Globethics Repository




# Aspectos bioéticos ligados ao diagnóstico e tratamento da obesidade realizado por nutricionista [On bioethical aspects of diagnosis and treatment of obesity carried through by nutritionist]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

| | |
|---|---|
| Item Type | Article |
| Authors | Bricarello, Liliana Paula;Garcia Peloggia de Castro, Adriana |
| Publisher | Centro Universitário São Camilo |
| Rights | Creative Commons Copyright (CC 2.5) |
| Download date | 2026-11-09 01:16:50 |
| Link to Item | http://hdl.handle.net/20.500.12424/214483 |

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2011;5(3):317-327

# Aspectos bioéticos ligados ao diagnóstico e tratamento da obesidade realizado por nutricionista

## *On bioethical aspects of diagnosis and treatment of obesity carried through by nutritionist*
## *Aspectos bioéticos de la diagnosis y el tratamiento de la obesidad ejecutado por nutricionista*

Liliana Paula Bricarello*
Adriana Garcia Peloggia de Castro**

**RESUMO:** É crescente a preocupação com a obesidade em nível mundial, considerando-se que 250 milhões de pessoas no mundo são consideradas obesas, o que caracteriza a obesidade como epidemia. Na relação paciente-nutricionista, se torna fundamental refletir sobre os aspectos ligados ao campo da comunicação verbal e não verbal, assim como ao da bioética, com destaque para a questão da humanização, tanto no processo diagnóstico quanto no do tratamento, como forma a garantir a adesão do paciente a tal tratamento. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que tem como referencial literatura específica levantada em bases de dados, nos idiomas inglês, espanhol e português. Destaca-se que a avaliação nutricional exige a observância de alguns critérios que permitam o envolvimento do paciente ao programa de educação alimentar. Entre eles salientamos: o estabelecimento do vínculo paciente-nutricionista como base a ajudar esse paciente no processo de conscientização de suas 'forças internas', de sua independência e de sua capacidade de superar até mesmo crenças/mitos sobre a alimentação e para adotar novo estilo de vida. Considerando que os pilares da Bioética pressupõem fazer prevalecer o bem (beneficência) e não o mal (não maleficência), admitir a liberdade na diversidade e na diferença (autonomia) e respeitar parâmetros de igualdade, equidade e justiça, estimular o debate de questões bioéticas representa uma importante ferramenta para o aprimoramento e qualidade da relação paciente-nutricionista. Nesse contexto, propõe-se que a adoção de práticas fundamentadas em uma visão interdisciplinar e na humanização no atendimento tem como fundamento a ética, a cidadania e a dignidade humana como valores indissociáveis.

**PALAVRAS-CHAVE:** Bioética. Obesidade. Avaliação Nutricional.

**ABSTRACT:** The concern with obesity in the whole world is increasing, considering that 250 million people in the world are considered obese, what characterizes the obesity as epidemic. In the patient-nutritionist relationship it is becoming vital to reflect on aspects of the fields of verbal and non-verbal communication, as well as that of bioethics, with a prominence to the question of humanization, as much in the diagnostic process as in the one of treatment, as it may be a way to guarantee the adhesion of the patient to such treatment. This paper is a bibliographical research that has as referential specific literature in databases, in the English, Spanish and Portuguese languages. It is emphasized that nutritional evaluation demands the observance of some criteria that allow the involvement of the patient with the program of alimentary education. Between them we point out: the establishment of the patient-nutritionist bond as the base to help these patients in the process of awareness of their "internal forces", their independence and capacity to surpass even beliefs systems/myths on feeding and for adopting a new life style. Considering that pillars of Bioethics suppose to make the good to predominate (beneficence) but not the bad (non maleficence), to admit freedom in diversity and the difference (autonomy) and to respect parameters of equality, equity and justice, to stimulate the debate of Bioethics questions is an important tool for the improvement and quality of the patient-nutritionist relationship. In this context, it is considered that the adoption of practices based on an interdisciplinary point of view and the humanization in assistance having as ground principles ethics, citizenship and the dignity of human beings as inseparable values.

**KEYWORDS:** Bioethics. Obesity. Nutrition Assessment.

**RESUMEN:** La preocupación con la obesidad en el mundo entero aumenta a cada día, considerando que 250 millones de personas en el mundo se caracterizan como obesas, lo qué hace de la obesidad una epidemia. En la relación paciente-nutricionista está llegando a ser vital reflejar a cerca los aspectos de los campos de la comunicación verbal y no verbal, así bien que de la bioética, con la prominencia de la cuestión de la humanización, tanto en el proceso de diagnóstico como en el del tratamiento, vez que puede ser una manera de garantizar la adherencia del paciente a tal tratamiento. Este artículo es una investigación bibliográfica de literatura específica que tiene como referencia bases de datos en los idiomas inglés, español y portugués. Se acentúa que la evaluación alimenticia exige la observancia de algunos criterios que permitan la implicación del paciente con el programa de educación alimentaria. Entre ellos precisamos: el establecimiento del enlace paciente-nutricionista como la base para ayudar a estos pacientes en curso de conocimiento de sus "fuerzas internas", su independencia y capacidad de sobrepasar incluso sistemas de creencia /mitos a cerca la alimentación y de adoptar un nuevo estilo de vida. La consideración de que los pilares de la bioética suponen hacer el bien predominar (beneficencia) pero no el malo (no maleficencia), admitir la libertad en la diversidad y la diferencia (autonomía) y respetar parámetros de igualdad, de equidad y de justicia, estimular el discusión de las cuestiones de la bioética es una herramienta importante para la mejoría y la calidad de la relación paciente-nutricionista. En este contexto, se considera que la adopción de prácticas basadas en un punto de vista interdisciplinario y la humanización en la ayuda que tiene como principios la éticas, la ciudadanía y la dignidad de los seres humanos como valores inseparables.

