **Food, Culture & Society**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 91–114, 2010.

NERLICH, B.; KOTEYKO, N. Balancing Food Risks and Food Benefits: The Coverage of Probiotics in the UK National Press. **Sociological Research Online**, v. 13, n. 3, p. 15–28, 2008.

NESTLE, M. **Food politics**: How the food industry influences nutrition and health. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 2007.

OVESEN, L. Functional foods: Some relevant considerations? **British Food Journal**, v. 101, n. 10, p. 809–817, 1999.

PHILLIPI, S.T.; AQUINO, R.C.; LEME, A.C. Planejamento dietético nos ciclos da vida I, da infância ao envelhecimento. *In*: ROSSI, L.; POLTRONIERI, F. (org). **Tratado de Nutrição e Dietoterapia**. Rio de Janeiro: Guabanara Koogan, 2019. p. 696-709.

POULAIN, J.-P. Des risques de médicaliser l'alimentation quotidienne. *In*: **Manger Aujourd'hui, Attitudes, normes et pratiques**. Odile Jacob, 2002. p. 253–264.

ROSE, N. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no Século XXI. São Paulo, Paulus, 2013. 396 pp.

ROSSI, L.; POLTRONIERI, F. (org). **Tratado de Nutrição e Dietoterapia**. Rio de Janeiro: Guabanara Koogan, 2019.

SOLANS, A.; MARGULIES, S. Políticas públicas de salud y alimentación infantil en ciudad de Buenos Aires: El "rito" de la entrega de leche. **Andes**, v. 30, n. 1, 2019.

SZASZ, A. **Shopping Our Way to Safety**: How We Changed from Protecting the Environment to Protecting Ourselves. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2007.

VIANA, Marcia Regina et al. A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 447-456, fev. 2017.

ZOYA, P. G. R. Alimentación y medicalización. Análisis de un dispositivo de cuidado personal y potenciación de la salud. **Sociológica**, v. 30, n. 86, p. 201–234, 2015.

ZWIER, S. Medicalisation of food advertising. Nutrition and health claims in magazine food advertisements 1990–2008. **Appetite**, v. 53, n. 1, p. 109–113, 2009.

WEAVER, I.C.G., et al.. Epigenetic programming by maternal behavior. **Nature Neuroscience**, 7, 8, 847-54, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Nutrition labels and health claims: the global regulatory environment WHO Library Cataloguing-in-Publication Data**. Geneva: WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global nutrition policy review: What does it take to scale up nutrition action?** Geneva, Switzerland, 2013.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou responder duas perguntas de pesquisa. A primeira delas: “Quais os conceitos de medicalização da sociedade e da alimentação que embasam estudos científicos?”. E, a segunda: “Quais são as estratégias medicalizadoras que fazem parte da medicalização da alimentação e da nutrição?”. Considerando não somente a relevância dessas indagações, mas principalmente a possibilidade de suas respostas, buscou-se recorrer à construção de instrumentos que melhor atendessem aos objetivos desta tese e, para isso, a produção de dois manuscritos, um ensaio, assim como de uma revisão.

Pode-se entender que a medicalização da alimentação é conceituada como a apropriação desse ato complexo da vida pela medicina e pela nutrição, por meio da racionalidade, da linguagem e de práticas médicas e nutricionais. Nesse sentido, os conceitos que estiveram presentes nas análises deste trabalho, associados à medicalização da alimentação, foram a sociedade de risco, o salutarismo, a individualização e a culpabilização dos sujeitos no processo de mudança de comportamento.

Apropriado pela medicina no século XVIII, durante o nascimento da medicina social, e pelas políticas higienistas no século XIX, a alimentação é um ato social. Ao mesmo tempo, a ciência nutricional nasce, por meio da química e da fisiologia e, obedecendo a uma divisão e especialização do trabalho, surge a necessidade de um profissional responsável pela alimentação. Então, dá-se o nascimento da dietista como responsável pelas diferentes dietas hospitalares.

