



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

Marina Bastos Paim

Gordofobia faz mal à saúde: relatos de gordofobia nos serviços de saúde e precarização do cuidado em saúde das pessoas gordas

Florianópolis

2022

Marina Bastos Paim

Gordofobia faz mal à saúde: relatos de gordofobia nos serviços de saúde e precarização do cuidado em saúde das pessoas gordas

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Douglas Francisco Kovaleski, Dr.

Florianópolis

2022

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

Paim, Marina Bastos

Gordofobia faz mal à saúde: relatos de gordofobia nos serviços de saúde e precarização do cuidado em saúde das pessoas gordas / Marina Bastos Paim ; orientador, Douglas Francisco Kovalski, 2022.

255 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Gordofobia. 3. Obesidade. 4. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Kovalski, Douglas Francisco . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Marina Bastos Paim

Gordofobia faz mal à saúde: relatos de gordofobia nos serviços de saúde e precarização do cuidado em saúde das pessoas gordas

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

Prof. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, Dr.
Membro PPGSC/UFSC

Profa. Patrícia Maria de Oliveira Machado, Dra.
Membro PPGSC/UFSC

Profa. Mariana Dimitrov Ulian, Dra.
Membro Externo/FSP-USP

Prof. Fernando Hellmann, Dr.
Suplente PPGSC/UFSC

Prof. Fernando Mendes Massignam, Dr.
Suplente Externo/UDESC

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 obtido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Profa. Marta Inez Machado Verdi, Dra.
Coordenador do PPGSC/UFSC

Prof. Douglas Francisco Kovaleski, Dr.
Orientador - Presidente da Banca

Florianópolis, 2022

*“Fazer dietas é o sedativo político mais potente na história das mulheres”
Naomi Wolf (1992)*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a população brasileira e a CAPES por me conceder uma bolsa de estudos que permitiu a minha dedicação ao doutorado. E igualmente as participantes da pesquisa que compartilharam seus relatos permitindo a realização desta pesquisa. Ao meu orientador que sempre me apoiou durante o trabalho, agradeço imensamente pela relação de companheirismo e confiança. A minha família que esteve ao meu lado durante essa pandemia e a minha companheira Bruna que me acompanhou e fortaleceu durante a escrita desta tese.

APRESENTAÇÃO

Me chamo Marina, sou uma mulher feminista, branca, lésbica, nutricionista, sanitária e magra. Formada em Nutrição, porém nunca cheguei a atuar pela falta de oportunidades e por divergências em relação a abordagem da dieta. A partir da insatisfação com a minha profissão e a oportunidade que tive de me aproximar do debate da luta anti-gordofobia (em meados de 2015), surgiu o tema dessa tese. Quando me aproximei do debate da gordofobia me reconheci enquanto uma pessoa gordofóbica (é uma desconstrução constante) e pode parecer estranho, incoerente ou incompatível uma pessoa magra se interessar por esse tema. O que mais escutei até aqui foi: “Marina, acho importante escrever de onde vem essa tua vontade de escrever sobre isso”. Talvez seja, pela injustiça que observo, porque me sinto responsável enquanto profissional de saúde, e também por notar o privilégio de ser magra, afinal quando perco peso as pessoas ficam preocupadas comigo, me perguntam se está tudo bem, posso comer qualquer coisa em qualquer quantidade que não sou julgada, posso ser sedentária e quase ninguém está preocupada com a minha saúde. Foi notar que é isso que a estrutura capitalista e patriarcal quer mulheres reprimidas e obcecadas por serem magras e bonitas. Quantas amigas eu vejo sofrendo por isso, quantos transtornos alimentares escondidos, quanto tempo perdido nessa preocupação, quanta insegurança temos em relação a nós mesmas. Acho que o curso de Nutrição acentua ainda mais essa relação doentia com o corpo e com a dieta, pois é como se durante o curso você devesse aprender e aplicar em você mesmo (o método emagrecedor), a fim de se tornar um modelo da performance “saudável”. Acabei me formando e não querendo ser nutricionista (até agora não sei se quero, talvez por isso vim para Saúde Coletiva), mas quando decidi fazer doutorado pensei em transformar toda essa negação em uma crítica construtiva. A questão que fica é: será que nós profissionais de saúde estamos reproduzindo gordofobia de forma institucionalizada?

RESUMO

A gordofobia está impregnada na nossa concepção de corpo, constituindo limitações, culpa e a exclusão das pessoas gordas. Muitos estudos comprovam a existência de estigma e atitudes negativas em relação a pessoas gordas nos serviços de saúde, porém há uma ausência de produções nacionais sobre essa temática. O estigma, o preconceito e a discriminação devem ser considerados objetos de preocupação para a Saúde Coletiva a fim de garantir a equidade no acesso a serviços de saúde. Por isso, este trabalho tem por objetivos caracterizar como se dá a gordofobia nos serviços de saúde; reconhecer e analisar as consequências da gordofobia no cuidado e na saúde da pessoa gorda; problematizar a gordofobia no campo da saúde coletiva e alertar para a necessidade de elaborar estratégias de prevenção da gordofobia nos serviços de saúde. Este trabalho está baseado nas epistemologias feministas e visa articular a academia com as lutas sociais. É um trabalho exploratório-descritivo e qualitativo, para a coleta de dados foi utilizado um questionário online que foi divulgado para pessoas gordas ou ex-gordas e obteve 515 respostas válidas. Houve participação de pessoas de todo o Brasil, mas com maior destaque da região Sudeste, a grande maioria das participantes foram mulheres cis e brancas. Os dados quantitativos foram apresentados de forma descritiva a partir de medidas de frequência e os para os dados qualitativos realizou-se uma análise interpretativa, a partir da análise temática. Os resultados abordam as seguintes discussões: caracterização das participantes; medicalização da obesidade; caracterização da gordofobia nos serviços de saúde; relatos de gordofobia nos serviços de saúde; conceituando o termo gordofobia médica; consequências da gordofobia no cuidado e na saúde da pessoa gorda; fluxograma da gordofobia nos serviços de saúde; estratégias de prevenção da gordofobia na saúde. Este estudo concluiu que mesmo que a área da saúde esteja relutante para debater gordofobia é urgente reconhecer que a gordofobia médica existe e é prejudicial à saúde das pessoas gordas. Ou seja, a gordofobia se configura em um problema de saúde pública e cabe ao setor saúde prevenir a sua reprodução.

Palavras-chave: Gordofobia. Obesidade. Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Fatphobia is ingrained in our conception of the body, constituting limitations, guilt and the exclusion of fat people. Many studies prove the existence of stigma and negative attitudes towards fat people in health services, but there is a lack of national productions on this topic. Stigma, prejudice and discrimination should be considered objects of concern for Public Health in order to guarantee equity in access to health services. Therefore, this work aims to characterize how fatphobia occurs in health services; recognize and analyze the consequences of fatphobia in the care and health of the fat person; to problematize fatphobia in the field of public health and to alert to the need to develop fatphobia prevention strategies in health services. This work is based on feminist epistemologies and aims to articulate the academy with social struggles. It is an exploratory-descriptive and qualitative work, for data collection, an online questionnaire was used, which was disseminated to fat people or person who is no longer fat and obtained 515 valid responses. There was participation of people from all over Brazil, but with greater prominence from the Southeast region, the vast majority of participants were cis and white women. Quantitative data were presented descriptively based on frequency measures and for qualitative data an interpretative analysis was carried out, based on thematic analysis. The results address the following discussions: characterization of the participants; medicalization of obesity; characterization of fatphobia in health services; reports of fatphobia in health services; conceptualizing the term medical fatphobia; consequences of fatphobia in the care and health of the fat person; fatphobia flowchart in health services; Fatphobia prevention strategies in health. This study concluded that even if the health area is reluctant to discuss fatphobia, it is urgent to recognize that medical fatphobia exists and is harmful to the health of fat people. In other words, fatphobia is a public health problem and it is up to the health sector to prevent its reproduction.

Keywords: Fat phobia. Obesity. Health Services Accessibility.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Campanha publicitária comprimidos Vikelp	28
Figura 2 – Estudos Prospectivos de Obesidade e Mortalidade	39
Figura 3- Classificação de adultos de acordo com IMC (2000)	40
Figura 4 - Classificação de peso pelo IMC (2010)	41
Figura 5 - Classificação de peso pelo IMC (2016)	42
Figura 6- Seu peso está saudável?	43
Figura 7 - Relação de risco para mortalidade por todas as causas por IMC (kg/m ²) e número de hábitos saudáveis	45
Figura 8 - Transição de um estado metabolicamente saudável para um estado não saudável e associação com risco de doença cardiovascular	46
Figura 9 - Mapa da distribuição das participantes no Brasil	84
Figura 10 - Dispositivo intraoral que consiste em ímãs de campo fechado e bandas ortodônticas.	122
Figura 11 – Fluxograma da gordofobia nos serviços de saúde e suas possíveis consequências	208

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Identidade de gênero das participantes	81
Tabela 2- Faixa etária das participantes	82
Tabela 3 – Orientação sexual das participantes	82
Tabela 4- Autodeclaração cor/raça/etnia das participantes	82
Tabela 5 – Escolaridade das participantes	83
Tabela 6 – Renda Mensal (per capita)	83
Tabela 7 – Diagnóstico de obesidade	88
Tabela 8 – Tratamentos para obesidade	91
Tabela 9 – Transtornos alimentares nas participantes	101
Tabela 10 – Gordofobia nas atividades físicas	105
Tabela 11 – Medidas de controle de peso insalubres	121
Tabela 12 – Gordofobia nos serviços de saúde	125
Tabela 13 – Serviços de Saúde	126
Tabela 14 – Categoria Profissional	127
Tabela 15- Atitudes dos profissionais de saúde	128
Tabela 16 – Acessibilidade dos serviços de saúde	129

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
AIDS Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMA American Medical Association
ANVISA Agência de Vigilância Sanitária
CAPS Centros de Atenção Psicossocial
CFM Conselho Federal de Medicina
CNS Conselho Nacional de Saúde
DCNT Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EASO Associação Europeia para Estudo da Obesidade
EUA Estados Unidos da América
HAES® Health at Every Size
HIV Vírus da Imunodeficiência Humana
IAT Teste de Associação Implícita
IMC Índice de Massa Corporal
LGBT Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero
NAAFA National Association to Advance Fat Acceptance
OMS Organização Mundial da Saúde
OPAS Organização Pan-Americana da Saúde
P4 Prevenção Quartenária
PNS Pesquisa Nacional de Saúde
SBCBM Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SCOUT Sibutramine Cardiovascular Outcome Trial
SUS Sistema Único de Saúde
UBS Unidade Básica de Saúde
VIGITEL Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 INFLUÊNCIAS DO CONTEXTO NEOLIBERAL	18
2.1.1 Sistema alimentar neoliberal e globalizado: situação de insegurança alimentar	18
2.1.2 A atuação da saúde pública no contexto neoliberal: responsabilização individual	22
2.1.3 Distinção de classes a partir da valorização do corpo magro	27
2.1.4 O sujeito neoliberal: competitividade, meritocracia e individualização	30
2.2 A PERSPECTIVA DA SAÚDE SOBRE AS PESSOAS GORDAS	32
2.2.1 Porque não utilizar o termo obeso	32
2.2.2 IMC: critério diagnóstico da obesidade	35
2.2.3 O IMC isolado determina saúde?	39
2.2.4 Obesidade um problema de saúde pública: avolumando a epidemia	48
2.2.5 Etiologia da obesidade e a abordagem normativa do peso	52
2.3 GORDOFOBIA: UM SISTEMA DE OPRESSÃO	55
2.3.1 Estigmatização, preconceito relacionado ao peso e discriminação das pessoas gordas	55
2.3.2 O ativismo gordo	60
2.3.3 Gordofobia como um sistema de opressão e a tripartite gordofóbica	62
2.3.4 Gordofobia na saúde	67
3 PERCURSO METODOLÓGICO	74
3.1 TIPO DE PESQUISA	75
3.2 COLETA DE DADOS	75
3.3 ANÁLISE DOS DADOS	78
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	79
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	81
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	81
4.2 MEDICALIZAÇÃO DA OBESIDADE	86
4.2.1 Medicalização e iatrogenia	86
4.2.2 Diagnóstico da obesidade: superficial e desatualizado	88
4.2.3 Contraproduktividade do tratamento da obesidade	91
4.2.4 Medidas de controle de peso insalubres e antiéticas	120
4.2.5 Sobremedicalização das pessoas gordas e necessidade da prevenção quaternária	123
4.3 CARACTERIZAÇÃO DA GORDOFOBIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	125
4.3.1 Acessibilidade das pessoas gordas nos serviços de saúde	129

4.4 RELATOS DE GORDOFOBIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	131
4.4.1 Dificuldade ou falta de acessibilidade	131
4.4.2 Diagnóstico superficial e preconceito clínico	135
4.4.3 Culpabilização e advertência baseada no medo	141
4.4.4 Abordagem violenta	146
4.4.5 Desprezo das queixas e exclusividade do peso	153
4.4.6 Prescrição indiscriminada e compulsória de intervenções	159
4.4.7 Negligência	167
4.4.8 Violência de gênero contra as mulheres	177
4.4.9 Reprovação do profissional de saúde gordo	189
4.5 CONCEITUANDO GORDOFOBIA MÉDICA	192
4.6 GORDOFOBIA FAZ MAL À SAÚDE	195
4.6.1 Como a gordofobia afeta a sua relação com a comida?	201
4.6.2 Como a gordofobia afeta sua relação com a atividade física?	203
4.6.3 Como a gordofobia afeta a sua saúde mental?	205
4.7 FLUXOGRAMA DA GORDOFOBIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	208
4.8 GORDOFOBIA UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	209
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	217
REFERÊNCIAS	218
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	247
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ONLINE	250

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, ser saudável não necessariamente é a busca pelo bem-estar, tornou-se a própria finalidade de nossa existência, uma meta persecutória almejada custe o que custar (BAGRICHEVSKY et al, 2010). O corpo magro e a performance fitness é requisito para bem-estar na contemporaneidade, e o medo de engordar que aflige a todos (SANT'ANNA, 2016). Afinal emagrecer é uma prova de amor-próprio e autoestima, a única forma de estar contente consigo, conseqüentemente a cobrança e a insatisfação com o corpo são generalizadas, logo “[...] controlar permanentemente o que ingerimos, passa a ser um propósito de vida e combater a gordura, uma obsessão coletiva [...]” (FERREIRA, 2014, p.31).