**PALABRAS-LLAVE:** Bioética. Obesidad. Evaluación Nutricional.

* Mestre em Ciências Aplicadas à Cardiologia pela Universidade Federal de São Paulo. Especialização em Bioética e Pastoral da Saúde pelo Centro Universitário São Camilo. Especialização em Nutrição em Cardiologia pela SOCESP. Especialização em Distúrbios Metabólicos e Risco Cardiovascular pelo CEU. Docente do Centro Universitário São Camilo (graduação e pós-graduação) do Curso de Nutrição e do Curso de Tecnologia em Gastronomia. E-mail: lpbricarello@uol.com.br

** Doutoranda em Nutrição em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Mestre em Nutrição pela Universidade Federal de São Paulo e especialista em Gestão da Qualidade em Alimentos – Indústria e Serviços pela Universidade São Judas Tadeu. Especialista em Saúde Coletiva concedido pela ASBRAN. Docente do Centro Universitário São Camilo (graduação e pós-graduação). E-mail: adripcastro@hotmail.com

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2011;5(3):317-327

## INTRODUÇÃO

A obesidade integra hoje o grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs). As DANTs podem ser caracterizadas por doenças com história natural prolongada, múltiplos fatores de risco, interação de fatores etiológicos, especificidade de causa desconhecida, ausência de participação ou participação polêmica de microorganismos entre os determinantes, longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação, lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte[1].

Atualmente, a obesidade é considerada a principal *causa mortis* nos EUA, e o maior problema de saúde pública, caracterizada não só pelo excesso de gordura no organismo[2], mas pela desproporção da distribuição regional da gordura. O excesso de gordura intra-abdominal ou visceral é considerado um fator de risco maior que o excesso de peso total da massa de gordura corpórea para o desenvolvimento das DANTs[3,4].

É crescente a preocupação com a obesidade em nível mundial, se considerarmos que 250 milhões no mundo inteiro têm sobrepeso ou obesidade, e que quase todos os países vivenciam essa epidemia[4]. Ela pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial envolvendo desde questões biológicas às históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou em agosto de 2010 os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009 sobre antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. A pesquisa mostrou claramente o cenário atual da transição nutricional do país, que vem se modificando ao longo dos anos[5].

Os dados dessa pesquisa observaram grande frequência de excesso de peso e obesidade a partir de cinco anos de idade, independentemente dos grupos de renda e região do País. Entre meninos e rapazes de 10 a 19 anos, o excesso de peso era de 3,7% em 1974-75 e passou para 21,7% na pesquisa atual; já entre as meninas e moças o excesso de peso era de 7,6% e passou para 19,4%[5].

Na população adulta, entre os homens, o excesso de peso passou de 18,5% (1974-75) para 50,1% (2008-09) e entre as mulheres a mudança foi de 28,7% para 48%. A Região Sul apresentou os maiores percentuais de excesso de peso, com 56,8% nos homens e 51,6% nas mulheres. A obesidade mostrou-se presente em 15,9% nos homens e em 19,6% nas mulheres[5].

Os motivos que levam um indivíduo ao balanço energético positivo variam de pessoa para pessoa. Embora existam evidências sugerindo a influência genética no desenvolvimento da obesidade, esses mecanismos ainda não estão completamente esclarecidos. Acredita-se que fatores genéticos possam estar relacionados à eficiência no aproveitamento, armazenamento e mobilização dos nutrientes ingeridos; ao gasto energético, em especial à taxa metabólica basal; ao controle do apetite e ao comportamento alimentar[6,7]. Algumas desordens endócrinas também podem conduzir à obesidade, como por exemplo, o hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, mas essas causas representam menos de 1% dos casos de excesso de peso[6].

A associação entre casos de obesidade entre membros de uma mesma família é conhecida. Acredita-se que isso ocorra devido tanto a fatores genéticos quanto aos hábitos de vida. A ocorrência de obesidade dos pais leva a um risco aumentado de ocorrência de obesidade nos filhos, chegando a um risco quase duas vezes maior (80%) para os indivíduos com pai e mãe obesos[8].

Embora os fatores genéticos possam contribuir para a ocorrência da obesidade, estima-se que somente pequena parcela desses casos na atualidade possam ser atribuídos a esses fatores[9].

Cabe destacar, portanto, a importância das condições de vida e do ambiente em que as pessoas vivem cotidianamente, adotando-se aqui um conceito ampliado de "ambiente" – político, econômico, social, cultural e físico[10].

A importância da avaliação nutricional é evidente, uma vez que é conhecido o papel da alimentação na obesidade. O momento da avaliação nutricional é fundamental, pois o profissional pode se aproximar do paciente, estabelecendo uma relação favorável ou não ao andamento do trabalho e continuidade do tratamento proposto.

No contato com o paciente, o profissional da saúde deve levar em consideração aspectos importantes, como a comunicação verbal e não verbal e alguns fundamentos bioéticos no seu cuidado, porém nem sempre esse cuidado é realizado.

Por essa razão torna-se extremamente relevante discutir quais são os aspectos bioéticos e de humanização que devem ser levados em consideração no momento do

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2011;5(3):317-327

diagnóstico e tratamento da obesidade para promover adesão completa do paciente no momento do atendimento nutricional e esse é, portanto, o objetivo deste trabalho de revisão.

## METODOLOGIA

A pesquisa caracterizou-se como bibliográfica integrativa. Foram realizadas buscas bibliográficas nas principais bases de dados eletrônicas: Pubmed, Bireme, Scielo, Medline, Lilacs, nos idiomas português, inglês e espanhol. O trabalho foi dividido em três capítulos. No primeiro, são abordados os aspectos importantes na avaliação nutricional, diagnóstico e tratamento da obesidade; no segundo capítulo, são levantados os fundamentos bioéticos ligados ao diagnóstico e tratamento de obesidade pelos Nutricionistas; e no terceiro capítulo, são indicadas diretrizes de trabalho baseado na Bioética e na humanização do tratamento dietético. Para a pesquisa, foram utilizadas as palavras-chave "bioética", "diagnóstico" ou "tratamento de obesidade", "nutrição", de acordo com a seguinte lógica boolena: bioethics *and* nutrition *and* diagnosis *or* treatment *and* obesity.

## ASPECTOS IMPORTANTES NA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA OBESIDADE

O diagnóstico de obesidade, e seu tratamento, podem resultar em diminuição das comorbidades associadas, assim como diminuição dos riscos que a acompanham. A obesidade tem sido relatada como fator de risco para o desenvolvimento de hipertensão, dislipidemia, doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, hepatopatias, problemas respiratórios e câncer, estando o Índice de Massa Corporal (IMC) elevado associado com o aumento da morbidade e mortalidade[11].