Com o avanço do desenvolvimento científico, os objetivos da ciência nutricional começam a ser determinados por critérios econômicos, políticos e sociais. Assim, a nutrição se torna uma ferramenta do Estado, em favor de cidadãos mais saudáveis e produtivos. Desde então, profissionais especialistas – nutricionistas – elaboram recomendações, estipulam necessidades, determinam o que é normal e saudável, assim como o anormal e patológico, tanto em termos do corpo quanto da alimentação (apesar do caráter multifatorial da forma e do tamanho do corpo, a alimentação é altamente relacionada e geralmente apontada como um dos principais fatores), coordenam políticas, bem como estabelecem guias nacionais e internacionais. Somado a isso, esses profissionais também emprestam o discurso científico nutricional para a indústria de alimentos, farmacêutica e para a mídia.

A importância dada à alimentação saudável vem aumentando. A partir da década de 1980, inerente e reforçada pelo processo de medicalização da alimentação, Crawford (1980)

descreve o salutarismo, ideologia na qual a busca pela saúde é o valor máximo, incluindo a alteração do que, de quanto e de como se come, do consumo de suplementos, da busca pela magreza travestida de saúde e da prática de atividade física.

Essa mesma sociedade – moderna ocidental – que se empenha em uma busca não saudável pela saúde (GORMAN, 2006) dá destaque excessivo a possíveis riscos (BECK, 2010), como uma maneira de lidar com os perigos e inseguranças induzidas e introduzidas pela própria modernização. Os riscos abrem espaço para uma série de ações de prevenção, seja em âmbito populacional quanto individual. Cada vez mais os comportamentos são moldados à luz da evidência (ou mesmo na falta) científica, por meio da prevenção de doenças ou agravos à saúde. Com o foco na terapêutica ou na prevenção de doenças, os aspectos sociais que poderiam ampliar a percepção de saúde das pessoas são substituídos por orientações e normas a serem seguidos, sob pena e “risco” dessa moralidade da saúde, na forma de “mudança de comportamento”. A responsabilidade pela saúde é do indivíduo (individualização), e caso ele não cumpra as normas será penalizado/culpabilizado. Nesse contexto, está o que Foucault chamou de *Homo Economicus*.

Nesse contexto, da medicalização da alimentação e da nutrição, foram identificadas duas estratégias medicalizadoras. A primeira, hegemônica e atual, trata da concepção dos alimentos como medicamentos. A segunda, que se configura como estratégia futura e altamente tecnológica, a nutrição personalizada, embasa as condutas nutricionais a partir de testes genéticos.

Por fim, considerando, que o alimento, como medicamento, implica seu consumo e sua divulgação com fins terapêuticos, os alimentos funcionais podem ser entendidos como alimentos consumidos em busca de benefícios para além da nutrição básica. Nesse sentido, a nutrição personalizada embasa o aconselhamento e a prescrição nutricional, por meio da análise genética dos indivíduos. Sendo assim, a partir desses manuscritos, pretendemos destacar a importância dessa discussão na área da Alimentação e da Nutrição, além de trazer um novo elemento de análise, bem como uma ferramenta teórica para reflexão.

REFERÊNCIAS

- ANDREATTA, M. M.; SUÁREZ, N. A. Entre la cocina y el laboratorio: La alimentación científica y las dietistas. **Salud(i)Ciencia**, v. 20, n. 2, p. 156–160, 2013.
- ANGELIS, R. C.; TIRAPEGUI, J. *Fisiologia da nutrição humana*. Aspectos básicos, aplicados e funcionais. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2007, 565p.
- BACHELARD, G. **A Formação do Espírito Científico**: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.
- BARBIANI, Rosangela et al. Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 567-587, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- BATISTA FILHO, M. Alimentação, nutrição e saúde. *In*: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 353-74.
- BECK, U. **Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade**. São Paulo: Ed. 34, 2010.
- BRASIL. **Lei 8.234**: Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências. 17 setembro 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/L8234.htm. Acesso em: 03 dez. 2018.
- BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. **Estatísticas**. 2018. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/index.php/estatistica/>. Acesso em: 03 dez. 2018.
- CAMARGO JR., K. R. de. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 844–846, 2013.
- CANESQUI, A.M.; GARCIA, R.W.D. (orgs). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- CARVALHO M.C.V.S. et al. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. **Ciênc.saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 155-163, 2011.
- CARVALHO, S. R. et al. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1.251-1.269, 2015.
- CONRAD, P. Medicalization and Social control. **Annual Reviews Inc.**, p. 209–232, 1992
- CRAWFORD, R. Healthism and the medicalization of everyday life. **International Journal of Health Services**, v. 10, n. 3, p. 365–388, 1980.
- CUPPARI, L. **Nutrição clínica no adulto – Guia de medicina ambulatorial e hospitalar (UNIFESP/Escola Paulista de Medicina)**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2005.