O corpo ideal é “[...] mantido por um nível de esforço atípico (com muito exercício e pouca comida)” (ALTHEIA, 2019, p.26). Existe uma associação direta entre o corpo magro e a saúde, assim como entre o corpo gordo e a doença. O que configura uma valorização dos corpos magros, e de maneira oposta uma desvalorização dos corpos gordos. Aqueles que não alcançam ou ameaçam esse tipo ideal de corpo sofrem forte exclusão social, os quais são discriminados e rejeitados pela sociedade.

A saúde pública vem defendendo o emagrecimento como forma inquestionável e sem danos de atingir saúde. Ou seja, as intervenções de saúde pública estão focadas na perda de peso, sem se preocupar com seus possíveis efeitos iatrogênicos. E, necessariamente, há que se avaliar a medicalização das práticas de cuidado e como isto tem repercutido no cotidiano das pessoas, reconhecer os limites técnicos, éticos e os possíveis efeitos adversos das intervenções de combate à obesidade. Visto que essas intervenções não têm se mostrado eficazes, principalmente por estarem restritas a fatores comportamentais e individuais, e ignorar o estigma e a discriminação relacionada ao peso (PUHL, HEUER, 2010).

Muitos estudos comprovam a existência de estigma e atitudes negativas em relação a pessoas gordas nos serviços de saúde (SIKORSKI et al, 2013; SABIN, MARINI, NOSEK, 2012; PUHL, HEUER, 2010; BROWN et al, 2006; OBARA, VIVOLO, ALVARENGA, 2018; CORDONI, ROSSAKA, REATO, 2014; FOSTER et al, 2003; WOLF, 2010; BACON, APHRAMOR, 2011; BACARDÍ-GASCÓN et al, 2015; LANGDON, RUKAVINA, GREENLEAF, 2016). E os profissionais de saúde são citados como uma das fontes mais recorrentes de preconceito a partir de comentários inapropriados e desrespeitosos (OBARA, VIVOLO, ALVARENGA, 2018).

Todavia, essas pesquisas sobre atitudes estigmatizantes dos profissionais e estudantes de saúde em relação a pessoas gordas foram realizados na sua maioria nos Estados Unidos e na

Europa, e segundo Rodrigues et al (2016) há uma ausência de produções nacionais. E mesmo assim a maioria dos estudos ainda possuem uma abordagem antiobesidade e pouco abordam a questão da gordofobia como uma forma de opressão. Mas afinal o que é gordofobia?

É um preconceito com pessoas gordas. É uma discriminação que leva a exclusão social e, portanto, nega acessibilidade às pessoas gordas. É um estigma estrutural e cultural, reproduzido em diversos espaços e contextos sociais na sociedade. Esse prejulgamento gera a desvalorização, humilhação, inferiorização e restrições aos corpos gordos de modo geral (JIMENEZ, 2019, p.1).

A gordofobia está impregnada na nossa concepção de corpo, constituindo limitações, culpa e a exclusão das pessoas gordas, que obriga as pessoas gordas a emagrecer afinal é considerado um problema reversível (PIÑEYRO, 2016). A gordofobia é sutil, profunda e enraizada especialmente no âmbito da saúde, contudo, cada vez mais pesquisadores têm reconhecido que envergonhar a pessoa pelo seu peso não é motivador e é prejudicial à saúde (BREWIS, 2014; CHRISLER, BARNEY, 2016).

O termo gordofobia vem sendo utilizado no Brasil pelo ativismo gordo, o qual se organiza principalmente por meio da internet, em blogs, grupos no Facebook, Youtube e Instagram, com publicações didáticas sobre gordofobia e empoderamento gordo (RANGEL, 2017). Segundo Jimenez (2019, p.1), o ativismo gordo representa os “[...] corpos gordos de maneira positiva, despadronizando a exigência vigente de um corpo magro para ser feliz e respeitado”. Desta forma, as pessoas gordas antes isoladas se agregam, se organizam e se mobilizam para discutir, questionar, acolher e lutar pela mesma causa (JIMENEZ, ABONIZIO, 2017).

Diante das atuais denúncias do ativismo gordo de gordofobia médica, é necessário um debate profundo sobre como as pessoas gordas são vistas no âmbito da saúde. Pois é fundamental compreender a origem da discriminação e suas implicações no cuidado em saúde, pois experiências discriminatórias¹ acarretam iniquidades e efeitos deletérios para a saúde (MASSIGNAM, DORNELLES, NEDEL, 2015). Por isso, conforme Massignam, Dornelles e Nedel (2015), o estigma, o preconceito e a discriminação devem ser considerados objetos de preocupação para a Saúde Coletiva a fim de garantir a equidade no acesso a serviços de saúde.

A Saúde Coletiva consiste em um movimento sanitário de caráter social e interdisciplinar composto da integração das ciências sociais, epidemiologia e planejamento em saúde (OSMO, SCHRAIBER, 2015). Têm como objeto as necessidades de saúde (não apenas

1 “[...] experiências discriminatórias estão associadas com condições adversas de saúde mental, incluindo transtornos de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, e comportamentos deletérios à saúde, como tabagismo, consumo abusivo de álcool, sedentarismo e dietas menos saudáveis, especialmente em indivíduos e grupos histórica e socialmente estigmatizados” (MASSIGNAM, DORNELLES, NEDEL, 2015, p.542).

doenças, agravos ou riscos), onde o processo saúde-doença está relacionado com a estrutura da sociedade (SOUZA, 2014). A perspectiva da saúde coletiva visa superar intervenções sanitárias baseadas em epidemiologia descritiva, pensando que as ações de saúde constituem uma prática social que articula técnica, teoria e política (SOUZA, 2014). A Saúde Coletiva pretende a superação do biologicismo dominante e da dependência do modelo biomédico hegemônico (PAIM, ALMEIDA FILHO, 1998). Por isso, a Saúde Coletiva compreende as necessidades e problemas de saúde, para além de evitar doença e prolongar a vida, busca explicá-los e enfrentá-los para melhorar a qualidade de vida da coletividade (SOUZA, 2014; OSMO, SCHRAIBER, 2015).

E conforme os autores Massignam, Dornelles e Nedel (2015) são necessárias pesquisas sobre a ocorrência de discriminação e seus efeitos sobre a oferta, o acesso e a qualidade na atenção à saúde, viabilizando a definição de estratégias de enfrentamento no âmbito institucional. Portanto, esse trabalho tem por objetivos caracterizar como se dá a gordofobia nos serviços de saúde; reconhecer e analisar as consequências da gordofobia no cuidado e na saúde da pessoa gorda; problematizar a gordofobia no campo da saúde coletiva e alertar a necessidade de elaborar estratégias de prevenção da gordofobia nos serviços de saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No primeiro capítulo, será realizada uma contextualização mais ampla sobre as influências do contexto neoliberal na globalização e industrialização da alimentação e a situação de insegurança alimentar atual e como a saúde pública vem atuando neste cenário. Uma discussão sobre a valorização do corpo magro e uma meritocracia associada à conquista desse corpo.

No segundo capítulo, será abordado como a pessoa gorda é vista no âmbito da saúde, porque utilizar o termo pessoas gordas ao invés de obesas, o porquê obesidade é considerada doença e um problema de saúde pública, qual é o critério diagnóstico utilizado atualmente e suas limitações, e como a etiologia da obesidade está associada a atual abordagem normativa do peso.

No terceiro capítulo, uma discussão sobre gordofobia, onde discute a estigmatização, o preconceito relacionado ao peso e discriminação das pessoas gordas, o histórico e objetivo do ativismo gordo, porque a gordofobia é um sistema de opressão e quais os pilares para sua manutenção, e como a gordofobia se expressa no âmbito da saúde.

2.1 INFLUÊNCIAS DO CONTEXTO NEOLIBERAL

2.1.1 Sistema alimentar neoliberal e globalizado: situação de insegurança alimentar

No neoliberalismo, o mercado é resultado de uma história e de uma construção política ajustada para favorecê-lo. Propaga-se uma ideia de livre mercado e competitividade, mas a não intervenção Estatal é apenas uma ilusão, pois o Estado é um agente dos interesses das classes dominantes, ao administrar as crises e controlar os trabalhadores (WACQUANT, 2003; HARVEY, 2005; CISLAGHI, 2015). O famoso e contraditório Estado “mínimo”, pois este deve ser mínimo para políticas sociais, mas central para construir um cenário favorável para os negócios e uma economia segura para o mercado financeiro (HARVEY, 2005; JESSOP, 2012).

No neoliberalismo, é preciso acabar com as políticas de bem-estar social, conter os gastos do Estado com proteção social, privatizar esses setores, desregular o mercado, flexibilizar o trabalho, e assim favorecer a globalização da economia, abrindo-a para o mercado internacional (SADER, 2008). A globalização seria um processo progressivo de integração em escala planetária (SILVA, 2004), onde os países centrais são agentes e os países dependentes são os globalizados (SADER, 2008). Os países centrais e suas empresas transnacionais

precisam da globalização, pois só com a abertura e exploração de novos mercados é possível manter suas vantagens competitivas (SILVA, 2004).

Os países periféricos são vistos como um ambiente favorável para ocupação do comércio internacional em detrimento das economias nacionais (SADER, 2008). Uma competição meramente ilusória, pois na prática é uma crescente consolidação de monopólios ou oligopólios que vão extinguindo iniciativas empresariais locais, condenando esses países a dependência do mercado global (SILVA, 2004; HARVEY, 2005). Reforçando a concentração de riqueza, o controle de poucas empresas sobre enormes setores, e utilizando do seu poder econômico para influenciar a política para proveito próprio (HARVEY, 2005).

Um exemplo disso é o sistema alimentar² global dominado por corporações transnacionais, sendo que a maior parte dos seus lucros vêm de produtos ultraprocessados (MONTEIRO, CASTRO, 2009). Os alimentos ultraprocessados, se é que dá para chamar de alimento, são na verdade formulações industriais prontas para o consumo - seus ingredientes são sintetizados em laboratório, como os aditivos (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor) que aumentam a palatabilidade e a possibilidade infinita de criar novos produtos – e são extremamente rentáveis e lucrativos devido ao baixo custo de produção, longo prazo de validade e alto valor de varejo (MONTEIRO, CASTRO, 2009; STUCKLER et al, 2012; DA COSTA LOUZADA, 2015).

Esses produtos já dominam o abastecimento de alimentos de países de alta renda (MONTEIRO, CASTRO, 2009) e não possuem a tendência de crescer nesses países. Devido a essa saturação, os países em desenvolvimento são os alvos desse mercado, pois há a possibilidade de expansão, ou seja, a tendência do aumento do consumo desses produtos em países de baixa e média renda (STUCKLER et al, 2012; STUCKLER, NESTLE, 2012; DA COSTA LOUZADA, 2015). A abertura nacional para essas corporações estabelece uma situação de dependência alimentar, pois com a integração global os agricultores, produtores e empresas locais não conseguem competir, tornando o sistema alimentar do país dependente das corporações de alimentos processados, que vão se tornando mais disponíveis e acessíveis devido ao menor preço (STUCKLER et al, 2012).

Segundo o estudo de Stuckler et al (2012), o aumento do consumo de ultraprocessados em países de baixa e média renda vai ocorrer de forma mais rápida que historicamente

2 “Um sistema alimentar compreende todos os elementos (ambiente, pessoas, insumos, processos, infraestruturas, instituições, etc.) e atividades relacionadas à produção, transformação, distribuição, preparação e consumo de alimentos que irão gerar resultados no estado nutricional e de saúde das populações e também impactos socioeconômicos e ambientais na sociedade como um todo” (HLPE, 2014 apud OPAS, 2017, p.12).

aconteceu com os países ricos, em cerca de três décadas. Também comprova que o investimento estrangeiro aumenta os riscos de consumo de ultraprocessados em países de baixa e média renda. Já há uma inserção significativa de multinacionais de alimentos processados como Nestle, Kraft, PepsiCo nesses países, até mesmo em áreas rurais.

O desenvolvimento da indústria alimentícia e os processos de urbanização interferiram diretamente nos padrões de produção e consumo de alimentos: ampliou-se a distância entre produtores e consumidores, aumentou-se a disponibilidade e a demanda por alimentos ultraprocessados de maior densidade calórica, menos variados e mais baratos (FRUTUOSO, VIANA, 2021, p. 6).

A globalização e a industrialização aumentaram a distância das pessoas da produção e distribuição de seus alimentos (PROENÇA, 2010). O supermercado tornou-se o principal local para comprar comida (POLLAN, 2008). A maioria dos produtos são altamente processados e a alimentação é composta, na sua maioria, por grãos refinados (para melhor durabilidade), na produção de monoculturas, uso de produtos químicos na agricultura e na criação de animais, e uma bruta redução da diversidade biológica da dieta (POLLAN, 2008). A maior parte dos alimentos disponíveis para consumo representam riscos para saúde, como: alimentos de qualidade sanitária inadequada, produtos industrializados com quantidades elevadas de sal, açúcar e gorduras, alimentos geneticamente modificados, alimentos cultivados com o uso descontrolado de agrotóxico (BURITY et al, 2010).