O primeiro passo da avaliação nutricional é a realização da anamnese clínica ou história clínica. O profissional deve investigar, por meio de questões diretas, se existe algum fator interferindo direta ou indiretamente no estado nutricional do paciente. Após, ou mesmo durante a anamnese, pode-se realizar o exame físico, detectando sinais de deficiências nutricionais em regiões como pele, unhas, cabelos, lábios, dentes e olhos[12].

A história médica é de suma importância, uma vez que faz parte do tratamento nutricional investigar a presença de complicações ou doenças associadas à obesidade e a possibilidade de desenvolvimento de efeitos colaterais.

A anamnese alimentar deve investigar a partir de qual período o indivíduo começou a ganhar peso, pois seu aumento pode estar relacionado com gestação, distúrbios hormonais, inadequação na quantidade e qualidade alimentar ou problemas pessoais.

Para a avaliação nutricional, são necessários alguns critérios para verificação do envolvimento do paciente no programa de reeducação alimentar a ser apresentado posteriormente. O importante é estabelecer um vínculo com o paciente, ajudar a torná-lo ciente de suas forças internas, ser independente e desafiar crenças sobre a alimentação e estilo de vida, aumentar a autoconsciência de que pode existir negação dos seus problemas, afetando seu estado nutricional e que esses problemas poderão ser resolvidos ou controlados.

O método mais utilizado para a coleta de informações é o recordatório de 24 horas, que visa investigar o que o indivíduo ingeriu nas últimas 24 horas. Também se pode utilizar o recordatório habitual, caso as 24 horas não reflitam o dia a dia do indivíduo[13].

Outro método muito utilizado, aliado ou não ao recordatório de 24 horas, é o questionário de frequência de alimentos, com base no qual o Nutricionista pergunta quantas vezes por dia, semana ou mês o paciente consome determinados tipos de alimentos[14]. Pode-se utilizar o registro alimentar, em que o próprio paciente anota o que consome: alimentos, líquidos, balas, etc, durante três dias, de preferência um dia do final de semana e dois dias da semana.

A avaliação antropométrica é considerada um método objetivo para a verificação dos distúrbios nutricionais, possibilitando uma intervenção adequada. Na obesidade, é necessária como ponto de partida para o acompanhamento frequente. Sua importância é bem estabelecida, uma vez que se sabe o papel da alimentação inadequada na gênese do sobrepeso e da obesidade.

Alguns exames laboratoriais podem ser solicitados ao paciente com obesidade, a fim de complementar o diagnóstico e possibilitar mais ferramentas no tratamento nutricional verificando algum tipo de doença associada. A solicitação desses exames pelo nutricionista é de extrema importância no acompanhamento do paciente, pois sem esses resultados não é possível adequar o tratamento die-

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2011;5(3):317-327

tético, verificar a adesão à dieta prescrita, nem tampouco monitorar as evoluções metabólicas do paciente.

Após a avaliação do estado nutricional é realizado o diagnóstico nutricional e, posteriormente, desenvolvido o plano de ação nutricional.

A forma como o diagnóstico nutricional é comunicado ao paciente influencia positiva ou negativamente no processo relacional entre nutricionista e paciente, uma vez que apartir desse momento pode ou não haver adesão ao tratamento. A palavra comunicar provém do latim *comunicare*, que tem por significado "pôr em comum"[15]. Ela pressupõe o entendimento das partes envolvidas, e sabe-se que não existe entendimento se não houver, anteriormente, a compreensão acerca da doença e do programa no qual será inserido.

O tratamento atual da obesidade inclui as terapias comportamentais que se destinam a modificar os hábitos alimentares, os exercícios para aumentar o gasto calórico e as orientações nutricionais para diminuir o consumo de gorduras, açúcares e calorias. A promoção da alimentação saudável e da atividade física pode variar dependendo da fase da vida – crianças, escolares, adolescentes, adultos, gestantes e idosos. As práticas alimentares e as modalidades de atividade física diferem segundo o gênero, o nível de renda, a cultura, a idade, o local de moradia, área urbana ou rural.

O nutricionista também tem um papel educativo, ou seja, facilitar o processo pelo qual o paciente identifica mais claramente onde ele está, onde quer estar e o que precisa aprender para chegar lá. A educação nutricional, ação precípua do nutricionista, tem por objetivo favorecer a adoção de atitudes e práticas positivas. Para essa finalidade, a educação alimentar é entendida como uma abordagem sistemática para atender às necessidades nutricionais de um indivíduo ou coletividade em particular e consiste em um processo que ocorre no período de tempo necessário para que o paciente desenvolva crescente percepção sobre as suas escolhas alimentares e práticas dietéticas e de como esses fatores influenciam sua saúde. Esse processo envolve o desenvolvimento de relação de confiança e ajuda entre o profissional e o paciente.

O nutricionista deve utilizar estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também modificar crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação. Deve se levar em consideração o acesso econômico e social a uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada, que atenda aos objetivos de saúde, prazer e convívio social. Iniciativas relativas ao incremento da qualidade da alimentação e à educação nutricional podem estar contempladas dentro de projetos de promoção à saúde, tais como criação de ambientes favoráveis à saúde, ações comunitárias e reorientação dos serviços de saúde que ponham em relevo ações destinadas a fomentar saúde[16].

A consulta dietética tem por objetivo intervir na alimentação de um indivíduo de forma a atender a exigências dietéticas decorrentes de estados de nutrição específicos e se constitui em um processo que assiste pessoas a conhecerem a si próprias, a realidade de seus limites e potenciais e os métodos para lidar com suas obrigações cotidianas e com suas relações sociais e individuais. O desenvolvimento dessa ação exige o domínio de competências específicas que devem ser adquiridas e exercitadas por profissionais habilitados, que inclui o manuseio adequado de conhecimentos e técnicas voltados para a avaliação do estado nutricional do indivíduo e das intervenções dietéticas decorrentes, ao lado de um amplo domínio de técnicas para modificação comportamental que considere o aspecto cognitivo, cultural e motivacional do paciente. As ações de educação nutricional e de consulta dietética se materializam por meio do aconselhamento dietético que implica a utilização de técnicas específicas que privilegiem a adesão do indivíduo à proposta de intervenção, necessariamente construída ao longo do atendimento[16].