DaMATTA, R. **O que faz o brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

DE DOMINGO-BARTOLOME, M.; LOPEZ-GUZMAN, J. LA "MEDICALIZACIÓN" DE LOS ALIMENTOS. **Pers. Bioét.**, Chia, v. 18, n. 2, p. 170-183, July 2014.

DELEUZE, G. **Que es um dispositivo?** Barcelona: Gedisa, 1990

FOUCAULT, M. História de la medicalización. **Educ Med Salud**, 1976.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. *In*: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-249.

FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. São Paulo: Paz e Terra, 2016.

FOURNIER, T.; POULAIN, J.-P. La génomique nutritionnelle: (re)penser les liens alimentation-santé à l'articulation des sciences sociales, biomédicales et de la vie. **Natures Sciences Sociétés**, v. 25, n. 2, p. 111–121, 2017

FRAZAO, P.; MINAKAWA, M. M. MEDICALIZAÇÃO, DESMEDICALIZAÇÃO, POLÍTICAS PÚBLICAS E DEMOCRACIA SOB O CAPITALISMO. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 407-430, ago. 2018.

FREIDSON, E. **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. SP: Unesp, 2009.

FREITAS, F., AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Friocruz, 2017.

GAUDENZI, P; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as Interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização, **Interface - Comunic., Saude, Educ. Interface (Botucatu)** vol.16 no.40 Botucatu, jan./mar. 2012.

GÖRMAN, U. Ethical issues raised by personalized nutrition based on genetic information. **Genes & Nutrition**, v. 1, n. 1, p. 13–22, 2006.

GRACIA-ARNAIZ, M. Maneras de comer hoy. Comprender la modernidad alimentaria desde y más allá de las normas. **Revista Internacional de Sociología**, v. 63, n. 40, p. 159–182, 2005.

ILSI. Safety assessment and potential health benefits of food components based on selected scientific criteria: ILSI North America technical committee on food components for health promotion. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, v. 39, n. 3, p. 203–205, 1999.

ILLICH, I. **Medical Nemesis: The Expropriation of Health**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

KERPEL, R. **Análise da concordância da mudança nos indicadores de adiposidade corporal da infância para a adolescência**. Mestrado em Nutrição. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2010.

KRAEMER, Fabiana Bom et al. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1337-1360, dez. 2014.

L'ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil. I período de 1940-1964. **Rev. Nutr PUCAMP**. [Campinas], 1988; 1: 87-138.

LUZ, M. T. **Natural, racional e social: Razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Krause: alimento, nutrição e dietoterapia**. 10ª ed. São Paulo: Roca, 2002.

MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

MITJAVILA, Myriam. Medicalização, risco e controle social. **Tempo soc.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 117-137, jun. 2015.

ORNELLAS, L.H. **Técnica dietética**. 6 edição, São Paulo: Ateneu, 2001.

PASCOAL, V. **O que é Nutrição Funcional: A Nutrição Funcional aplica a Ciência dos Nutrientes de acordo com a individualidade bioquímica**. Disponível em: <https://www.vponline.com.br/site/conheca-nos/o-que-e-nutricao-funcional/>. Acesso em: 03 dez. 2018.

POLI NETO, P. **A medicalização da beleza**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Orientadora Sandra N. C. Caponi. Florianópolis, SC, 2006.

POULAIN, J.-P. Des risques de médicaliser l'alimentation quotidienne. *In: Manger Aujourd'hui, Attitudes, normes et pratiques*. Odile Jacob, 2002. p. 253-264.

POULAIN, J.-P. The affirmation of personal dietary requirements and changes in eating models. *In: FISCHLER, C. (org.). The rise, meaning and sense of personal dietary requirements*. Odile Jacob, 2015.

PRADO, S.D. et al. A pesquisa sobre Alimentação no Brasil: sustentando a autonomia do campo Alimentação e Nutrição. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2011.

SILVA, S.M.C.S., MURA, J.D.P., organizadores. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. São Paulo (SP): Roca; 2007. p. 21-53.

SCOTT, John. **Sociologia: conceitos chave**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

TABET, Livia Penna et al. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1187-1198, dez. 2017.