Caracterizando uma situação de insegurança alimentar que acomete populações de todo o mundo, mas de forma potencializada nos países situados na periferia do capitalismo. A manifestação grave da insegurança alimentar é a fome, mas a insegurança alimentar é a falta de acesso a uma alimentação adequada, que vai desde o comprometimento da quantidade como da qualidade dos alimentos, condicionada principalmente pela renda e pelo preço dos alimentos (NASCIMENTO, ANDRADE, 2010; BEZERRA, OLINDA, PEDRAZA, 2017; BEZERRA et al, 2020). Segundo Burity et al (2010), os transtornos alimentares também configuram uma situação de insegurança alimentar devido à autoprivação de alimentos por influência de padrões de beleza.

E o contexto de insegurança alimentar se agrava com o aumento do consumo de ultraprocessados, favorecendo a coexistência de doenças carenciais (desnutrição, anemia ferropriva, deficiência de vitamina A) e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) relacionadas à alimentação, em nível populacional e até mesmo no nível individual (STUCKLER et al, 2012; FRUTUOSO, VIANA, 2021). Esses produtos ultraprocessados não são nutritivos, possuem alta densidade calórica, excessiva concentração de gordura, açúcar e sal, e escassez de fibras (MONTEIRO, CASTRO, 2009). Desta forma, as consequências da

insegurança alimentar se expressam em fome, desnutrição, baixo peso, carências nutricionais, fome oculta (desnutrição em pessoas com excesso de peso) e até mesmo no engordamento populacional (KEPPLE, SEGALL-CORRÊA, 2011; ALVES, JAIME, 2014). Podem coexistir a baixa estatura e o excesso de peso por exemplo em crianças e adolescentes, a chamada “dupla carga de má nutrição”, que refletem a má qualidade da dieta (UZÊDA et al, 2019; AMPARO-SANTOS, FRANÇA, REIS, 2020).

A insegurança alimentar é vivida por pessoas magras e gordas, do campo e da cidade, resultante de uma organização econômica e social que escapa do controle individual das pessoas (POULAIN, 2013). É uma situação preocupante pois, independente do peso, todas as pessoas estão inseridas e submetidas a esse contexto alimentar, o qual está acompanhado do aumento de diabetes tipo 2, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e câncer (MONTEIRO et al, 2013).

O atual sistema alimentar global é um oligopólio que favorece as DCNT (STUCKLER, NESTLE, 2012) e que não atende as necessidades alimentares do mundo, tendo em vista que a promessa de que a industrialização acabaria com a fome não se concretizou (PATEL, 2008; FRUTUOSO, VIANA, 2021). A produção de insegurança alimentar acarretada pelo sistema agroalimentar do capitalismo atinge de forma desigual certos grupos populacionais, temática debatida por Seixas e Xavier (2020), que a partir do conceito de necropolítica³ os autores desenvolveram o conceito de necropolítica da fome que nega acesso à alimentação adequada aos grupos considerados dispensáveis. Ou seja, um genocídio nutricional cunhado por Llaila Afrika de nutricídio⁴.

O sistema alimentar atual acaba degradando as culturas alimentares e a saúde principalmente da população negra periférica (COLETIVO VEGANO POPULAR, 2020). Pois, na periferia é mais difícil encontrar alimentos frescos, favorecendo e condicionando um maior consumo de ultraprocessados pela população negra e rural, os chamados desertos alimentares, que estão associados a maiores índices de hipertensão e diabetes – doenças mais prevalentes em pessoas negras (RIBEIRO, 2021; COLETIVO VEGANO POPULAR, 2020). Seixas e

3 Segundo Mbembe (2019) a necropolítica define quem importa e quem não importa e se fundamenta numa política de produção de morte que nega direitos sociais de sobrevivência a certos grupos.

4 “O nutricídio surge a partir do contexto capitalista hegemônico de produção e distribuição dos alimentos, àquele baseado no uso de agrotóxicos, transgênicos, ultraprocessados, no incentivo do consumo dos mesmos em detrimento dos alimentos in natura e na manutenção de localidades como os desertos alimentares. O nutricídio vem acompanhado do apagamento de povos e culturas, da autonomia, trazendo o adoecimento e posterior dependência da indústria farmacêutica” (COLETIVO VEGANO POPULAR, 2020).

Xavier (2020) também mencionaram que quanto mais precarizado for o trabalhador mais ultraprocessado e nutricionalmente inadequado será o seu alimento.

Esse contexto de insegurança alimentar é estabelecido pela visão de alimento enquanto mercadoria – e não como um direito humano – onde o objetivo é maximizar os lucros (STUCKLER, NESTLE, 2012). No sistema alimentar neoliberal há uma priorização dos ultraprocessados, pois “[...] quanto mais processado for alimento-mercadoria, menor seu tempo de produção e menos nutrientes conterà, conseqüentemente, mais lucro ele irá gerar e mais pessoas em situação de insegurança alimentar entrarão para os dados” (SEIXAS, XAVIER, 2020, p. 8).

Em suma, os sistemas alimentares vigentes incentivam um ciclo vicioso de acordos internacionais que estimulam a produção e o consumo de alimentos ultraprocessados, impactando o ambiente, gerando aumento da temperatura e mudanças climáticas, aumentando a geração de gases e o efeito estufa, promovendo impactos negativos na agricultura (enchentes em uns lugares e secas em outros), o que gera aumento dos preços dos alimentos in natura, fazendo com que as pessoas, em especial de grupos mais vulneráveis, comprem alimentos de qualidade nutricional questionável, que se associam tanto à obesidade quanto à desnutrição de nutrientes (AMPARO-SANTOS, FRANÇA, REIS, 2020, p. 53).

2.1.2 A atuação da saúde pública no contexto neoliberal: responsabilização individual

A saúde pública consiste em um conjunto de ações e serviços que tem como objetivo prevenir ou combater patologias ou riscos à saúde da população. Porém, vem falhando em responder à ameaça da expansão da indústria de alimentos ultraprocessados, pois isso exigiria enfrentar interesses de poderosas empresas inseridas em um sistema neoliberal que discorda de qualquer regulamentação do Estado sobre o setor privado (MONTEIRO, CASTRO, 2009; STUCKLER, NESTLE, 2012). Uma intervenção de saúde pública bem-sucedida terá que minar a rentabilidade das indústrias de alimentos (POULAIN, 2013). Segundo a previsão de Lobstein (2011) para reduzir o Índice de Massa Corporal (IMC) aos níveis de 1980 no Reino Unido, isso custaria a perda de 7-8 bilhões de libras para o setor de alimentos.

É difícil que os governos atuem contra o mercado, porém políticas fiscais e leis para limitar a publicidade de alimentos estão entre as estratégias mais eficazes para prevenir seu consumo (MONTEIRO, CASTRO, 2009; STUCKLER et al, 2012; MONTEIRO et al, 2013). Segundo McPherson (2014) a solução é política, é preciso conter o crescimento econômico – produção e marketing da indústria de alimentos – em prol da saúde da população. Porém as atuais ações de prevenção têm se mostrado ineficazes mundialmente, pois não produzem

mudanças estruturais na produção de alimentos ou sobre as condições de vida (RANGEL, 2018; POULAIN, 2013).

Os argumentos neoliberais defendem que haverá uma autorregulação voluntária, ou seja, se os consumidores estiverem informados não vão escolher alimentos ultraprocessados, e a outra estratégia defendida é realizar parcerias entre a saúde pública e as indústrias de alimentos (STUCKLER, NESTLE, 2012). Contudo, é necessário reconhecer os conflitos de interesses desta forma de lidar com a situação (STUCKLER, NESTLE, 2012), visto que estudos financiados por indústrias são 4-8 vezes mais propensos a apoiar resultados favoráveis a elas (LESSER et al, 2008). Conforme a nutricionista Marion Nestle (2002), a maioria das pesquisas científicas na área da nutrição é patrocinada por empresas multinacionais de alimentos, desde 1980 as empresas de alimentos são especialistas no conhecimento nutricional.

Clapp e Scrinis (2016) escrevem sobre a influência corporativa das grandes empresas de alimentos no espaço nutricional para moldar políticas de saúde e nutrição, que ao focar nos nutrientes especificamente, desviam a atenção das implicações dos alimentos processados. Esse foco nos nutrientes individualmente – chamado de nutricionismo⁵ ou reducionismo nutricional – é o que tem predominado na ciência da nutrição e na orientação nutricional. O reducionismo é promovido principalmente pelas indústrias de alimentos e pelo mercado das dietas, numa suposição de que uma caloria é uma caloria, independente da origem e da qualidade comida, se vem embalada ou não, por isso centralizar o debate nas calorias é uma estratégia discursiva das indústrias de alimentos (SCRINIS, 2008; CLAPP, SCRINIS, 2016).

A maioria dessas empresas possuem divisões de nutrição que se envolvem diretamente nos governos e organizações internacionais, elas são ativas na formulação do discurso em torno das questões de alimentação (CLAPP, SCRINIS, 2016). E corroborando com a função do Estado neoliberal de não interferir nos negócios, a saúde pública “[...] passa a enfatizar mais ainda a responsabilidade individual e a autodisciplina no ambiente político neoliberal, que se ajusta bem às medidas de austeridade diante das crises financeiras globais” (CASTIEL, MORAES, PAULA, 2016, p. 104). Pois afinal, fomentar mudanças comportamentais individuais tem baixo custo e não confronta a indústria de alimentos, até mesmo estimula o

5 Segundo Pollan (2008) o nutricionismo é uma ideologia que entende o alimento como de fato a soma de seus nutrientes. O alimento é removido do contexto cultural e ecológico mais amplo (SCRINIS, 2008). É como a ciência da nutrição pesquisa em relação a dieta, em termos de nutrientes e composição bioquímica, o efeito de nutrientes específicos (isolados) com marcadores biológicos no corpo, ou seja, a sua funcionalidade biológica (SCRINIS, 2008). Esse entendimento formula três mitos: a) o mais importante é o nutriente; b) é preciso ajuda de especialistas para decidir o que comer (afinal nutrientes são invisíveis e incompreensíveis); c) o objetivo de comer é apenas a saúde física, assim os nutrientes devem ser divididos em bons e maus (POLLAN, 2008).

mercado dos industrializados maquiados de saudáveis como produtos diet, light, com adição de fibras, entre outras estratégias de marketing (DIAS et al, 2017).

Importante pontuar que a ideia de responsabilidade pessoal está associada à capacidade de responder socialmente pelos próprios atos e ao dever de autovigiar-se, mas para ser implementada precisa estar vinculada à liberdade e as pessoas precisam possuir capacidade de agência. Porém sustentar que alguém é responsável por sua saúde em mundo tão desigual é totalmente incoerente, afinal a classe social é um fator limitante quanto à capacidade de escolher livremente⁶. Desta forma, as pessoas são individualmente responsabilizadas pela “[...] gestão de riscos socialmente gerados” (CASTIEL, DIAZ, 2007, p.61).

De acordo com Castiel e Diaz (2007), a “nova saúde pública” é compatível com o projeto neoliberal de exploração política e econômica, a qual progressivamente tem se restringido ao âmbito de mudanças comportamentais individuais. A sua atuação vem se retirando da responsabilidade de intervenção sobre o processo saúde-doença e os determinantes de saúde⁷, isso ocorre quando não se dedica em implantar políticas públicas que visem promover saúde a partir de mudanças macroestruturais e de superação de iniquidades sociais (BAGRICHEVSKY et al, 2010). As atuais ações de prevenção de doenças e promoção à saúde se concentram no fomento da autovigilância, que reforça essa concepção individualista da saúde, determinada pela superação pessoal. A ênfase se dá no âmbito individual, mascarada por um discurso de autonomia (despolitizada e liberal), onde o indivíduo é responsável pelo seu destino, mesmo quando tudo está fora do seu controle, neste contexto a sua responsabilização é também a sua alienação (MITJAVILA, JESUS, 2004). Nesta lógica, as pessoas precisam incorporar um estilo de vida que não seja insalubre, afinal o indivíduo é o “autor de sua própria saúde” (CASTIEL, 2007; CASTIEL, DIAZ, 2007). O autocuidado é uma obrigação, funciona como um controle social informal, no sentido de higiene comportamental, onde ser irresponsável com a saúde gera sensações de remorso, arrependimento, vergonha, como se tivessem cometido um pecado, funcionando assim como um inibidor de certas atitudes (CASTIEL, DIAZ, 2007).

6 Visto que, no neoliberalismo, a liberdade está condicionada em exercer nossa capacidade consumidora, há múltiplas escolhas para aqueles que podem ser agentes de consumo (CASTIEL, DIAZ, 2007).

7 É essencial analisar o contexto neoliberal, pois a saúde e a doença são determinadas socialmente (ZIONI, WESTPHAL, 2007), por isso é importante resgatar o conceito ampliado de saúde da 8ª Conferência Nacional de Saúde: “Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade. Acesso, e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida [...] a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (BRASIL, 1986, p.4).

A fim de capacitar as pessoas a realizarem escolhas racionais e conscientes (BAGRICHEVSKY et al, 2010), a saúde pública atual investe prioritariamente em ações de educação aos consumidores, pois considera que a questão central é a falta de informação. Mesmo sabendo que, por exemplo, as pessoas consomem alimentos ultra processados e *fast-food* porque são baratos e convenientes. Conforme Scrinis (2008), as pessoas muitas vezes reconhecem a má qualidade do produto, mas vivem num contexto que restringe as suas opções de “escolha” por alimentos mais saudáveis, como condições materiais de tempo e dinheiro. Desta forma, a educação em saúde fica reduzida a repassar informações sobre estilo de vida saudável, a fim de estimular a adoção individual de comportamentos que gerem os menores riscos de adoecimento (KRUSE, 2012; KRAEMER et al, 2014).