A responsabilidade do nutricionista com relação às mudanças de estilo de vida não deve se traduzir em um processo de normatização e, muito menos, de culpabilização do indivíduo, pois o que está em jogo não se restringe apenas à mudança do consumo de alimentos, de atividade física, mas tem influência sobre "toda a constelação de significados ligados ao comer, ao corpo, ao viver"[17]. Dessa forma, o profissional deve objetivar a integralidade do ser humano em qualquer espaço de intervenção e construir uma prática que correlacione questões sociais, psicológicas, genéticas, clínicas e alimentares implicadas na obesidade, tanto individualmente como coletivamente.

Dentro do atual contexto epidemiológico da população, merecem destaque as ações de promoção da alimentação saudável, da prática regular de atividade física e de prevenção e controle do tabagismo. As ações de promo-

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2011;5(3):317-327

ção da saúde devem combinar três vertentes de atuação: incentivo, proteção e apoio[18].

As medidas de incentivo difundem informação, promovem práticas educativas e motivam os indivíduos para a adoção de práticas saudáveis. As medidas de apoio tornam mais factível a adesão a práticas saudáveis por indivíduos e coletividades informados e motivados. As medidas de proteção impedem que coletividades e indivíduos fiquem expostos a fatores e situações que estimulem práticas não saudáveis. Ou seja, ações efetivas de promoção da saúde combinam iniciativas dirigidas aos indivíduos e coletividades e, também, ao ambiente, aqui entendido como os diversos âmbitos da vida cotidiana (comunidade, escola, ambiente de trabalho, meios de comunicação, comércio, etc.)[18].

Escolhas aparentemente individuais são fortemente relacionadas aos hábitos coletivos. Os hábitos ou "estilo de vida", expressos por práticas cotidianas, não são iguais para todos, mas também não são puramente atitudes individuais conscientes, isoladas e imutáveis[19,20].

O ato de humanizar é um eixo articulador das práticas em saúde e propõe uma mudança na cultura da atenção aos pacientes e na gestão dos processos de trabalho. É baseado na corresponsabilidade considerando as necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores[18].

A construção de vínculo, além de corresponder à política de humanização em saúde, é um recurso terapêutico. É uma estratégia que qualifica o trabalho em saúde, entendendo a terapêutica como uma parte essencial da clínica que estuda e põe em prática meios adequados para curar, reabilitar, aliviar o sofrimento e prevenir possíveis danos em pessoas vulneráveis ou doentes[21].

A formação de vínculo, tanto na consulta individual como em grupo, parece ser um caminho promissor na busca da adesão ao tratamento e acompanhamento da obesidade[18]. O estabelecimento da relação de confiança entre pacientes e nutricionista é, sem dúvida, um ponto prioritário. Esse é um processo que deve ser construído no dia a dia, por meio das consultas, das relações pessoais e da integração. Medos, aspectos da sexualidade, segredos, questões íntimas, de violência, por vezes associados ao sobrepeso e obesidade, somente são relatados após o estabelecimento de vínculo, de confiança, de cumplicidade. Em contrapartida, o nutricionista também precisa ter confiança, acreditar no potencial de aprendizado, de mudança quando se almeja a autonomia do indivíduo.

## FUNDAMENTOS BIOÉTICOS LIGADOS AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE OBESIDADE REALIZADO POR NUTRICIONISTA

A profissão de nutricionista assumiu uma posição de destaque na área da saúde e se expandiu para os campos de interface da alimentação e nutrição com as demais ciências nos últimos anos. O nutricionista é o profissional capacitado para realizar o diagnóstico e tratamento da obesidade em todas as faixas etárias.

Além de refletir o padrão que orienta a prática social das diferentes culturas, o ato de se alimentar, ou a impossibilidade de consumar esse ato, circunscreve a dinâmica de distribuição dos recursos materiais e revela as desigualdades entre quem se apropria desses recursos e quem deles é expropriado. As necessidades alimentares, mais do que o respirar ou o beber, delineiam os limites que separam a mera sobrevivência daquilo que é percebido como vida. A quantidade e a qualidade dos alimentos ingeridos constituem os liames que sustentam essa separação[22].

Isso nos leva à reflexão sobre os desafios que o nutricionista enfrenta no cotidiano de sua prática. Por isso, sua formação requer o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e humanísticas, a serem expressas na capacidade de agir com reflexão crítica e de respeitar valores, culturas e individualidades.

Hoje, a ética profissional se pressupõe, trilha os caminhos da bioética, visto que, como disciplina, envolve o conhecimento biológico e técnico associado aos conhecimentos dos sistemas de valores humanos. Esse pressuposto exige que a prática do exercício profissional seja conduzida sob a égide dos valores humanos vigentes na sociedade.

Por isso faz-se necessário o Código de Ética do Nutricionista, que não se trata de uma receita, tampouco de um padrão de referência que obrigatoriamente deva ser seguido, mas um documento que fornece subsídios para a reflexão. Isso porque cada situação detém características próprias, inerentes ao fato em si e, também, pelo contexto social em que está inserida e pelos indivíduos envolvidos[23].

Algumas situações têm alertado para a importância do ensino da Bioética na formação dos estudantes de nutrição, e as escolas têm oferecido em seus currículos disciplinas que permitam a reflexão para seus alunos. Os temas ministrados abrangem um amplo campo de assuntos, passando

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2011;5(3):317-327

pelo estudo dos princípios da Bioética e pela discussão de sua aplicação clínica, abordando a análise de problemas morais, como os que envolvem a eutanásia, a confidencialidade, a retirada de alimentação enteral e parenteral e a recusa de tratamento.

A partir da individualidade é que as relações pessoais se estabelecem, e isso acarreta a necessidade de admitir o outro como um sujeito singular, respeitar sua autonomia e aceitar, sem discriminação, a diversidade. Conviver na diversidade, então, consiste em reconhecer que o contrário de igualdade é a desigualdade, e não a diferença[22].

Esses valores constituem os pilares da Bioética e pressupõem fazer prevalecer o bem (princípio da beneficência) e não o mal (princípio da não maleficência), admitir a liberdade na diversidade e na diferença (princípio da autonomia) e respeitar parâmetros de igualdade e equidade (princípio da justiça social). Esses princípios se revestem de extrema importância nos dias atuais, pois a relação do profissional da saúde é uma relação privada, mas que está intimamente vinculada ao público porque exige o exercício da liberdade, tolerância às diferenças, às diversidades e, principalmente, recusa da desigualdade[22].