VALENTE, F.L.S. (Org.). **Direito Humano à Alimentação**: desafios e conquista. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, F. de A. G. de. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 15, n. 2, p. 127-138, ago. 2002.

VASCONCELOS, F. de A. G. de. A ciência da nutrição em trânsito: da nutrição e dietética à nutrigenômica. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 6, p. 935-945, dez. 2010.

VASCONCELOS, F. de A. G. de. The construction of scientific knowledge in Food and Nutrition: **Rev. Nutr.** Campinas, v. 28, n. 1, p. 5-16, fev. 2015.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de; BATISTA FILHO, Malaquias. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 81-90, jan. 2011.

VIANA, M. R. et al. A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 447-456, fev. 2017.

WAITZBERG, D. L. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2004. v.1

WILSON, E.D.; SANTOS; A. C.; VANNUCCHI, H. Glossário. *In*: DUTRA de OLIVEIRA, J. E.; MARCHINI, J. **Ciências nutricionais**: aprendendo a aprender. 1ª ed. São Paulo: Sarvier, 2003, p. 381-385.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JUNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, jun. 2014.

ZOLA, I. K. Medicine As an Institution of Social Control. **The Sociological Review**, p. 487-504, 1972.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Bases de dados utilizadas para localização dos artigos científicos

Quadro A. Bases de dados utilizadas na revisão

Base de dados	Endereço eletrônico	Tipo de base de dados	Acesso	Descrição	Categorias
BVS (Bireme)*	https://bvsalud.org/	Referenciais com resumos	Livre	Busca integrada nas bases de dados da BIREME; LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde; ADOLEC - Saúde na Adolescência; ADSAUDE - Administração de Serviços de Saúde; BBO - Bibliografia Brasileira de Odontologia; BDEF - Base de Dados de Enfermagem; BIOÉTICA - Base de dados do Programa Regional de Bioética da OPAS/OMS; DESASTRES - Acervo do Centro de Documentação de Desastres; HISA - História da Saúde Pública na América Latina e Caribe; HOMEINDEX - Bibliografia Brasileira de Homeopatia; LEYES - Legislação Básica de Saúde da América Latina e Caribe; MEDCARIB - Literatura do Caribe em Ciências da Saúde; REPIDISCA - Literatura em Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente; PAHO - Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde; WHOLIS - Sistema de Informação da Biblioteca da OMS	Ciências Biológicas, Ciências da Saúde
Livivo**	https://www.livivo.de/	Livros, revistas, bases de dados etc.	Livre	LIVIVO é um serviço de descoberta da ZB MED – “Leibniz Information Centre for Life Sciences da Alemanha”, especializada em saúde, medicina, nutrição, meio ambiente e agricultura. Abrange mais de 55 milhões de registros provenientes de 45 bases de dados especializadas. As bases de dados abrangidos por LIVIVO incluem, entre outras: catálogos ZB MED, Catálogo da Biblioteca Nacional de Medicina dos USA, MEDLINE, AGRICOLA, AGRIS, PsycINFO, Current Contents das áreas de abrangência do serviço e DissOnline.	Ciências da Saúde, Psicologia, Ambiental e Agricultura
Pubmed Central*	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/	Base referencial, de resumos dos artigos científicos	Livre	PubMed Central (PMC) é o arquivo digital gratuito do U.S. National Institutes of Health (NIH) de periódicos das áreas de biomedicina e ciências da vida.	Ciências Biológicas, Ciências da Saúde e Multidisciplinar
Scielo*	https://www.scielo.org/	Textos completos, sites com periódicos de acesso gratuito	Livre	Busca integrada de artigos dos periódicos da rede Scielo: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Espanha, Portugal, Venezuela, Saúde Pública, Social Sciences. A Scientific Electronic Library Online - SciELO é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos. A SciELO é o resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em parceria com a BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.	Ciências Biológicas, Exatas e da Terra, da Computação, Linguística e Artes, Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas, Engenharias, Ciências Agrárias, Ciências da Saúde, Multidisciplinar
SCOPUS (Elsevier)*	https://www.elsevier.com/	Referenciais com resumos	Pago.	Base de dados de resumos e citações da literatura científica e de fontes de informação de nível acadêmico na Internet. Indexa mais de 21.500 periódicos, de 5 mil editores internacionais, além de outros documentos.	Ciências Biológicas, Exatas e da Terra, Sociais e aplicadas, Humanas, da Computação, Linguística e Artes,