A modelização de um estilo de vida saudável pela medicina ilustra um processo medicalizador⁸, pois orienta um conjunto de hábitos de forma normalizadora e padronizada (MITJAVILA, JESUS, 2004; MITJAVILA, 2015). Além disso, o excesso de preventivismo pode provocar um efeito iatrogênico, quando a busca obsessiva pelo corpo saudável pode acabar se tornando um fator patogênico (GAUDENZI, ORTEGA, 2012). Isto porque pouco considera os limites dessas recomendações (medicalizante, individualistas e distantes das realidades sociais), ou seja, pouco se observa os possíveis danos das ações preventivas e os efeitos adversos das intervenções realizadas pela biomedicina (TESSER, 2017).

Desta forma, é necessário avaliar também as práticas agressoras ao corpo que acompanham o percurso de alcançar o corpo saudável, práticas que podem expor as pessoas a complicações de saúde decorrentes do uso por exemplo de esteroides, anabolizantes e inibidores de apetite⁹, estratégias estas que rotineiramente são incentivadas pela indústria da estética e do emagrecimento (BAGRICHEVSKY et al, 2010). Há também a tendência de privilegiar o corpo biológico em detrimento da mente, ocultando o estresse, ansiedade, isolamento e medo gerado

8 A medicalização diz respeito a expansão do campo de intervenção e influência da medicina que transforma e redefine situações e comportamentos - até mesmo situações e períodos comuns da vida como envelhecimento, menstruação, gravidez, alimentação - em problemas médicos. Essas situações passam a pertencer ao saber e poder da medicina, tornando-se então passíveis de prescrições (condutas e normas) e intervenções, baseadas no uso de tecnologias e informações das ciências médicas. Desta forma o processo progressivo de medicalização, que se dá na área da saúde, torna as pessoas progressivamente dependentes dos saberes científicos e dos profissionais de saúde, para atividades cotidianas, como comer. O que resulta na interferência em áreas da vida social, na constituição de pessoas desprovidas de autonomia e consciência sobre seus próprios processos de saúde-doença e o aumento de consumo de tecnologias terapêuticas (TESSER, 2006; GAUDENZI, ORTEGA, 2012; CAMARGO JR, 2013; MITJAVILA, 2015). Ou seja, o processo de medicalização nos tornou quem somos hoje, as práticas médicas introjetaram hábitos que atualmente são automáticos (ROSE, 2007). A linguagem médica foi incorporada de forma que já possui significado cultural e está difundida na nossa experimentação e manejo da vida, desta forma segundo Rose (2007) a medicina tem ajudado a nos tornar completamente artificiais.

9 No Brasil as mulheres têm um acesso mais facilitado as pílulas dietéticas, no estudo de Nunes et al (2003) o uso de pílulas dietéticas foi relatado por 5,1% mulheres, ultrapassando o número encontrado em estudos de outros países com regulamentação mais rígida.

pela busca do corpo saudável (GAUDENZI, ORTEGA, 2012; TESSER, 2017). Sendo assim, o excesso de preventivismo não necessariamente produz tranquilidade, certeza, eficácia e confiança, pode gerar angústia, ansiedade e sofrimento, ainda mais quando pretende universalizar modos de existir (BAGRICHEVSKY et al, 2010).

A prescrição de comportamentos saudáveis é vista como um cuidado positivo por parte da saúde, não como um adestramento no sentido da eficácia produtiva que segue um aprimoramento normativo do corpo (FOUCAULT, 1989). Importante pontuar que coexistem uma sociedade da disciplina e da norma com uma sociedade do êxito e da meritocracia, ou seja, disciplinarização do indivíduo e a biopolítica da população. A sociedade disciplinar é um modelo de controle e correção de indivíduos principalmente dos mais vulneráveis, os anormais serão identificados, examinados e interrogados, pois representam uma ameaça à ordem da sociedade (FOUCAULT, 2010).

[...] 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, 1989, p. 82).

Portanto, o corpo é objeto de intervenção da biopolítica articulada com técnicas disciplinares, em busca do cumprimento de uma norma. Uma norma que além de médias estatísticas também carrega aquilo que é considerado desejável num momento histórico de determinada sociedade, o que é considerado adequado e deve ser incorporado. Conforme Caponi (2009, p.532) há uma “[...] obsessão por demarcar fronteiras entre normalidade e desvio”, e o biológico historicamente é utilizado como elemento essencial para definir o normal e o que seria um desvio da normalidade (GASTALDO, 1997; CAPONI, 2009; KRAEMER et al, 2014). O normal adquire um valor de ideal e tudo aquilo que foge dos valores biológicos e comportamentos desejáveis é visto como uma ameaça à norma, justificando assim a intervenção curativo-terapêutica (CANGUILHEM, 1990; CAPONI, 2009; KRAEMER et al, 2014). E como lembra Canguilhem (1990) a terapêutica é a restauração da normalidade.

Além disso, Foucault (1989) menciona que nem sempre precisa ser repressivo para controlar, o controle é construtivo, sutil, cotidiano, uma rede de micropoderes que vigia e disciplina corpos, ou seja, mecanismos de dominação a partir dos próprios dominados. Pode-se notar que o discurso comportamental da saúde vai para além de um mecanismo negativo de exclusão ou rejeição de hábitos não saudáveis, há uma rede de discursos, saberes, prazeres e poderes, que são dispositivos diferentes da simples repressão. Pois além de castigar os anormais, também deve recompensar aqueles que cumprem a norma e os comportamentos

esperados (FOUCAULT, 2014). Desta forma, a norma é aceita e disseminada, pois faz com que o próprio sujeito se responsabilize e escolha a norma (GASTALDO, 1997; KRAEMER et al, 2014), e assim as próprias pessoas se condicionam a disciplinas autoimpostas de cuidado (CASTIEL, DIAZ, 2007; SANT'ANNA, 2016).

2.1.3 Distinção de classes a partir da valorização do corpo magro

Atualmente o corpo magro é considerado imprescindível para ter um corpo saudável, desta forma segundo Rangel (2018, p.38) “[...] a magreza passa a ser vista como um indicador de saúde”. Como se as pessoas magras já houvessem cumprido com o pré-requisito de saúde, mesmo que não tenham feito nada para ter esse corpo. Isto porque associa-se que ser magro é gozar de boa saúde (POULAIN, 2013), ou seja, é realizada uma associação direta entre magreza e cuidado com o corpo e o cumprimento de comportamentos saudáveis.

Ademais, o corpo magro é veiculado com imagens de sucesso, realização pessoal, felicidade, controle, um corpo atraente, e o corpo gordo como um corpo não controlado, inapto, descuidado, doente e fracassado (SANTOS, 2006; KRUSE, 2012; NOBRE et al, 2016). Nota-se que há uma valorização moral do corpo magro, pois se assume que este é resultado de um trabalho duro, de autocontrole, disciplina, determinação e conseqüentemente é merecedor de recompensas (LANGDON, RUKAVINA, GREENLEAF, 2016).

Conforme Magdalena Piñeyro (2016), as pessoas magras vivem em situação de privilégio quando comparadas com pessoas gordas, ela argumenta que se há um grupo oprimido conseqüentemente há um privilegiado. As pessoas magras se beneficiam da opressão de pessoas gordas mesmo que de forma involuntária e inconsciente, elas acabam vivendo em situação de privilégio. Afinal, as pessoas magras acabam possuindo uma maior permissão para ter comportamentos não saudáveis e não são alvos de cobranças e vigilância sobre sua saúde. Ou seja, não precisam comprovar que estão saudáveis, que comem frutas e verduras diariamente, e mesmo que sejam sedentárias não serão acusadas preguiçosas.

Todavia, nem sempre a magreza significou sinônimo de saúde, no século XIX era um sinal de fraqueza, pois remetia a pobreza em uma época que a fome ameaçava os brasileiros, e a desnutrição era considerada um grande problema de saúde pública no país (SANT'ANNA, 2016). De acordo com Sant'anna (2016), os corpos magros carregavam uma imagem negativa “carcomidos pela miséria”, a magreza era representada por expressões como encaveirado, raquítico, mirrado, desenganado e melancólico, havia um pavor de emagrecer que estava relacionado à ameaça dos surtos epidêmicos. Poulain (2013) também relembra que a magreza

era desvalorizada pois era um sinal de doença, esterilidade e déficit de vitalidade. Nesta época, os corpos arredondados significavam distinção social, riqueza, saúde, fecundidade e prosperidade, o dito “vendendo saúde” era utilizado para o corpo robusto que possuía os ossos bem cobertos (POULAIN, 2013; SANT’ANNA, 2016; SILVA, CANTISANI, 2017).

Havia uma “[...] vasta literatura de regimes para engordar, como existe, atualmente, uma vasta literatura de regimes para emagrecer” (POULAIN, 2013, p.125). Como por exemplo na antiga campanha publicitária dos comprimidos Vikelp (Figura 1), onde diz: “*Vikelp transforma as magras de nascença em criaturas fortes e cheias de vida*”. Esta campanha é de 1940 e expressa os padrões estéticos após a segunda guerra mundial, um momento de escassez de alimentos, exemplificando como a beleza é sempre inatingível para a maioria da população (ALTHEIA, 2019). Afinal, como eram a maioria dos corpos em 1940? E atualmente, num contexto de “abundância” alimentar, a magreza se tornou um sinal de distinção social, estética e saúde.

Figura 1- Campanha publicitária comprimidos Vikelp

livre-se do
**COMPLEXO
DA MAGREZA**

Vikelp transforma os magros de nascença em criaturas fortes e cheias de vida

Cuidado com essa magreza! Dia a dia, essas palavras ferem a sua sensibilidade, tornando sua vida um fardo insuportável. V. deixa de ir às praias... usa roupas fechadas... adquire o complexo da magreza. Vikelp trouxe novo alento aos magros de nascença. É um poderoso concentrado vegetal assimilável, à base de sais minerais, vitaminas e iodo natural extraído da alga marinha "kelp". A sua ação tónica e restauradora sobre glândulas, músculos e nervos é extraordinária. Em poucos dias Você verá cernes rijas vencerem a magreza do seu corpo, voltando as forças, a energia e a confiança em si mesmo. Comece a tomar Vikelp hoje mesmo.

COMPRIMIDOS
VIKELP

Distribuidores: COMPANHIA INDUSTRIAL FARMACÉUTICA - Caixa Postal 3786 - Rio de Janeiro

Fonte: BUENO, TAITELBAUM (2008, p. 16).

Essa campanha demonstra também a variação do que concebemos por saúde e como o que é considerado saudável não é estático, é coproduzido e varia conforme os estudos

científicos¹⁰, as doenças emergentes, o padrão de beleza, a cultura, o tempo histórico, o local e o mercado (BEZERRA, 2012; NOBRE et al., 2016). Isto é, o corpo está em constante transformação e seu significado simbólico varia de época para época e de cultura para cultura (RANGEL, 2018). Por exemplo, a partir de 1980 malhar o corpo foi considerada uma tendência de saúde e beleza (SANT'ANNA, 2014). E assim, o corpo bonito deixou de ser um dom natural, o corpo é algo que pode ser conquistado com dinheiro e esforço, ele virou um bem de consumo (ALTHEIA, 2019).

Atualmente, há um certo heroísmo em dedicar a vida a ter um corpo *fitness*, os novos aplicativos da mídia - Facebook, Instagram, Youtube, Snapchat, Twitter - intensificaram a divulgação desse estilo de vida (GELSLEICHTER, 2019). A nutricionista Paola Altheia (2019) define como culto à imagem, não um culto ao corpo, pois a maioria odeia seu corpo e idealiza uma imagem de corpo que ninguém tem. Alcançar esta imagem “[...] mesmo que custe a paz, a saúde corpórea, a sanidade mental. Ter um corpo magro, esbelto e definido é a maior promessa de felicidade da contemporaneidade” (ALTHEIA, 2019, p.47).

Considerando que o corpo constitui uma das formas de conformação da nossa identidade, ele demarca de onde viemos, a que grupo pertencemos, nos coloca presentes no mundo. Numa sociedade empreendedora é preciso fazer marketing de si mesmo, pois a aparência determina o seu sucesso ou o seu fracasso. Na lógica do espetáculo das redes sociais, importa mais o que aparentamos ser do que realmente somos, uma perturbada busca por atenção, reconhecimento público e aceitação social (CASTIEL, DIAZ, 2007). Todos querem oferecer a sua melhor versão, e segundo Sant'anna ser magro ou ser gordo revela “[...] o que cada um tem de melhor e também de pior para oferecer aos outros e a si mesmo” (SANT'ANNA, 2016, p.176).

Nas sociedades atuais, afirma, a sociabilidade resulta da exaltação do eu e da estetização da existência realizadas pelos indivíduos. O sujeito passa a ser dominado pela preocupação com a performance, e seus gestos permanecem voltados para a sedução do outro, que é apenas objeto predatório para o gozo e enaltecimento do eu. No universo do espetáculo realiza-se, então, a captura narcísica do outro. Ser e parecer se identificam no discurso narcísico, subvertendo o verdadeiro e o falso, o original e o simulacro. A sociabilidade é antiplatônica, pois o sujeito perde a interioridade à medida que ganha exterioridade, numa cultura em que se exalta desmesuradamente o eu (MINAYO, 1998, p.527).

10 O conhecimento científico produz “verdades” provisórias – mas transparece como verdade absoluta e imutável – sobre o que é saudável ou não. Os limites entre saúde e doença estão constantemente sendo recriados, conforme o tipo ideal de sujeito produtivo para melhor fornecer a produção capitalista (GASTALDO, 1997; CAPONI, 2009; BEZERRA, 2012; GAUDENZI, ORTEGA, 2012).