Os nutricionistas enfrentam uma responsabilidade e uma oportunidade para avaliar os tópicos éticos do diagnóstico e tratamento da obesidade e promover estratégias para o controle do peso que sejam benéficas e efetivas. O Código de Ética dos Nutricionistas, que foi reformulado em 2000 e publicado em 2004, pode proporcionar diretrizes e reflexões para esses profissionais em seu trabalho e condutas sendo útil para avaliação crítica dos tratamentos atuais da obesidade[23].

O peso social da obesidade revela que ela vem crescendo em proporções epidêmicas, favorecidas pela sociedade contemporânea. Sabe-se que existem aspectos contraditórios no significado de se alimentar para os indivíduos com obesidade, como prazer e sofrimento relacionado ao comer (compulsão e descontrole). Entre os aspectos que permeiam essa relação aparecem os fatores sociais, como discriminação, pressão, preconceito e culto ao corpo[24].

O estigma que sofre o indivíduo obeso pode ser tão ou mais prejudicial do que os problemas de saúde decorrentes da "doença". Vários estudos comprovam que as pessoas com obesidade são vistas como relaxadas, feias, sujas e culpadas de sua condição, causando-lhes muito sofrimento[25]. Nesse sentido, a pessoa que tem obesidade sofre de preconceito devido a um atributo relacionado ao seu corpo, a gordura, como se a sua identidade estivesse reduzida àquilo. Os outros atributos constituintes da sua identidade são marginalizados. Logo, a pessoa que está acima do peso é portadora de um estigma que a coloca "na situação de indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena"[26].

Partindo do pressuposto de que todas as crenças, todas as verdades, vinculam-se de forma muito consistente aos padrões da sociedade e da cultura na qual estamos inseridos, pode-se considerar que aquilo que achamos bonito e desejável, por exemplo, não se encontra dissociado das representações sociais sobre beleza, mais gerais da sociedade em que vivemos. Uma das ideias mais poderosas que se popularizou ao longo dos últimos anos é aquela de que é necessário ser magro para ser considerado bonito[25].

A magreza, extremamente valorizada, como estereótipo de beleza, tão difundido por meio da mídia, pode ser identificada nas revistas, nas propagandas de televisão e rádio, nas novelas e filmes. Imagens de artistas, modelos e manequins consideradas ícones de beleza internacionais, figuras legítimas de imitação e de identificação, estão estampadas nas mais diversas capas de revistas e jornais. Nota-se, porém, o paradoxo que se vive hoje no mundo ocidental: ao mesmo tempo em que há uma oferta preponderante de alimentos calóricos, convivendo com um estilo de vida que incentiva o sedentarismo, tem-se também uma valorização da magreza como a forma preferencial de estética. Pode-se, ainda, observar o lado patológico desse modelo do belo, pelo aumento da anorexia e da bulimia, doenças características principalmente do gênero feminino[25].

Segundo Pace, et al, os nutricionistas devem auxiliar seus pacientes para serem realistas em relação a seus objetivos para redução do peso e avaliar os conflitos emocionais existentes e que podem interferir nos esforços para o controle do peso. Os encaminhamentos para terapeutas podem ser indicados, e os Nutricionistas precisam estar aptos para detectar a necessidade e estabelecer orientação[27].

A autonomia, nessa perspectiva, é exercida quando o indivíduo deixa de ser objeto e assume uma condição ativa, à medida que adquire consciência de seus direitos e deveres participando das questões decisórias, tanto íntimas e individuais, quanto coletivas[22].

Portanto, a autonomia é um princípio que se opõe ao abuso do poder, impondo, assim, um desafio para a ética, pois o livre-arbítrio só é estabelecido quando o poder não é usado como instrumento de controle e subordinação, mas de cuidado e proteção. Dessa forma, ao nutricionista não

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2011;5(3):317-327

convém abdicar de seus deveres continentes, acolhedores e responsáveis, mas informar ao paciente sobre procedimentos e intervenções, conversando sobre temores, respeitando sua cultura, permitindo-lhe recusas e respeitando-as.

Nesse sentido, conferir autonomia ao paciente não significa deixá-lo sozinho em suas decisões, pois se torna uma isenção de responsabilidade, configurando uma relação de abandono, e não de liberdade. Se buscarmos outros parâmetros, usando as relações familiares como referência, percebe-se que, atualmente, há um interesse que se volta para a educação de pais capazes de fazer frente às demandas da sociedade, com a intenção de levá-los a educar os filhos resgatando práticas que façam prevalecer o diálogo, o respeito e a flexibilidade. E, principalmente, sem esquecer os limites[22].

Essa é a relação desejada para pais e filhos e deve ser, também, a relação legitimamente ética do nutricionista com seu paciente, pois frente aos novos paradigmas da relação profissional de saúde-paciente, que fazem prevalecer o respeito à autonomia e à privacidade, os conflitos poderão emergir. Entretanto, eles evidenciam o respeito aos direitos que caracterizam a cidadania[22].

As demandas geradas no profissional da saúde, nessas circunstâncias, quando defrontadas com as demandas do paciente, podem constituir um campo fértil para problemas, e a solução, certamente, precisa incluir a aproximação e o diálogo, tanto na relação profissional quanto no espaço institucional de formação.

Esse contexto parece apontar para o fato de que as pessoas desaprenderam a dialogar, administrar conflitos, mediar as partes, tomando o dispositivo legal, jurídico, como o meio possível para contornar descontentamentos[22].

O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde mais uma vez parece ser um aspecto importante também no diagnóstico e tratamento da obesidade[28].

Toda comunicação tem duas partes: a primeira é o conteúdo, o fato, a informação que se quer transmitir; a segunda, o que emitir quando se comunica com a pessoa. O conteúdo da comunicação está ligado ao referencial de cultura, e o profissional de saúde tem uma cultura própria, diferente do leigo, por isso é importante saber que quanto mais se sabe sobre o paciente maior será a habilidade em correlacionar esse saber com o do profissional, e assim, melhor será o resultado do tratamento[28].