					Engenharias, Ciências Agrárias, Ciências da Saúde, Multidisciplinar,
SocINDE X EBSCO*	http://web-ebshost.ez46.periodicos.capes.gov.br/	Referenciais com resumos, textos completos, livros	Pago	Base de dados da literatura sobre sociologia com texto completo. Indexa os principais periódicos da área, livros, monografias e anais de congressos. Abrange todas as sub-disciplinas relacionadas, incluindo: aborto, criminologia e justiça penal, demografia, estudos étnicos e raciais, estudos de gênero, casamento e família, violência, sociologia política, religião, sociologia rural e urbana, desenvolvimento social, psicologia social, estrutura social, trabalho social, antropologia sócio-cultural, história sociológica, teoria sociológica, uso e abuso de substâncias nocivas e outros vícios. Sua cobertura temporal data de 1895.	Linguística, Letras e Artes, Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas, Multidisciplinar.
Web of Science*	http://apps-webofknowledge.ez46.periodicos.capes.gov.br/	Referenciais com resumos	Pago	Base multidisciplinar que indexa somente os periódicos mais citados em suas respectivas áreas. É também um índice de citações, informando, para cada artigo, os documentos por ele citados e os documentos que o citaram. Possui hoje mais de 9.000 periódicos indexados. É composta por: Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED): 1945 até o presente; Social Sciences Citation Index: 1956 até o presente; Arts and Humanities Citation Index: 1975 até o presente. A partir de 2012, o conteúdo foi ampliado com a inclusão do Conference Proceedings Citation Index- Science (CPCI-S); Conference Proceedings Citation Index- Social Science & Humanities (CPCI-SSH).	Ciências Biológicas, Linguística, Letras e Artes, Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas, Engenharias, Ciências Exatas e da Terra, Ciências da Saúde, Multidisciplinar

*Acesso e informações a partir do Portal de Periódicos da CAPES, via CAFe UFSC <http://www.periodicos.capes.gov.br/>.

** Acesso e informações do portal da UFSC <http://www.bu.ufsc.br/framebases.html>

Apêndice 2 – Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados

Quadro B. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados

Base	Estratégia de busca
BVS	<i>medicali?ation AND nutrition*; medicali?ation AND diet*; medicali?ation AND nourishment; medicali?ation AND food; medicali?ation AND eat*</i>
Livivo	<i>medicali?ation AND nutrition*; medicali?ation AND diet*; medicali?ation AND nourishment; medicali?ation AND food; medicali?ation AND eat*</i>
Pubmed	<i>(medicalization OR medicalisation) AND nutrition*; (medicalization OR medicalisation) AND diet*; (medicalization OR medicalisation) AND nourishment; (medicalization OR medicalisation) AND food; (medicalization OR medicalisation) AND eat*</i>
Scielo	<i>medicali?ation AND nutrition*; medicali?ation AND diet*; medicali?ation AND nourishment; medicali?ation AND food; medicali?ation AND eat*</i>
SocINDEX EBSCO	<i>medicali?ation AND nutrition*; medicali?ation AND diet*; medicali?ation AND nourishment ; medicali?ation AND food; medicali?ation AND eat*</i>
SCOPUS	<i>medicali?ation AND nutrition*; medicali?ation AND diet*; medicali?ation AND nourishment; medicali?ation AND food; medicali?ation AND eat*</i>
Web of Science	<i>(medicalization OR medicalisation) AND nutrition* (medicalization OR medicalisation) AND diet* (medicalization OR medicalisation) AND nourishment (medicalization OR medicalisation) AND food (medicalization OR medicalisation) AND eat*</i>

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

APÊNDICE 3 – Ensaio submetido ao periódico Texto & Contexto*Artigo de Reflexão***CONSUMO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES E MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA****Raquel Kerpel¹**<https://orcid.org/0000-0002-7556-2548>**Fabíola Stolz Brozowski²**<https://orcid.org/0000-0002-8697-2120>**Carlos Alberto Medrano³**<https://orcid.org/0000-0002-5710-6573>**Fernando Hellmann⁴**<https://orcid.org/0000-0002-4692-0545>

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis, SC, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Florianópolis, SC, Brasil.

³ Sociedade Educacional Leonardo da Vinci. Indaial, SC, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis, SC, Brasil.