Diante disso, diariamente, o corpo é esculpido, manipulado, modulado e reconstruído por rituais/modismos, como cirurgias plásticas, malhação, medicamentos, suplementos, cosméticos, procedimentos estéticos, inibidores de apetite, dietas, entre outros (FERREIRA, MAGALHÃES, 2005). Afinal, cuidar do corpo tornou-se uma das formas mais importantes de realização pessoal, inserção social e símbolo dos ideais de sucesso. Segundo Poulain (2013, p.71), a “[...] conformidade ao modelo da estética corporal ao mesmo tempo aumenta o sentimento de poder agradar e a autoestima. No desejo de emagrecer ou de perder peso, esses motivos estão em primeiro lugar, bem antes das questões relativas à saúde”. Porém a nossa autoestima é construída a partir de um referencial de corpo magro, tonificado, jovem e branco, um padrão que não considera a pluralidade étnico-racial e a diversidade corporal.

Um padrão de consumo que promove e distingue as classes sociais, e torna-se um status a ser conquistado, dado que alcançar o corpo saudável é resultado de esforço, disciplina e poder econômico (NOBRE et al, 2016). Possuir um corpo magro e malhado é uma conquista bem mais acessível para as classes ricas, pois para sustentar um estilo de vida saudável é preciso tempo e dinheiro. O corpo ideal é um corpo de classe que possui poder econômico, político e cultural, afirma uma condição social privilegiada e reforça as fronteiras entre as classes (FERREIRA, 2014; SANT’ANNA, 2016). A nobreza utiliza do corpo para marcar e manter sua distinção, por essa razão o corpo precisa ser cuidado, cultivado e protegido, para manter seu valor diferenciador e para reafirmar um corpo de classe (FOUCAULT, 2017).

2.1.4 O sujeito neoliberal: competitividade, meritocracia e individualização

O corpo é produto de uma escolha, de um estilo de uma modelagem. Cada indivíduo é responsável por seu corpo, reinventado e transformado a própria vontade. Esse é o novo discurso do gozo e do desempenho que obriga o indivíduo a dar-se um corpo tal que ele possa ir sempre além de suas capacidades atuais de produção e prazer (DARDOT, LAVAL, 2016, p.358).

Segundo Dardot e Laval (2016), o sujeito neoliberal é produzido pelo dispositivo desempenho/gozo, onde o bom desempenho é um dever e o gozo é um imperativo. O princípio é do excesso e da superação, pois a exigência é que se produza sempre mais, isto é, se busca o desempenho máximo não o equilíbrio. O sujeito precisa transcender os limites a fim de uma superação continua e infinita de si, o gozo é uma aspiração a plenitude impossível. Porém, o custo subjetivo é muito alto, pois a maioria prova a sua insuficiência e conduz à depressão generalizada, e no neoliberalismo não há tempo para os perdedores, fracassados, que além de

derrotados e estigmatizados por serem insuficientes, serão o contraponto que assegura o domínio dos vencedores.

No neoliberalismo, além da criação de situações favoráveis para o mercado, possui como ponto focal a produção do sujeito empresarial, onde qualquer sujeito é um potencial agente empreendedor, um princípio de conduta essencial à ordem capitalista (DARDOT, LAVAL, 2016). É necessário moldar sujeitos empreendedores que saibam procurar e aproveitar oportunidades de lucro, que interiorizem os valores do mercado e que estejam dispostos a viver num processo permanente de concorrência, competição, rivalidade e superação (DARDOT, LAVAL, 2016). O sujeito neoliberal é um empreendedor inteiramente imerso na competição e na lógica do desempenho. Dardot e Laval (2016) fazem uma analogia com o esporte, afinal os atletas são encarnações perfeitas do empreendedor de si e da superação idealizada dos limites.

Afinal, a coerção interna é muito mais eficaz e exigente do que a coerção externa, pois reforça a motivação e o desejo de fazer melhor, pois não se faz porque alguém obrigou, a pessoa age porque decidiu fazer (DARDOT, LAVAL, 2016). Ou melhor, desejou fazer o que configura técnicas muito mais refinadas de motivação e incentivo, assim como formas mais eficazes de sujeição. Com a sensação de ser protagonista de suas escolhas, mesmo que a liberdade de escolher seja escolher obrigatoriamente uma conduta já traçada para seu próprio interesse. “O segredo da arte do poder, dizia Bentham, é agir de modo que o indivíduo busque seu interesse como se fosse seu dever, e vice-versa” (DARDOT, LAVAL, 2016, p. 216). Como debatido anteriormente, o poder não se executa por pura coerção, há dispositivos de recompensas e punições, sistemas de estímulo e desestímulo para guiar a conduta das pessoas – uma “gestão de mentes” pois a subjetividade deve estar inteiramente envolvida (DARDOT, LAVAL, 2016).

Um sujeito ativo e ambicioso, que deve estar engajado em valorizar e maximizar seu capital pessoal (melhoramento contínuo), mobilizado pelo desejo de realização pessoal e sucesso, atirando a concorrência até onde ainda não existe, a fim de superar os outros e até a si mesmo (DARDOT, LAVAL, 2016). A cultura da empresa de si mesmo, traz consigo a ideia de que a pessoa tem domínio sobre a sua vida, somos os únicos responsáveis por aquilo que nos acontece, o que gera alto custo psíquico devido a (auto) culpabilização. Pois, a solução para o enfrentamento dos riscos gerados socialmente é estritamente privada, há uma individualização para que as crises sociais sejam percebidas como crises individuais, e as desigualdades são resultado de fracassos e falhas pessoais ou escolhas de vida, nunca são vinculadas a fatores estruturais (HARVEY, 2005; SADER, 2008; DARDOT, LAVAL, 2016).

A lógica individualista é que “[...] não se pode mudar o mundo, resta inventar-se a si mesmo” (DARDOT, LAVAL, 2016, p. 344), os esforços dependem apenas da própria pessoa,

ela deve reagir as dificuldades, pois “[...] o estresse não resulta dos estressores, mas da maneira como interpreto e reajo a suas injunções” (DARDOT, LAVAL, 2016, p. 344). Resiliência é a palavra do neoliberalismo, pois nada pode ser um obstáculo, tudo tem solução, só depende do seu comprometimento pessoal. Sendo assim, emagrecer só depende de você, quanto mais difícil for, mas você consegue provar seu valor.

Nota-se que os ideais neoliberais têm alcance para além dos aspectos econômicos, atingem diversos âmbitos sociais e da vida privada, ao reforçar a competitividade, responsabilizar o indivíduo pelo seu destino e sucesso, e condicioná-lo a uma infinita busca (narcisista e vaidosa) por juventude e prolongamento da vida. Todos devem lutar por um corpo saudável e é como se todos pudessem alcançar isso se aderirem a determinados comportamentos, levando as pessoas a acreditarem que é realmente possível controlar sua saúde e seu corpo (BROWNELL, 1991).

Em síntese, a racionalidade neoliberal difunde o espírito empreendedor em toda sociedade, nos diversos aspectos da vida e práticas cotidianas, aprendemos ser o mais empreendedores possível, e assim todas as relações humanas são afetadas por essa dimensão empresarial, que resulta numa dissolução dos vínculos, enfraquecimento dos coletivos e reforça o isolamento social (DARDOT, LAVAL, 2016). O neoliberalismo destrói a dimensão coletiva da existência e a reciprocidade para com o outro, pois exige competitividade, meritocracia e individualização (SADER, 2008). Defende um sistema meritocrático em condições totalmente desiguais, o que conseqüentemente reforça os historicamente privilegiados (AZEVEDO, 2018). Pois, nem todos poderão ser bem-sucedidos nas novas exigências da vida social (MITJAVILA, JESUS, 2004), afinal a maioria das pessoas não escolhe o estilo de vida que vive, porque possui condições socioeconômicas desfavoráveis para acessar o estilo de vida saudável mercantilizado.

2.2 A PERSPECTIVA DA SAÚDE SOBRE AS PESSOAS GORDAS

2.2.1 Porque não utilizar o termo obeso

Inicialmente é importante pontuar que este trabalho utilizará o termo pessoas gordas como forma de caracterizar um grupo de pessoas e não de forma pejorativa ou ofensiva. O ativismo gordo defende a reapropriação do termo gorda/gordo como um descritor neutro, a mesma abordagem utilizada por outros movimentos como o LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero) que adota termos que historicamente são utilizados de formas pejorativas

(MEADOWS, DANÍELSDÓTTIR, 2016). E embora a palavra gorda ainda seja vista de forma negativa por muitas pessoas, é provável que ganhe maior aceitação conforme a luta pela igualdade do corpo avance (MEADOWS, DANÍELSDÓTTIR, 2016).

O ativismo gordo rejeita os termos “sobrepeso” e “obesidade”, pois eles remetem à patologização dos corpos gordos (RANGEL, 2018), e de forma evidente a utilização desses termos ultrapassaram o campo da saúde e atualmente é a nomenclatura biomédica que explica a existência das pessoas gordas. No âmbito da saúde esses termos são corriqueiramente utilizados pelos profissionais de saúde e pelas políticas públicas sem menor crítica ou problematização, pois consideram qualquer corpo gordo como doente. E até mesmo nas pesquisas sobre o estigma relacionado ao peso continua-se utilizando as expressões “obesos” e “obesidade”. Já existem alguns estudos que mencionam que os termos como “obesidade”, “obeso” e “obeso mórbido” são percebidos negativamente pelas pessoas gordas (ALBURY et al., 2020), mesmo que a biomedicina posicione esses termos como tecnicamente “neutros” (MEADOWS, DANÍELSDÓTTIR, 2016; LOZANO-SUFRATEGUI, SPARKES, MCKENNA, 2016).

Esses termos carregam conotações negativas e estão associadas a alguma forma de discriminação (ALBURY et al, 2020), geram sentimento de frustração e falta de esperança (WARD, GRAY, PARANJAPE, 2009), conseqüentemente são rótulos que impactam negativamente no comportamento de saúde (LOZANO-SUFRATEGUI, SPARKES, MCKENNA, 2016). Porém, não há um consenso nos estudos sobre qual seria a melhor linguagem relacionada ao peso que deveria ser utilizada pelos profissionais de saúde, considerando que os termos podem invocar diferentes interpretações e preferências individuais (PUHL, PETERSON, LUEDICKE, 2013). Por exemplo, no estudo de Vartanian (2010) o termo “obeso” evocou avaliações negativas mais fortes do que o termo “gordo”. No estudo de Puhl, Peterson e Luedicke (2013), os termos “obesidade mórbida”, “gordo” e “obeso” foram classificados como a linguagem mais indesejável e estigmatizante.

No entanto, é urgente refletir sobre a desumanização e estigmatização de certos termos, Kyle e Puhl (2014) recomendam evitar rotular as pessoas com suas doenças/condições/deficiências - por exemplo identificar pessoas com termos como cegos, esquizofrênicos, diabéticos, aidéticos – e pontua que no caso da obesidade pouco se debate como a linguagem pode ser estigmatizante. O termo “obeso” para além de uma doença é uma identidade (KYLE, PUHL, 2014), é reduzir alguém a essa condição. E ainda mais problemático é o termo “obeso mórbido” que precisa ser urgentemente banido, pois identifica uma pessoa com a palavra “mórbido” que faz referência a algo doentio, patológico, uma perversão, uma

anormalidade, praticamente um monstro com a morte anunciada. Uma outra proposta é utilizar uma linguagem centrada na pessoa, conforme Albury et al (2020) sugere utilizar o termo “pessoa vivendo com obesidade”.

2.2.2 Obesidade enquanto doença tem resultado em benefícios para pessoas gordas?

A patologização do corpo gordo parece um discurso consolidado e inquestionável, mas não parece haver consenso sobre sua definição. A obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que afeta e prejudica a saúde. Já, segundo a Portaria nº 424, a obesidade é uma condição crônica e um fator de risco para outras doenças (BRASIL, 2013). Conforme a Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) a obesidade é uma doença crônica que tem a “[...] tendência a encurtar a vida, abrindo caminho para perigosas enfermidades” (ABESO, 2016, p.22).

Em 2013 a *American Medical Association* (AMA) decidiu reconhecer a obesidade como uma doença, contrariando o seu próprio Comitê de Ciência e Saúde Pública que apontou o risco de potencializar a medicalização das pessoas gordas (ALVARENGA et al, 2019). Mesmo assim, a AMA utilizou-se de uma argumentação utilitária de que a patologização traria mais consequências positivas do que negativas, em função da melhoria da qualidade do serviço prestado, de mais recursos para pesquisa, prevenção e tratamento, e até mesmo a reduzir o estigma (FIGUEIREDO, VELHO, 2012; ALVARENGA et al, 2019). Porém, esses argumentos são mais plausíveis em relação ao funcionamento do sistema de saúde dos Estados Unidos da America (EUA) visto que não possuem um sistema público universal, já em países onde há um sistema de saúde universal não faz tanto sentido. Por isso a Associação Europeia para Estudo da Obesidade (EASO) e a *European Clinical Journal of Nutrition* optaram por manter a obesidade como um fator de risco (VALLGÅRDA et al, 2017; ALVARENGA et al, 2019). No Brasil, que possui o Sistema Único de Saúde (SUS), esta argumentação utilitária para patologização também não se faz necessária, visto que o acesso ao serviço de saúde é universal.