Com a finalidade de avaliar o ponto de vista dos nutricionistas em relação aos indivíduos com sobrepeso e obesidade, Harvey, et al examinaram o papel da gravidade nas suas percepções (sobrepeso *versus* obesidade), avaliaram a inter-relação entre pontos de vista de 187 nutricionistas, suas condutas relatadas para tratamento do peso e verificaram que a inatividade física foi identificada como sendo um importante fator causador tanto para sobrepeso como para obesidade[29].

O comportamento, o consumo excessivo de alimentos incorretos, dietas monótonas e fatores interpessoais foram também constatados como sendo relativamente importantes para os nutricionistas avaliados. As atitudes foram variadas, porém foram geralmente de neutras a positivas. As atitudes mais negativas foram mencionadas em termos da percepção da diminuição da autoestima, atração sexual e saúde. Os nutricionistas classificaram indivíduos obesos mais negativamente em relação a indivíduos com sobrepeso, considerando os indivíduos com obesidade responsáveis pelo seu peso excessivo. Também relataram condutas muito semelhantes de tratamento para indivíduos com sobrepeso e obesidade. As certezas relativas às causas do sobrepeso justificaram a maior parte da variação das condutas, do que as atitudes dos nutricionistas em relação à responsabilidade constatada dos indivíduos com sobrepeso e obesidade. No entanto, essas associações não foram efetivas e consistentes, e outros fatores não incluídos neste trabalho possuem probabilidade de apresentar maior influência nas condutas do tratamento do peso[29].

Barr, et al[30], visando proporcionar elementos relativos às atitudes e condutas de nutricionistas canadenses em relação ao tratamento da obesidade e sobrepeso fez uma pesquisa com amostra de 514 nutricionistas, dos quais 69% atuaram ativamente em relação aos pacientes com sobrepeso/obesos. Os participantes receberam um questionário para avaliar atitudes dos nutricionistas relativas à obesidade e sobrepeso, pontos de vista relativos à sua atuação no tratamento do peso, práticas de aconselhamento, e dos critérios utilizados na avaliação do tratamento bem-sucedido. A maioria dos nutricionistas considerou que a obesidade participa na morbidade e mortalidade e que pequenas reduções do peso proporcionam benefícios importantes para a saúde. No entanto, 80% concordou que a redução do peso deve ser a diretriz do tratamento da obesidade, e 55% recomendou de forma específica que os pacientes não avaliem seu próprio peso. Ao contrário,

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2011;5(3):317-327

o tratamento do peso foi promovido por meio da recomendação da alimentação saudável e aumento de atividade física. 75% esteve de acordo que eles constituem os profissionais que melhor estão preparados para tratar a obesidade, porém 2/3 considerarou que seu tempo seria melhor aproveitado prevenindo e não realizando o tratamento da obesidade. Os participantes mencionaram a vontade de conhecer melhor técnicas de aconselhamento motivacional e comportamental. Os nutricionistas do Canadá adotam prioritariamente abordagem do estilo de vida para o tratamento do peso[30].

Dalton verificou que alguns nutricionistas já utilizam um protocolo de filosofia e conduta para o tratamento de excesso de peso. Uma filosofia profissional do excesso de peso aborda questões relativas ao aspecto social, psicológico e biológico do tratamento do excesso de peso. Alguns questionamentos foram feitos pelos nutricionistas avaliados na pesquisa: o sobrepeso deverá ser abordado em termos da aceitação do peso ou da gulodice e do sedentarismo? De que forma deve ser a conduta do excesso de alimentação e da restrição excessiva? A obesidade deverá ser considerada uma doença crônica, ou o conceito de saúde para cada peso é possível de ser defendido? Um protocolo de conduta profissional avalia outro conjunto de questões: a obesidade deverá ser considerada um desafio de curto e de longo prazo para a saúde? Com relação ao espectro de agentes antiobesidade e abordagens dietéticas do tratamento do peso, qual deverá ser a postura profissional e a conduta individual a ser adotada? O contato profissional com os pacientes deverá ser contínuo ou direcionado para o autoatendimento? Quais são as mensurações das evoluções bem-sucedidas que serão utilizadas: as modificações do peso ou a melhora da qualidade de vida? Como deverá ser equilibrada a responsabilidade profissional com as preocupações individuais relativas à alimentação e aos comportamentos da saúde que afetam o peso corporal? Quais são os exemplos do estreitamento do hiato entre a visão e a realidade das condutas e objetivos do nutricionista em uma equipe multiprofissional?[31]

Os nutricionistas estão incorporando a filosofia com a conduta. Visto que o controle dietético isolado apresenta um sucesso limitado na redução do peso e menor sucesso na sua manutenção após tratamento, a função ampliada do nutricionista inclui ajuda no tratamento para perda de peso, com tarefas padronizadas, técnicas de motivação, atividade física, bem como modificação do comportamento alimentar. O desafio é integrar os componentes funcionais da conduta com as tarefas de nutrição e alimentação isolada que incluem a escolha de alimentação alternativa, controle de quantidades, bem como a preparação de alimentos saborosos para o tratamento ser efetivo durante toda a vida[31].

Os pacientes apresentam dificuldade em manter o peso perdido e voltam a adquiri-lo. Ao sofrimento que resulta da recaída, somam-se sentimentos de frustração, diminuição da autoestima, impotência ou incapacidade, e esses são aspectos que determinam vulnerabilidade, fragilidade, o que despontecializa os sujeitos em suas várias dimensões sociais[24].

Langdon, et al[32] indicam, após pesquisa de opinião, que os nutricionistas devem procurar especialização continuada sobre dilemas éticos, para possibilitar a eles estabelecer melhores decisões, proporcionar melhor atendimento e tornarem-se defensores do paciente.

A condição ética tem como sinônimo a cidadania. E a cidadania se constrói com o respeito aos valores básicos, como igualdade, liberdade, participação, solidariedade e respeito à diversidade. Nesse sentido, a bioética se configura, hoje, em um novo paradigma para a nutrição, na medida em que resgata e insere, firmemente, os valores éticos no cotidiano do profissional, a fim de contemplar as imposições desencadeadas por novas demandas.