RESUMO

Objetivo: refletir sobre o incentivo ao consumo de suplemento de vitamina C direcionado ao público infantil. **Método:** ensaio redigido, com reflexão baseada nas leituras realizadas sobre medicalização da alimentação, provenientes de tese em elaboração a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC. **Resultados:** o consumo injustificado de nutrientes, por meio de suplementos, contribui para o processo de medicalização e pode ocasionar iatrogenia, especialmente durante a pandemia do Novo Coronavírus. Apresentamos, neste ensaio, o caso de um suplemento de vitamina C, em formato de bala de goma e recoberto por açúcar. A campanha de marketing do produto estabelece uma associação entre a suplementação, vitalidade e “imunidade em dia”, e destaca os riscos da deficiência de vitamina C, fazendo parecer essencial a suplementação. Apesar do excesso de vitamina C ser excretado, há potencial toxicidade e riscos no consumo excessivo. Esse incentivo ao consumo indevido de suplementos segue a crescente medicalização da sociedade e, em particular da infância. Medicalizamos quando substituímos – ou mesmo sobrepomos – alimentos por nutrientes, visando à melhoria do desenvolvimento infantil. **Conclusão:** ao identificarmos as crianças como sujeitos-alvos de campanhas publicitárias destinadas a

incentivar o consumo desnecessário de suplementos de vitamina C, contribuímos para a proteção de riscos decorrentes de intervenções eticamente questionáveis e inapropriadas, características do processo de medicalização da infância.

DESCRITORES: Medicalização. Suplementos nutricionais. Ácido ascórbico. Nutrição da criança. Criança.

INTRODUÇÃO

Destinados a suplementar a alimentação de indivíduos saudáveis com nutrientes, bioativos, enzimas ou probióticos, em complemento a dietas restritivas, alterações metabólicas, atividade física intensa, entre outros, os suplementos alimentares são produtos para ingestão oral¹. Em formato de balas de goma, uma gama desses suplementos tem, cada vez mais, se destacado no mercado brasileiro. Assim, neste ensaio, considerando o alvo desse mercado, nosso objetivo é refletir sobre o incentivo ao consumo de suplemento de vitamina C direcionado ao público infantil.

Vale dizer, antes de outra reflexão, que a suplementação de vitamina C é desnecessária, haja vista que a dieta é capaz de sanar as necessidades nutricionais diárias. Ademais, o consumo injustificado de nutrientes, por meio de suplementos, contribui para o processo de medicalização e pode ocasionar iatrogenia. Esse consumo se torna especialmente aumentado durante a pandemia do Novo Coronavírus (Sars-CoV-2). Em pesquisa realizada pela Associação Brasileira da Indústria de Alimentos para Fins Especiais e Congêneres, foi identificado que 48% dos usuários passaram a ingerir mais multivitamínicos, e a maior justificativa para o aumento da busca foi melhorar a imunidade (63%)².

É inegável que o atual envolvimento da sociedade com medidas de precaução frente à pandemia da Covid-19 exige mudanças de comportamento individual e coletivo³, porém é preciso problematizar sobre as implicações do consumo excessivo e sem necessidade de suplementos alimentares. Os imperativos de cuidado e autocuidado promovem que os indivíduos adotem esse tipo de práticas, sem mediar uma reflexão sobre essa ingesta, o que Foucault denomina cuidado de si⁴.

REFLEXÃO

Presentes nos alimentos, os nutrientes são substâncias químicas que fornecem energia para o crescimento, desenvolvimento e manutenção da saúde e da vida, cuja carência resulta em mudanças químicas ou fisiológicas⁵. Por meio deles ou de suplementos, as vitaminas, micronutrientes presentes nos alimentos, chegam ao organismo⁶. No que tange à vitamina C, esta é um micronutriente não sintetizado pelo ser humano, sendo encontrado em frutas e hortaliças⁷. Quando seu consumo é insuficiente, pode causar anemia ou escorbuto, porém os sinais de deficiência só aparecem após dois meses sem consumo⁷.

A recomendação de ingestão diária de vitamina C para crianças maiores de 4 anos varia de 30 a 35mg⁷. Pequenas quantidades diárias são, portanto, suficientes para suprimir as necessidades nutricionais dessa vitamina presente em ampla variedade de alimentos vegetais no Brasil, o que pode ser alcançado a partir do consumo de, por exemplo, um terço de laranja, duas colheres de sopa de couve refogada, três gomos de mexerica, uma fatia de goiaba, um quarto de acerola ou três colheres de batata-doce cozida⁸.