Outro argumento comum é de que o rótulo de doença tiraria a culpa das pessoas gordas, pois ao ser considerada doença a sociedade como um todo estaria mais disposta a ajudar e poderia ser benéfico para incentivar as pessoas gordas a buscarem ajuda (VALLGÅRDA et al, 2017). Mas, conforme Vallgård et al (2017) apontam, não há evidências de que declarar obesidade uma doença reduziria a discriminação ou a estigmatização. Os autores também reiteram os efeitos negativos do rótulo de doença definição do corpo gordo como desviante

contrariando todo o esforço do ativismo gordo¹¹ de normalizar os corpos gordos, assim como dicotomizando a percepção sobre o peso corporal, ou seja, quais são os corpos doentes e quais são os saudáveis (KIRKLAND, 2008; VALLGÅRDA et al, 2017). Outro efeito seria a medicalização e o tratamento excessivo, de uma condição que nem sempre leva a problemas de saúde e que a maioria das pessoas gordas vivem tanto quanto as pessoas não gordas (VALLGÅRDA et al, 2017).

É importante pensar que este rótulo tem impactos para além do setor saúde (AMPAROSANTOS, FRANÇA, REIS, 2020). Ele pode ser utilizado, por exemplo, como forma de aumentar a discriminação no local de trabalho e prejudicar a inclusão das pessoas gordas no mercado de trabalho (VALLGÅRDA et al, 2017). Tal como quando o Índice de Massa Corporal (IMC) é utilizado para a inadmissão no serviço público de candidatos aprovados em concursos públicos, os quais são declarados inaptos em perícia médica por serem portadores de “obesidade mórbida” (DE OLIVEIRA, 2014). O IMC permite identificar o quanto a pessoa se afasta do padrão de normalidade (normal é ter o corpo magro e anormal é ter o corpo gordo) (KRAEMER et al, 2014), um olhar normativo excludente, que produz impactos na vida das pessoas gordas. Exemplificando o risco de transformar um “[...] instrumento de “norma médica” e seu sistema classificatório de “norma social” (POULAIN, 2013, p.182).

2.2.2 IMC: critério diagnóstico da obesidade

O IMC ou índice de Quetelet foi criado em 1832 pelo estatístico, astrônomo, matemático, sociólogo e belga Adolphe Quetelet, com seus estudos sobre dinâmica corporal, apresentou a relação peso/altura² (POULAIN, 2013). Porém, a proposta de Quetelet era determinar a lei do crescimento do corpo humano em perspectiva populacional (identificar o perfil antropométrico de uma dada população), não havia um interesse de caráter biomédico (ser um preditor oficial de sobrepeso e obesidade) (PICH, 2013). Em 1995, um comitê de especialistas da OMS propôs o IMC como parâmetro de diagnóstico universal da obesidade, a fim de facilitar a epidemiologia comparativa de estudos populacionais sobre o estado nutricional da população (POULAIN, 2013; PICH, 2013). Uma definição quantitativa para a obesidade - definida por IMC igual ou superior a 30 (KOPELMAN, 2000) – facilitaria também a identificação da obesidade enquanto uma doença.

11 O ativismo gordo defende que os tamanhos e formas do corpo variam, e que os corpos gordos são versões do corpo e devem ser reconhecidas (KIRKLAND, 2008; VALLGÅRDA et al., 2017).

E em 1998, o uso do IMC se generaliza devido a sua facilidade, praticidade e simplicidade de coleta, pois pode ser até mesmo autorrelatado, além disso, também é de fácil entendimento para o público leigo (POULAIN, 2013). Logo, o IMC é considerado um marcador de saúde rápido, conveniente e barato (TOMIYAMA et al, 2016), estes são os principais argumentos para sua generalização para uma escala populacional (POULAIN, 2013).

[...] essa generalização do IMC é um progresso formidável, mas também um empobrecimento formidável pois o instrumento vantajoso para os estudos de população (prático e fácil de ser obtido) é também muito rudimentar para a análise dos casos particulares (POULAIN, 2013, p.174).

Porém, o IMC não é um bom indicador para escala individual, mesmo assim é o cálculo mais utilizado para avaliação da adiposidade corporal em nível individual (ABESO, 2016). A principal crítica ao IMC é a sua incapacidade de aferir a distribuição e localização de gordura, a proporção de gordura corporal (não diferencia gordura visceral e corporal) e a composição corporal (não difere gordura, massa muscular e densidade óssea) o que pode causar um falso diagnóstico de sobrepeso e obesidade (REZENDE et al, 2010; PEREIRA, SILVA, 2017). Por exemplo, pessoas com elevada quantidade muscular podem apresentar um elevado IMC, mesmo que não possuam uma elevada taxa de gordura corporal (WITT, BUSH, 2005). Nota-se que o IMC não é um bom indicador de composição corporal, tal como no estudo de Oreopoulos et al (2010) onde o IMC falhou na correta classificação da composição corporal em 41% dos doentes examinados.

Até mesmo a OMS diz que é uma indicação aproximativa (não corresponde à massa gorda), alerta que deve ser utilizada com precaução, devido as variações individuais, mas insiste na sua utilização. Ou seja, “[...] parece haver uma inconsistência quanto a sua aplicabilidade para diagnosticar uma doença caracterizada por acúmulo de gordura” (DIAS et al, 2017, p. 3). Entretanto, o critério de diagnóstico atual da obesidade ainda é o IMC, mesmo Rubino et al (2020) apontando a sua inadequação e mencionando a necessidade de identificar fatores clínicos e biológicos mais significativos. Rezende et al. (2010) também apontam que o valor preditivo do IMC é baixo por isso é contraindicado o seu uso de maneira isolada na prática clínica.

A medida do indivíduo é o próprio indivíduo, e não se poderiam tomar como referência valores retirados de estudos populacionais para aplicá-los ao plano individual de forma linear, sem considerar as características específicas do indivíduo (PICH, 2013, p. 856).

Outras medidas antropométricas (como circunferência da cintura¹², medida de dobras cutâneas) tem se mostrado mais sensíveis na identificação de excesso de gordura corporal e alterações metabólicas, mas ainda assim o IMC permanece como o mais utilizado (SÖNMEZ et al, 2003; PEREIRA, SILVA, 2017). Desde o início, seus limites e sua credibilidade estão em discussão, pois os pontos de corte do IMC desconsideram etnia¹³, sexo¹⁴, além de abranger uma faixa etária¹⁵ muito ampla (20 a 59 anos), mesmo sabendo-se que esses fatores interferem diretamente na composição corporal (STAWBRIDGE et al, 2000; REZENDE et al, 2007; REZENDE et al, 2010). Por exemplo, com o avanço da idade há um aumento da quantidade de tecido adiposo e/ou redução da massa magra e redução da massa óssea (REZENDE et al, 2007), mas não se avalia a necessidade de definir pontos de corte diferenciados segundo a idade das pessoas adultas (REZENDE et al, 2010) e pouco se considera o processo de envelhecimento da população mundial na avaliação do IMC. Ou então, como a composição corporal é afetada diretamente por alterações hormonais da menopausa em mulheres cis (LINS, SICHIERI, 2001).

A proporção do corpo também é um limitante tendo em vista que pessoas com pernas curtas terão um IMC aumentado, assim como pode ser superestimado em atletas e pessoas musculosas, e esses inconvenientes não podem ser subestimados (PINHEIRO, FREITAS, CORSO, 2004; ABESO, 2010; ABESO, 2016). Além disso, é importante lembrar que o IMC é um parâmetro internacional construído a partir de populações caucasianas (resquícios da colonialidade¹⁶), que não leva em consideração as diferenças étnico-raciais, culturais e as variações na estrutura do corpo existentes, pois não abarca a diversidade de corpos existentes

12 Por exemplo, a circunferência da cintura permite avaliar a distribuição central de gordura corporal, forte preditora de quantidade de gordura visceral, principal responsável pelo aparecimento de alterações metabólicas e de doenças cardiovasculares, por isso importante para avaliar o risco cardiovascular (REZENDE et al, 2007).

13 Conforme Deurenberg-Yap et al (2000) a relação entre IMC e gordura corporal difere significativamente entre grupos étnicos.

14 A variável sexo é sempre tão crucial para demarcar essas diferenças biológicas, mas na homogeneização do IMC parece que se torna irrelevante. Mesmo que haja “[...] diferenças na distribuição e acúmulo de gordura corpórea entre os sexos, por exemplo, as mulheres têm proporcionalmente mais tecido adiposo que os homens” (OLINTO, 1998, p. 165).

15 Só possui pontos de corte diferenciados para avaliar o estado nutricional de idosos (a partir de 60 anos), devido sua perda de massa magra e ganho de peso com o avanço da idade. Por isso a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2002) propôs novas referências: Baixo peso: IMC 28-30 kg/m²; Peso Adequado: IMC 23- 28 kg/m²; Excesso de peso: IMC >28-30 kg/m²; Obesidade: IMC >30 kg/m².

16 “A colonialidade é um dos elementos constitutivos e específicos do padrão mundial do poder capitalista. Sustenta-se na imposição de uma classificação racial/étnica da população do mundo como pedra angular do referido padrão de poder [...]” (QUIJANO, 2009, p.73). Ou seja, a colonialidade expressa a permanência do colonialismo até hoje, produzindo “[...] uma relação entre sujeitos e contextos de hierarquização e subalternização social, política, econômica, geográfica, cultural, religiosa e epistemológica, dentre outras” (VALENÇA, 2014, p.12).

no mundo nas suas amostras (STAWBRIDGE et al, 2000; AHIMA, LAZAR, 2013; NG et al, 2014;).

[...] toda raça tem sua peculiar constituição, que difere de uma para outra, e que é determinada pela influência do clima e dos hábitos que caracterizam o homem médio de cada país em particular. Todo indivíduo, ainda, tem a sua particular constituição, que depende também da sua organização e do seu modo de existência (QUETELET, 1842, p.99 apud PICH, 2013 p.857).

Amparo-Santos, França e Reis (2020, p. 42) questiona: “[...] o Brasil tão diverso em etnias e miscigenações, será que as faixas de classificação do IMC, formuladas com base em uma população “caucasiana”, tão diferentes de nós, alcançam nossas características e singularidades?”. E em relação ao Brasil, são necessárias amostras representativas da população brasileira para verificar a adequação dos pontos de corte utilizados atualmente (REZENDE et al, 2010). Por exemplo, em relação à população asiática, os pesquisadores sugerem que os pontos de corte sejam mais baixos (em torno de 27 kg/m²), pois é mais adequado para identificar alterações metabólicas e realizar o diagnóstico de obesidade (DEURENBERG-YAP et al, 2000; WOO et al, 2004).

E mesmo comprovadas as diferenças entre as populações se opta por manter os mesmos pontos de corte do IMC a fim de possibilitar uma comparação internacional mesmo que de forma enviesada (WHO, 2004). Desta forma, um índice desatualizado classifica diferentes corpos, de diferentes lugares, cada qual com suas particularidades, histórias e desenhos, por meio de um único padrão – do corpo masculino, branco e europeu (KRUSE, 2012; FERREIRA, 2014). Não se pode esquecer que o “homem médio” está vinculado a um período histórico e a um grupo social e os pontos de corte do IMC são referentes a esse homem universal, que, de certa forma, sugere a existência de um modelo ideal (PICH, 2013). Logo, nota-se um deslocamento da inicial proposta do IMC quando ele é utilizado enquanto um parâmetro normativo (PICH, 2013).

Suspeitamos que a força do IMC se revele muito mais na necessidade do Estado (e atualmente do mercado também, isto é, do binômio Estado-mercado) de manter a captura e a tutela da vida da população calcada na lógica da normalidade que implica a culpabilização dos corpos não normais, desviantes, a culpabilização da vítima (PICH, 2013, p. 862).

E a estatística é uma ciência importante na implementação das tecnologias biopolíticas, pois permite quantificar e qualificar a vida biológica da população, subsidiando a governamentalidade do corpo populacional (PICH, 2013). O exercício do poder estatal sobre a vida da população, orientado pela ideia de “fazer viver e deixar morrer” (FOUCAULT, 2000, p.218) a partir da política (biopolítica). Na biopolítica as estratégias buscam potencializar e

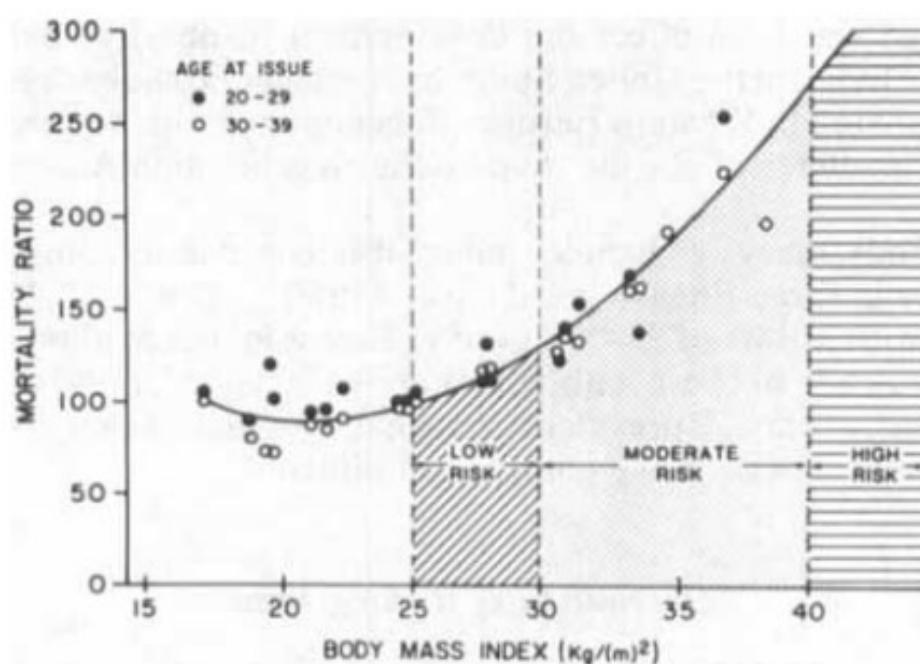
melhorar a vida a partir do controle da natalidade, mortalidade, morbidade, expectativa de vida e reprodução. A obra de Quetelet é particularmente relevante no campo da biopolítica (PICH, 2013), pois demonstra o processo de gerenciamento da vida da população com base em dados estatísticos, como a estatística é essencial para adequar a população ao projeto de sociedade.