## DIRETRIZES DE TRABALHO BASEADO NA BIOÉTICA E NA HUMANIZAÇÃO DO TRATAMENTO DIETÉTICO

As diretrizes, adiante apresentadas, têm como referência um conjunto de princípios que o nutricionista deverá considerar e fazer prevalecer, sobretudo, durante o seu trabalho junto ao paciente com obesidade. São eles: o princípio da beneficiência, da não-maleficência, da autonomia e da justiça. Ligado a esse último está também a condição de não discriminação ou estigmatização das pessoas por qualquer motivo.

Estas diretrizes que virão a seguir podem servir para orientar o Nutricionista na relação e no diálogo que ele terá com o paciente. As respostas ao tratamento serão mais gratificantes e positivas quando o paciente perceber que de fato está conversando com alguém e não sendo interrogado.

Os questionamentos durante a consulta nutricional devem ser feitos da forma mais aberta e interativa possível (olhando para o indivíduo) para que o paciente se sinta à vontade para falar de sua vida. Nem sempre as perguntas

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2011;5(3):317-327

devem ser fechadas, mas podem ser oriundas da conversa, a partir de relatos sobre as suas condições de vida, suas atividades laborais e cotidianas, sua alimentação[18].

É a partir desse contato que o nutricionista obtém informações e poderá nortear a sua conduta. A história psicossocial, os hábitos alimentares, a história clínica individual e familiar, os dados clínicos, laboratoriais e antropométricos devem ser identificados por meio de uma consulta acolhedora e humanizada[18].

Para Martins, uma avaliação da complexidade do atendimento ao paciente, em especial a realizada em instituições, deve levar em conta que:

1 - o paciente está inserido em um contexto pessoal, familiar e social complexo;

2 - a assistência deve efetuar uma leitura das necessidades pessoais e sociais do paciente;

3 - na instituição, interatuam as necessidades de quem assiste e de quem é assistido.

A mesma autora considera que as reflexões sobre o atendimento conduzem também ao campo ético. A questão ética surge quando alguém se preocupa com as consequências que sua conduta tem sobre o outro. Para que haja ética, é preciso ver (perceber) o outro. E, se para a assistência humanizada também é preciso perceber o outro, conclui-se que assistência humanizada e ética caminham juntas[33].

Para que o profissional possa ser chamado de "humanizado", ele precisa possuir quatro características essenciais:

1. Competência profissional e conhecimento técnico em constante atualização e que seu trabalho tenha uma alta dose de resolutividade.

2. Maturidade emocional e pessoal para lidar, com serenidade e firmeza, com um evento que está sempre relacionado com vida e morte, o que sempre acarreta fortes emoções.

3. Dispor de um forte código de ética pessoal, que oriente sua maneira de agir; ter em mente sempre o respeito ao paciente.

4. Entender o todo que envolve a doença e seus tratamentos e que ela sempre tem implicações socioeconômicas e afetiva[34].

A "humanização", ou "tratamento humanizado", não deve ser entendida apenas como práticas relacionadas ao atendimento ao paciente, nem com a gentileza e compreensão demonstradas. Humanização deve ser uma nova e abrangente visão do atendimento ao paciente, tentando colocar os profissionais envolvidos na assistência no lugar dos pacientes[34].

Com base na anamnese, deve-se construir junto ao paciente o plano de ação, no qual serão apontados aspectos que podem ser valorizados e estimulados por já fazerem parte do cotidiano alimentar e de vida, e os aspectos que precisarão ser transformados, escolhendo estratégias viáveis para serem incorporadas pelo paciente e sua família no seu dia a dia, conforme o seu diagnóstico clínico-nutricional[18].

Em relação à orientação alimentar, durante o acompanhamento do paciente com obesidade, é necessário também que o nutricionista avalie constantemente o processo, identificando dificuldades e pensando em novas estratégias.

O retorno do paciente e sua frequência ao consultório ou ambulatório são importantes não somente do ponto de vista da assistência à saúde propriamente dita, mas porque isso permite maior interação entre profissional e paciente, maior possibilidade de diálogo, consequentemente, maior espaço para o aprofundamento das questões relativas à saúde e nutrição. Na consulta individual ou no trabalho coletivo, as falas, as frases e as conversas são carregadas por temas da comunidade, seus assuntos, sua vida. O debate de cada um deles possibilita, a partir do diálogo, aprofundar a compreensão da realidade daquele indivíduo[35].

Tanto nas consultas como nos grupos, se deve buscar as individualidades, o desejo e a história de cada um, que são fatores preponderantes na busca da perda de peso e de qualidade de vida.

O atendimento nutricional deve ser fundamentado na promoção da alimentação saudável, busca do prazer, do autoconhecimento, da autoestima e do lazer. A partir do reconhecimento dos diferentes saberes e lugares ocupados pelo nutricionista e pelo paciente, o profissional deve propor um plano alimentar flexível, negociado e compatível com as necessidades de cada um.

Considerando a discussão das metas com o paciente, devem ser valorizados os pequenos progressos nas modificações dos hábitos alimentares e de vida em curto e médio prazos, a redução do peso e dos fatores de risco associados[18].

O profissional deve evitar a supervalorização do primeiro contato com o paciente e a ansiedade para que ele já saia do consultório com a dieta calculada e prescrita. Em muitos casos, o indivíduo recebe uma carga grande de informações que podem ou não ser devidamente trabalhadas nas consultas posteriores. Deve-se estar atento, pois em ge-

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2011;5(3):317-327

ral é dado apenas um enfoque técnico nos cálculos e na orientação, desconsiderando a história de vida do usuário, embora ela muitas vezes seja relatada na consulta[36]. Para fortalecer o vínculo e reduzir o número excessivo de informações técnicas, é importante garantir na abordagem inicial apenas princípios e orientações básicas. Em muitos casos, apenas uma orientação alimentar já tem reflexos positivos na qualidade de vida.

As metas de emagrecimento devem ser, portanto, acordadas. O profissional não deve ceder à pressão por uma dieta rigorosa para buscar o emagrecimento rápido. O ideal é trabalhar com a reeducação alimentar para que novos hábitos sejam incorporados ao cotidiano do paciente e de sua família[18].

Em muitos casos, é comum o paciente trazer dietas com efeitos mágicos orientadas por amigos ou expostas na mídia. É necessário que o profissional esteja aberto a ouvir e apontar as desvantagens dessas dietas da moda, sem preconceito.