Quando em forma de suplementos alimentares, apesar da variedade de marcas e de suplementos alimentares direcionados a crianças, apresentamos o caso Redoxitos®, no qual a vitamina C, em formato de bala, não tem como objetivo suplementar a deficiência desse nutriente, mas sim ajudar “papais e mamães a complementarem as necessidades diárias dessa vitamina tão essencial para o bom funcionamento do organismo”⁹.

A frase “Porque eles [as crianças] não param nunca”⁹, vem acompanhada de imagens de crianças brincando e felizes, estabelecendo uma associação entre a suplementação e vitalidade, e a “imunidade em dia”⁹. Evidencia-se, pois, que o público-alvo da suplementação de vitamina C não é especificamente crianças que possuam deficiência vitamínica. Assim, a indicação de suplementos para crianças que não necessitam cria um limbo e um nicho para o consumo e para a comercialização de nutrientes, aqui a vitamina C, afastando-se da regulamentação mais rigorosa de medicamentos.

As justificativas utilizadas para suplementar a alimentação de crianças saudáveis apoiam-se no discurso de risco¹⁰ e são voltadas especialmente para as famílias. Não dando a mesma ênfase ao risco de toxicidade, o site do produto, na aba “Imunidade e Vitaminas”¹¹, destaca os riscos da deficiência de vitamina C, por meio da campanha de marketing, fazendo parecer essencial a suplementação. Reforça-se, assim, o consumo de suplemento de vitamina C, como medida preventiva para o fortalecimento do sistema imunológico, a proteção contra a ação de radicais livres gerados pela resposta inflamatória, a absorção do ferro dos alimentos e a proteção contra a anemia ferropriva, na síntese de colágeno, cicatrização de feridas e barreira

física representada pela pele e mucosas contra infecções, a atividade antimicrobiana, a diminuição da duração e a gravidade dos resfriados comuns, nos efeitos da formação prejudicada de colágeno nos sintomas observados no escorbuto, distúrbios do crescimento ósseo, fragilidade dos vasos, assim como para a má formação da dentina¹¹.

Apesar do excesso de vitamina C ser excretado, há potencial toxicidade e riscos no consumo excessivo (diarreia, distúrbios gastrintestinais, aumento da excreção de oxalato, formação de cálculos renais, além de poder precipitar hemólise em algumas pessoas), segundo a Fao/Who⁷. Ou seja, o uso de suplementos de vitamina C apresenta riscos. Pode-se acrescentar que o fato de o produto ser comercializado em formato de balas de goma envolvidas em açúcar, para crianças pode levá-las ao consumo além da recomendação, de mais de uma unidade por dia. Quanto maior a dosagem ingerida, maior o risco dos efeitos indesejados.

O fabricante utiliza o registro de suplemento, mais simples do que o de medicamento, como uma propaganda para o produto, deixando nas entrelinhas a ideia de que é seguro e pode ser consumido à vontade. Apesar disso, na página inicial do site do Redoxitos®, em letras menores, há uma observação: “São suplementos não medicamentosos. Não use esse medicamento em caso de doença grave nos rins”.

Vale lembrar que, em suplementação terapêutica, tal vitamina se justifica nos casos de dieta restritiva em crianças com consumo alimentar seletivo e que apresentem morbidades clínicas subjacentes, como o autismo ou a deficiência neurológica¹². Excetuando-se esses casos, a suplementação de vitamina C pode ser considerada desnecessária.

Ressalte-se, portanto, que o incentivo ao consumo indevido de suplementos segue a crescente medicalização da sociedade¹³ e, em particular da infância, um tempo particular da constituição humana, necessitando de cuidados para seu desenvolvimento e alvo das mais diversas intervenções no campo da saúde.

Nos últimos séculos, foram desenvolvidos dispositivos de prevenção para produzir indivíduos saudáveis e capazes para o trabalho e para compor o corpo social¹⁴. Diante disso, a medicalização da sociedade, envolve uma série de transformações a partir de normas de conduta biomédicas¹⁵, tornando questões da vida alvos de intervenção ou de ações relacionadas ao campo biomédico¹⁶, seja na forma preventiva ou na terapêutica. Sendo assim, medicalizamos quando substituímos – ou mesmo sobrepomos – alimentos por nutrientes, e, no caso aqui discussão, representado pelo referido suplemento vitamínico, visando à melhoria do desenvolvimento infantil.