2.2.3 O IMC isolado determina saúde?

A morte súbita é mais comum naqueles que são naturalmente gordos do que nos magros (ABESO, 2016, p.10).

A consolidação da utilização do IMC enquanto avaliação do estado nutricional também se deu pela sua relação com o risco de mortalidade. O estudo de Bray (1987) é pioneiro em relacionar os fatores de risco de mortalidade cardiovascular e o IMC, onde a análise de diversos estudos indicou um aumento da mortalidade com o aumento do IMC (Figura 2). A famosa curva em forma de “U” ou “J” que valida a relação entre a corpulência e os fatores de risco cardiovasculares, onde o risco é mínimo entre 20-25 e o risco aumenta tanto quanto o IMC aumenta ou diminui (POULAIN, 2013). Importante observar que abaixo de 18,5 há um leve aumento do risco, por isso é considerado estado de magreza. Atualmente é consenso que entre 18,5-24,9 o risco é mínimo (considerado peso normal), a partir de 25 o risco aumenta segundo a curva J, referente à categoria sobrepeso (entre 25-29,9), partir de 30 a categoria obesidade e acima de 40 obesidade muito grave.

Figura 2 – Estudos Prospectivos de Obesidade e Mortalidade



Fonte: BRAY (1987, p. 20).

Observa-se que valores extremos de IMC aumentam o risco de mortalidade (REZENDE et al 2010), porém, conforme pontuando por Calle et al. (1999), embora o risco associado à magreza seja de interesse científico, em questão de saúde pública, o mais preocupante é o risco associado à obesidade. Alguns autores sugerem que o risco associado ao baixo IMC pode ser atribuído a fatores de confusão como tabagismo e doenças concomitantes (CERVI, FRANCESCHINI, PRIO, 2005; CALLE et al, 1999). Por isso foi levando em conta na pesquisa de Calle et al (1999), um estudo prospectivo com uma grande amostra acompanhado pelo período de 14 anos que investigou a relação entre o IMC e o risco de morte. Em síntese, a obesidade foi mais fortemente associada a um risco aumentado de morte entre aqueles que nunca fumaram e que não tinham história de doença, e a magreza associada a um risco aumentado de morte entre fumantes atuais ou ex-fumantes com história de doença (CALLE et al, 1999).

Em 2000, a OMS publica um relatório “Obesidade: prevenindo e gerenciando a epidemia global” com a classificação de adultos de acordo com o IMC (Figura 3), indicando que o baixo peso está associado ao baixo risco de comorbidades (porém risco elevado de outros problemas clínicos), o risco em relação ao sobrepeso aparece indefinido e elevado para obesidade. Essa classificação foi utilizada por várias outras instituições, como por exemplo pelas Diretrizes Brasileiras de Obesidade publicadas pela ABESO em 2010, que sinaliza que sua classificação é oriunda da classificação da OMS (2000).

Figura 3- Classificação de adultos de acordo com IMC (2000)

Classification of adults according to BMI^a		
Classification	BMI	Risk of comorbidities
Underweight	<18.50	Low (but risk of other clinical problems increased)
Normal range	18.50–24.99	Average
Overweight:	≥25.00	
Preobese	25.00–29.99	Increased
Obese class I	30.00–34.99	Moderate
Obese class II	35.00–39.99	Severe
Obese class III	≥40.00	Very severe

Fonte: OMS (2000, p. 9).

Porém, na tabela das Diretrizes Brasileiras de Obesidade de 2010 (Figura 4), o baixo peso aparece apenas com baixo risco de comorbidades, omitindo informações da tabela anterior.

A falta de especificações deixa incerto o que a tabela quer transmitir: seria apenas doenças associadas à obesidade? Ou como o IMC acarreta o risco de doenças? Lembrando que o conceito de doenças crônicas é muito abrangente, não se especifica sobre que doenças se está referindo.

Figura 4 - Classificação de peso pelo IMC (2010)

Tabela 1 - Classificação de peso pelo IMC ^{12(D)}		
Classificação	IMC (kg/m ²)	Risco de comorbidades
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5-24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25	-
Pré-obeso	25,0 a 29,9	Aumentado
Obeso I	30,0 a 34,9	Moderado
Obeso II	35,0 a 39,9	Grave
Obeso III	≥ 40,0	Muito grave

Fonte: ABESO (2010, p.11).

De forma imprudente, a tabela pode transmitir uma falsa ideia sobre a magreza, pois não apontar como o baixo peso está associado à desnutrição, que ele afeta o crescimento físico, o desenvolvimento cognitivo, favorece o aparecimento de doenças infectocontagiosas e degenerativas, limita a capacidade física (GUEDES et al, 2013), também pode estar associado a transtornos alimentares, osteoporose, má nutrição, deficiências nutricionais e maior risco de mortalidade (STAWBRIDGE et al, 2000).

É um exemplo de como o corpo abaixo da eutrofia é associado a um indivíduo com menores riscos de adoecimento e, portanto, com maior saúde. Reforça a crença da ausência de doenças nos corpos magros, construindo uma concepção de inquestionabilidade e valorização do corpo magro, independente do seu afastamento das fronteiras do peso normal, pois o ideal é ser o mais magro possível. Pois até mesmo o considerado peso normal está associado a médio risco de comorbidades, o que pode dar a entender que é menos arriscado estar na magreza do que na eutrofia. Porém, já na última versão das Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016) a tabela (Figura 5) foi atualizada, e a classificação de baixo peso está associada a um risco de doença “normal ou elevado” (ABESO, 2016, p.16).

Figura 5 - Classificação de peso pelo IMC (2016)

IMC (KG/M ²)	CLASSIFICAÇÃO	OBESIDADE GRAU/CLASSE	RISCO DE DOENÇA
<18,5	Magro ou baixo peso	0	Normal ou elevado
18,5-24,9	Normal ou eutrófico	0	Normal
25-29,9	Sobrepeso ou pré-obeso	0	Pouco elevado
30-34,9	Obesidade	I	Elevado
35-39,9	Obesidade	II	Muito elevado
≥40,0	Obesidade grave	III	Muitíssimo elevado

Fonte: ABESO (2016, p.16).

Nota-se que a magreza está mais associada à categoria de normalidade quando se percebe que o sobrepeso, que apresenta maior aproximação com o corpo gordo, é considerado população alvo das mesmas intervenções de tratamento da obesidade, mesmo que na primeira tabela o seu risco de comorbidades não esteja determinado e depois apareça como risco de doença pouco elevado. Essa postura desigual aparece na homepage¹⁷ da ABESO (2019), onde há uma calculadora (“seu peso está saudável?”) para que qualquer pessoa realize a sua classificação conforme o IMC (Figura 6).

¹⁷ Este print foi realizado no dia 14 de junho de 2019, essa ferramenta já foi atualizada conforme se pode verificar no link: <<https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/calculadora-imc/>>.

Figura 6- Seu peso está saudável?

Seu peso está saudável?

Masculino

CALCULAR

Seu IMC é: **00.00**

Exemplo de como calcular o Índice de Massa Corporal (IMC):
 $80\text{kg} / 1.80\text{m} \times 1.80\text{m} = 24.69$ (Normal)
 IMC = Peso (Altura X Altura)

Entenda seu nível:

Acima de 40,00	35,0 - 39,9	30,0 - 34,9	25,0 - 29,9	18,6 - 24,9	Abaixo de 18,5
Obesidade Grau III	Obesidade Grau II	Obesidade Grau I	Sobrepeso/pré- obesidade	Peso normal	Abaixo do peso
Sinal vermelho! Nessas faixas de IMC o risco de doenças associadas está entre grave e muito grave. Não perca tempo! Busque ajuda profissional já!	Sinal vermelho! Nessas faixas de IMC o risco de doenças associadas está entre grave e muito grave. Não perca tempo! Busque ajuda profissional já!	Sinal de alerta! Chegou na hora de se cuidar, mesmo que seus exames sejam normais. Vamos dar início a mudanças hoje! Cuide de sua alimentação. Você precisa iniciar um acompanhamento com nutricionista e/ou endocrinologista.	Atenção! Você está com sobrepeso. Embora ainda não seja obeso, algumas pessoas já podem apresentar doenças associadas, como diabetes e hipertensão nessa faixa de IMC. Reveja e melhore seus hábitos!	Parabéns, você está com peso normal, mas é importante que você mantenha hábitos saudáveis de vida para que continue assim.	Isso pode ser apenas uma característica pessoal, mas pode, também, ser sinal de desnutrição.

Fonte: ABESO (2019).

Nesta ferramenta, fica evidente a suposição realizada conforme o peso corporal, por exemplo, na categoria abaixo do peso indica “[...] isso pode ser apenas uma característica pessoal”, o que naturaliza e normaliza esse tamanho de corpo. Na categoria peso normal expressa: “Parabéns [...] é importante que você mantenha hábitos saudáveis”, percebe-se que a pessoa é parabenizada por algo que não necessariamente tenha se esforçado para tal, e considera que ela deva manter seus hábitos, sendo que não necessariamente ela tenha hábitos saudáveis. Já, na categoria sobrepeso/pré-obesidade, não se considera esse tamanho de corpo como apenas uma característica pessoal, na verdade se ressalta o perigo de estar se aproximando da obesidade e das doenças associadas. Recomenda-se que a pessoa “[...] reveja e melhore seus hábitos” deduzindo que obviamente a pessoa com sobrepeso não tenha hábitos saudáveis. Na categoria obesidade grau I específica: “[...] chegou a hora de se cuidar, mesmo que seus exames sejam normais [...] cuide da sua alimentação. Você precisa iniciar um acompanhamento”,

reproduzindo a ideia de que a pessoa gorda não se cuida, é desleixada, não possui hábitos saudáveis e reforça que qualquer pessoa gorda precisa de intervenção.

A partir dessa análise, nota-se que o “[...] IMC é utilizado no cotidiano muitas vezes como uma ferramenta capaz de diagnosticar se um indivíduo está saudável ou não” (RANGEL, 2018, p.43). O IMC não deveria ser utilizado enquanto indicador de saúde (DODGEN, SPENCE-ALMAGUER, 2017) muito menos como determinante dos hábitos de alguém. Que muitas vezes pode reproduzir estereótipos e julgamentos em relação ao corpo gordo, os autores Chrisler e Barney (2016) evidenciam que as pessoas magras ou muito magras raramente escutam recomendações dos riscos à saúde, geralmente não são relacionadas diretamente pelos profissionais de saúde à desnutrição ou anorexia, e não são alvos de intervenção como alimentação forçada para ganhar peso. Afinal, não é possível prever o estado de saúde pelo tamanho do corpo (CHRISLER, BARNEY, 2016). A “[...] avaliação em relação à saúde metabólica de uma pessoa não pode ser avaliada apenas de maneira visual e superficial.” (RANGEL, 2018, p.26).

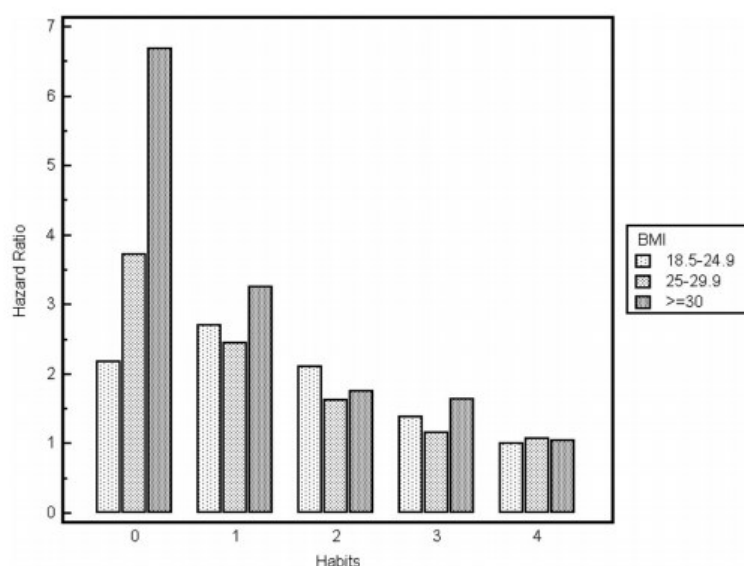
Segundo Gard e Wright (2005), algumas pessoas com obesidade podem viver de forma saudável sem desenvolver patologias e algumas pessoas magras podem não estar saudáveis e podem apresentar patologias como diabetes e hipertensão arterial. Atualmente existem pesquisas que questionam utilizar o peso como determinante de saúde (BACON, APHRAMOR, 2011; MENSINGER, TYLKA, CALAMARI, 2018). Como, por exemplo, Tomiyama et al (2016) que afirmam que as pessoas podem ser saudáveis não importando o seu IMC. No resultado do estudo mais de 30% de pessoas com peso normal eram cardiometabolicamente insalubres e quase metade dos indivíduos com sobrepeso, 29% dos indivíduos “obesos” e 16% dos indivíduos obesidade tipo II e III eram metabolicamente saudáveis.

Conforme Tomiyama et al (2016), utilizar apenas o IMC como indicador de saúde pode acarretar políticas públicas punitivas para as pessoas gordas, prejudicar cuidados preventivos e atrasar diagnósticos de pessoas com IMC mais baixo, pois já são classificadas como saudáveis. Os autores indicam a utilização de outros marcadores, como os sanguíneos - mais demorado, invasivo e oneroso, porém com diagnóstico mais preciso – ou a combinação de outros marcadores como: aptidão cardiorrespiratória, circunferência da cintura, percentual de gordura corporal (TOMIYAMA et al, 2016).