As palavras obeso e obeso mórbido devem ser evitadas durante todo o contato com o paciente, pois assim o indivíduo não perderá sua identidade.

O nutricionista deve utilizar todo o seu conhecimento sobre técnica dietética, incorporando, entre suas ações, o resgate da culinária compreendida como arte, saúde, criatividade e prazer[18].

No momento da alimentação, são transmitidos os valores, são rememoradas nossas raízes, reforçadas as relações afetivas, podendo ter vários significados, como refeição da lembrança, do trabalho, da sobrevivência.

Diversas receitas e cardápios saudáveis podem ser elaborados pelos nutricionistas em conjunto com o paciente ou algum familiar, atendendo à especificidade de cada fase do curso de vida e ainda considerando suas preferências alimentares[18].

As estratégias para esse trabalho devem ser adaptadas aos recursos existentes, podendo envolver desde a troca e discussão sobre receitas e modos de preparo, degustações de novas preparações, com estímulo à elaboração conjunta, até espaços para a realização de oficinas de culinária, oportunizando o contato com novos alimentos, com antigas e novas receitas.

## CONCLUSÕES

O nutricionista, durante o seu trabalho junto ao indivíduo com obesidade, deverá sempre tentar fazer prevalecer o bem e não o mal, respeitar sua autonomia, deve ser justo e não discriminar ou estigmatizar o paciente por qualquer motivo.

É necessário estimular o debate das questões bioéticas buscando diferentes visões sociais de saberes advindos de outras áreas do conhecimento, a fim de fortalecer no nutricionista a prática da interdisciplinaridade e humanização no atendimento e a consciência de que ética e cidadania são valores indissociáveis em todas as relações profissionais.

Os nutricionistas devem procurar especialização continuada, buscando disciplinas que os levem a refletir sobre os princípios da bioética para estabelecer decisões mais corretas e justas, proporcionando melhor atendimento, a fim de que esses profissionais se tornem cuidadores efetivos do paciente.

## REFERÊNCIAS


1. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Rev Nutrição Campinas. 2004;17(4):523-33.
2. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva: WHO; 2000. 252 p.
3. World Health Organization. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Technical Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO; 2003.
4. St-Onge MP, Heymsfield SB. Overweight and obesity status are linked to lower life expectancy. Nutritional Rev. 2003;61:313-6.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamento Familiar [acessado 16 Dez 2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias
6. Francischi RPP, et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Rev Nutrição Campinas. 2000;13:17-28.
7. Sichieri R. Epidemiologia da obesidade. Rio de Janeiro: Ed UERJ; 1998. 146 p.
8. Gigante D, et al. Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba/SP. Saúde Rev Segurança Alimentar Nutricional. 2004;6(13):22-6.

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2011;5(3):317-327

9. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on Obesity. Geneva: WHO; 1998.
10. Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. Preventive Med. 1999;29:563-70.
11. Peres RB. Prejuízos à saúde impostos pela obesidade. In: Claudino AM, Zanella MT. Transtornos alimentares e obesidade. Barueri (SP): Manole; 2005.
12. Halpern A, Bricarello SGA, Bricarello LP, Goulart RMM. Referências Importantes sobre Comorbidades em Obesidade. São Paulo: Ed AP Americana; 1999. (Fascículo 4)
13. Karkeck JM. Improving the use of dietary survey methodology. J Am Diet Assoc. 1987;87(7):869-71.
14. Karvetti RL, Knuts JR. Validity of the 24-hour dietary recall. J Am Diet Assoc. 1985;85(11):1437-42.
15. Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. Bioética. 2002;10(2):73-88.
16. Boog MCF. Educação nutricional: por que e para quê? Jornal da UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas. 2004 Ago.
17. Garcia RWD. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. Physis. 1997;7:51-68.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
19. Chor D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. Cad Saúde Pública. 1999;15(2):423-5.
20. Mendonça C. Práticas alimentares e de atividade física de mulheres obesas atendidas em unidades de saúde pública do município de Niterói: trajetórias e narrativas [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005. (Doutorado em Saúde Pública).
21. Campos GW. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
22. Urtiaga ME. Ética, Bioética e Cidadania. Rev Acadêmica Med. 2002;7:1-4.
23. Brasil. Resolução CFN N°. 334/2004. Dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências. Brasília, 10 de maio de 2004.
24. Felippe FM. O peso social da obesidade. Rev Virtual Textos Contextos. 2003;2(2):1-16.
25. Gonçalves CA. O "peso" de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero. Mneme – Rev Virtual Humanidades. 2004;5(11);1-42.
26. Goffman E. Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. 4a ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1982.
27. Pace PW, Bolton MP, Reeves RS. Ethics of obesity treatment: implications for dietitians. J Am Diet Assoc. 1991;91:1258-60.
28. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.
29. Harvey EL, Summerbell CD, Kirk SFL, Hill AJ. Dietitians' view of overweight and obese people and reported management practices. J Hum Nutr Diet. 2002;15:331-47.
30. Barr SI, Yarker KV, Levy-Milne R, Chapman GE. Canadian dietitians' views and practices regarding obesity and weight mangement. J Hum Nutr Diet. 2004;17:503-12.
31. Dalton S. The dietitians' philosophy and practice in multidisciplinary weight management. J Am Diet Assoc. 1998;98(Suppl 2):49-54.
32. Langdon DS, Hunt A, Pope J, Hackes B. Nutrition support at the end of life: opinions of Louisiana dietitians. J Am Diet Assoc. 2002;102:837-841.
33. Martins MCFN. Humanização das relações assistenciais; a formação do profissional de Saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
34. Sociedade Médica Paulista de Administração em Saúde. Humanização – apoio ao paciente ou mais uma ferramenta de marketing? [acessado 10 Jul 2010]. Disponível em: http://www.cqh.org.br/?q=node/753
35. Vasconcelos EM. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. Cad Saúde Pública. 1998;14(Supl 2):39-57.
36. Sgavioli ME. A avaliação crítica da relação paciente / profissional em um hospital de ensino. Rev Nutrição Campinas. 1993;6(1):52-76.

**Recebido em: 06 de abril de 2011**
**Versão atualizada em: 25 de maio de 2011**
**Aprovado em: 15 de junho de 2011**