Crianças pequenas apresentam dificuldades em distinguir medicamentos de doces, podendo ocasionar ingestão involuntária de medicamentos¹⁷. O Redoxitos, em formato de goma

e recoberto com açúcar, pode facilmente ser identificado como um doce pela criança e consumido além da recomendação de uma unidade por dia. Fica evidente, portanto, a intenção de estimular o consumo do produto, ao apresentá-lo em formato de goma de frutas, passando a imagem de uma naturalização do consumo de suplementos, mesmo que desnecessário, contribuindo, cumpre afirmar, para a medicalização da infância.

CONCLUSÃO

Por fim, ao identificarmos as crianças como sujeitos-alvos de campanhas publicitárias destinadas a incentivar o consumo desnecessário de suplementos de vitamina C, como forma de exercer uma ação alinhada com a prevenção quaternária¹⁸, pretendemos contribuir para a proteção de riscos decorrentes de intervenções eticamente questionáveis e inapropriadas, características do processo de medicalização da infância.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Perguntas & Respostas: Suplementos Alimentares**. Brasília, 2020.
2. Santos MT. Consumo de suplementos cresce na pandemia. Mas quando usar? **Veja Saúde**, 2020, jul. [acessado 2020 Out 21]. Disponível em <https://saude.abril.com.br/alimentacao/consumo-de-suplementos-cresce-na-pandemia-do-coronavirus-vale-a-pena/>
3. Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. **O que a pandemia da Covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução?**. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso 2020/12/15]; 29:e20200106. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>
4. Bub MBC, Medrano C, Silva CD da, Wink S, Liss PE, Santos EKA dos. **A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem**. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso 2020/12/15]; 29:e20200106. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500018&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000500018>.
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 28, de 26 de julho de 2018. Estabelece as listas de constituintes, de limites de uso, de alegações e de rotulagem complementar dos suplementos alimentares. **Diário Oficial da União**, 2018, 26 jul.
6. Souza WN, Penteadó MVC. Vitaminas hidrossolúveis. *In*: Rossi L, Poltronieri F, organizadores. **Tratado de Nutrição e Dietoterapia**. Rio de Janeiro: Gen, 2019. p. 155-169.
7. FAO/WHO Expert Consultation on Human Vitamin and Mineral Requirements. **Vitamin and mineral requirements in human nutrition**: report of a joint FAO/WHO expert

consultation. 2nd Ed. Bangkok: Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2004.

8. TACO – **Tabela Brasileira de Composição de Alimentos**. NEPA-UNICAMP, 4^a ed., Campinas: NEPA-UNICAMP, 2011.

9. Bayer. Página 1. [acessado 2020a Ago 22]. Disponível em: <https://www.redoxon.com.br/pt/produtos/redoxitos/>

10. Castiel LD, Álvarez-Dardet C. **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

11. Bayer. Página 2. [acessado 2020b Ago 22]. Disponível em: <https://www.redoxon.com.br/pt/imunidade-e-vitaminas/>

12. Brambilla A, Pizza C, Lasagni D, Lachina L, Resti M, Trapani S. Pediatric Scurvy: When Contemporary Eating Habits Bring Back the Past. **Front Pediatr**, 2018, v. 6: 1-4.

13. Conrad P. **The medicalization of society**: On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

14. Guarido R. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. *In*: CRP-SP (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo), organizadores. **Medicalização de crianças e adolescentes**: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos (p. 29-39). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

15. Foucault M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

16. Conrad P. Medicalization and social control. **Annu Rev. Sociol**, 1992, p. 209-232.

17. Gittelman CL, Bishop E, Gittelman MM, Byczkowski T. “Candy or Medicine: Can Children Tell the Difference?” Presented at the American Academy of Pediatrics (AAP). **National Conference and Exhibition**, Boston, Massachusetts, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/267912071_Candy_or_Medicine_Can_Children_Tell_the_Difference. Acesso em: 22/09/2020.

18. Jamouille M; Gomes, LF. Prevenção Quaternária e limites em medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2014, v. 9, n. 31, p. 186-91.