Outros estudos contestam que o foco no peso pode estar fazendo mais mal do que bem (O’HARA, GREGG, 2012). Um exemplo é o estudo de Matheson, King, Everett (2012) que associou a aderência entre hábitos de vida saudáveis (comer 5 ou mais frutas e vegetais diariamente, fazer exercícios regularmente, consumir álcool com moderação e não fumar) e

mortalidade estratificada pelo IMC. Segundo o estudo a adoção de hábitos saudáveis estão associados a uma redução significativa na mortalidade independente do IMC (Figura 7). Essa evidência é importante tendo em vista de que menos de 1 em 5 americanos que tentam perder peso conseguem manter essa perda a longo prazo (MATHESON, KING, EVERETT, 2012). Além disso, muitas pessoas por terem o IMC normal acreditam que esses hábitos não tenham tanta importância para elas, pois não estão acima do peso. Assim como os profissionais de saúde que estão mais propensos a aconselhar pessoas acima do peso, a partir a crença equivocada de que apenas pessoas gordas precisam de aconselhamento sobre estilo de vida saudável (MATHESON, KING, EVERETT, 2012).

Figura 7 - Relação de risco para mortalidade por todas as causas por IMC (kg/m²) e número de hábitos saudáveis



Fonte: MATHESON, KING, EVERETT (2012, p.13).

Na pesquisa de Kuk et al (2018), com uma amostra de 54.089 homens e mulheres de cinco estudos de coorte, onde 1 em cada 20 indivíduos com obesidade não apresentava outras anormalidades metabólicas. Além disso, pessoas com obesidade na ausência de riscos metabólicos não foram associados a maior risco de mortalidade em comparação com indivíduos magros. Ao contrário da dislipidemia, da hipertensão ou da diabetes que isoladas foram significativamente associadas a um maior risco de mortalidade. A pesquisa conclui que a obesidade metabolicamente saudável pode não estar associada a um maior risco de mortalidade, e de que é preciso pesquisas futuras que elucidem os benefícios provenientes da insistência da

recomendação de perda de peso para pessoas gordas metabolicamente saudáveis (KUK et al (2018).

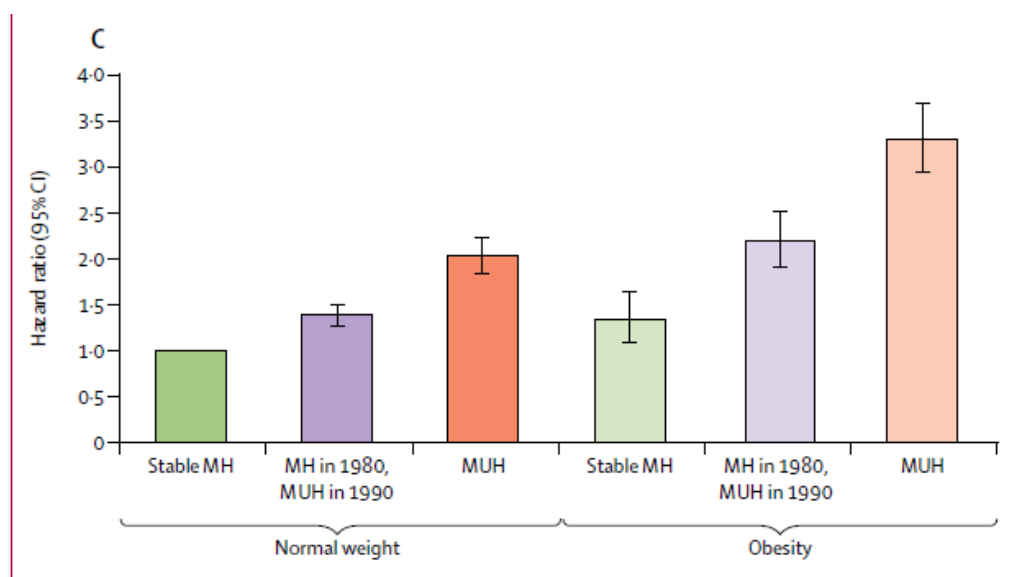
Isto porque nem todas as pessoas gordas desenvolvem doenças metabólicas, a chamada obesidade metabolicamente saudável¹⁸. Segundo Samocha-Bonet et al (2014), o fenótipo “obeso saudável” foi descrito na década de 1980, porém ainda hoje não há uma definição padronizada, alguns pesquisadores consideram a ausência de doenças metabólicas como hipertensão, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2, já outros consideram a sensibilidade a insulina preservada (REY-LÓPEZ et al, 2014). Isso resulta numa heterogeneidade nas estimativas de prevalência de obesidade metabolicamente saudável, como por exemplo, na revisão sistemática realizada por Rey-López et al (2014) em que a prevalência variou entre 6% e 75%.

Ainda não há um consenso sobre a definição de obesidade metabolicamente saudável, aliás outros pesquisadores defendem que os estudos produzidos até o momento ainda são inconsistentes, e que o peso isoladamente aumenta risco de mortalidade e morbidade (KRAMER, ZINMAN, RETNAKARAN, 2013; CALEYACHETTY et al, 2017; TIAN et al, 2019). Porém, o estudo Eckel et al (2018) examinou a associação entre saúde metabólica e risco de doença cardiovascular em todas as categorias de IMC. O estudo demonstrou que os riscos são mais altos para as mulheres metabolicamente insalubres em todas as categorias de IMC (Figura 8)¹⁹.

Figura 8 - Transição de um estado metabolicamente saudável para um estado não saudável e associação com risco de doença cardiovascular

18 Um subgrupo de pacientes com obesidade "saudável" parece estar protegido de comorbidade metabólica e cardiovascular (BLÜHER, 2012).

19 As siglas da tabela podem ser traduzidas como metabolicamente saudável (MH) e metabolicamente insalubre (MUH).



Fonte: ECKEL et al (2018, p.8).

Pode-se verificar que mulheres com o peso normal metabolicamente insalubre estão em risco aumentado para doença cardiovascular semelhante ao de mulheres com obesidade metabolicamente insalubre. Rompendo com a ideia de que pessoas com peso ideal estão protegidas simplesmente pelo peso e de que pessoas gordas estão fadadas ao adoecimento e morte simplesmente pelo seu peso. Conforme Vartanian e Smyth (2013), outros fatores são mais determinantes de saúde do que o peso corporal, como o nível de atividade física, a aptidão física e a qualidade da alimentação. Por exemplo, na pesquisa de Knoops et al (2004), aderir a uma dieta mediterrânea, uso moderado de álcool, realizar atividade física e não ser fumante está associado a um menor risco de mortalidade por todas as causas, mesmo depois de controlar fatores como idade, sexo, escolaridade e IMC.

Além disso, outros estudos apontam que o estigma enfrentado pelas pessoas gordas é fator estressante que pode afetar a saúde física, influenciar a fisiopatologia da obesidade e atuar como um fator de risco para hipertensão, diabetes e dislipidemia (MUENNIG et al, 2008; LOZANO-SUFRATEGUI, SPARKES, MCKENNA, 2016). O estresse social pode afetar negativamente a saúde mental e está associado à depressão, ansiedade e imagem corporal negativa (MUENNIG et al, 2008; DOHRENWEND, 2000). Ademais, no estudo de Sutin, Stephan e Terracciano (2015), a discriminação de peso foi associada a um aumento no risco de mortalidade em quase 60% dos participantes, comprovando que a gordofobia pode encurtar a expectativa de vida das pessoas.

2.2.4 Obesidade um problema de saúde pública: avolumando a epidemia

[...] ao longo da história, o corpo gordo foi interpretado de diferentes formas, expressando os valores sociais e culturais de cada tempo: ora belo, ora indolente, ora monstruoso, ora glutão, ora culpado, ora vítima por seu destino corporal. Todavia, o corpo gordo visto como obeso e, portanto, um corpo doente e que se torna um problema de saúde pública é algo muito recente na história (AMPARO-SANTOS, FRANÇA, REIS, 2020, p.16).

Atualmente a obesidade é vista como um problema de saúde pública devido a sua extensão, gravidade, mas principalmente pelo impacto econômico nos sistemas de saúde²⁰ (BEZERRA, 2012; FERREIRA, 2014; SANT'ANNA, 2016; AMPARO-SANTOS, FRANÇA, REIS, 2020). Nos países desenvolvidos, estima-se que os gastos públicos com o excesso de peso sejam de 2-7% dos orçamentos em saúde (SOUZA, 2010). “No Brasil, o custo anual da obesidade é de quase R\$ 1 bilhão. Este valor é utilizado no pagamento de internações, consultas e remédios para tratar o excesso de peso e as doenças ligadas a ele” (FELIPPE, SANTOS, 2004, p. 240). Sichieri, Nascimento e Coutinho (2007) estimaram que cerca de 3 a 5% de todas as internações no Brasil foram decorrentes de doenças relacionadas diretamente à obesidade.

É importante pontuar que esses cálculos²¹ geralmente são realizados a partir dos gastos com DCNT como diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, doenças cardiovasculares, câncer, e consideram a obesidade como um fator de risco para a ocorrência dessas doenças. Nota-se que a pessoa gorda é vista como um fardo, pois gasta mais para os cofres públicos do que alguém magro (PALMA et al, 2012). É comum “[...] ouvir em programas de notícias na televisão que [...] pessoas obesas custaram aos cofres públicos X reais” (RANGEL, 2018, p.114). Ou seja, devido a esses supostos prejuízos as pessoas gordas têm a obrigação de emagrecer (RIGO, SANTOLIN, 2015).

Outro motivo pelo qual a obesidade é considerada um dos maiores desafios da saúde pública do século XXI é devido ao aumento da prevalência da obesidade em todo o mundo. Conforme a pesquisa da Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), a prevalência de excesso de peso no Brasil aumentou de 42,6% em 2006 para 55,4% em 2019, já a obesidade cresceu de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019 (BRASIL, 2019; SILVA et al, 2021). Entre as regiões do Brasil, a região Norte lidera a prevalência de obesidade e a região Sul possui a menor prevalência (DA SILVA MALVEIRA et al, 2021). Além disso, há maior

20 Conforme Bahia e Araújo (2014) as consequências econômicas da obesidade extrapolam os custos médicos, incluindo diminuição da qualidade de vida, perda de produtividade, aposentadorias precoces e morte.

21 É calculado a proporção dos casos da doença que ocorrem em decorrência da exposição ao fator de risco, ou seja, o risco atribuível populacional (BAHIA, ARAÚJO, 2014).

prevalência de obesidade entre as pessoas mais pobres mesmo nos países mais desenvolvidos (FAO et al, 2018).

Porém, conforme Amparo-Santos, França e Reis (2020) há uma lacuna nos estudos sobre obesidade no que diz respeito às inúmeras condições que se inter cruzam como gênero, raça, sexualidade, geração, estratos socioeconômicos. Poucos estudos brasileiros analisam a obesidade em relação à raça/cor, conforme o estudo de Ferreira, Szwarcwald e Damacena (2019), que utilizou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, onde as mulheres negras tiveram maior chance de desenvolver obesidade quando comparada as mulheres brancas. Ainda conforme a PNS de 2013 (IBGE, 2015), a prevalência de obesidade foi maior entre as mulheres com 24,4% e entre os homens com 16,8%.

Considerando esses dados, Amparo-Santos, França e Reis (2020, p.29) questionam “[...] por que determinados grupos sociais estão mais susceptíveis que outros à ocorrência de obesidade [...] por que são as mulheres, as pessoas negras, as pessoas com menor poder aquisitivo as mais afetadas pela obesidade?”. Importante pensar que são os domicílios chefiados por mulheres de baixa escolaridade, principalmente as negras, que estão mais sujeitos a sofrer insegurança alimentar (CAMPOS et al, 2020).

Portanto, é preciso localizar e personalizar os grupos sociais afetados pela obesidade, não atribuindo, isoladamente, aos aspectos individuais e comportamentais, as explicações para ocorrência do sobrepeso e da obesidade, mas situando-os em contextos socioculturais produzidos historicamente (AMPARO-SANTOS, FRANÇA, REIS, 2020, p.30).

Além do mais, a obesidade começou a ter destaque na agenda pública internacional, como uma questão de saúde pública, a partir da institucionalização e transformação do seu estatuto epidemiológico (designação de epidemia) (SEIXAS, BIRMAN, 2012; POULAIN, 2013; DIAS et al, 2017). O discurso de epidemia gerou um cenário de “guerra contra obesidade” de combate²² ao inimigo (a obesidade), que pode facilmente se tornar uma guerra contra as pessoas gordas, a partir de ações discriminatórias e julgamento (FARRELL, 2011; AMPARO-SANTOS, FRANÇA, REIS, 2020). Isto porque ao longo das últimas quatro décadas essa narrativa focou na culpabilização das pessoas gordas proporcionando estigmatização e discriminação (RALSTON et al, 2018). O discurso da epidemia também está acompanhando da tentativa de reiterar que a situação está se agravando de forma alarmista, como por exemplo com as mudanças nos pontos de corte do IMC em 1998 em que a OMS alterou o limite entre o

22 A famosa expressão “combate à obesidade” que é bem significativa, considerando que a palavra combate usualmente está associada a campanhas de perseguição e extermínio, como combate à corrupção, combate à prostituição infantil e combate às drogas (RIGO, SANTOLIN, 2015).

peso normal e o sobrepeso de 27 para 25 - e assim em uma noite 35 milhões de americanos adquiriram sobrepeso – e o limite do peso normal e magreza de 20 para 18 incluindo assim mais pessoas magras na normalidade (POULAIN, 2013). Poulain (2013, p. 184) questiona: “[...] será que existem dados científicos sólidos e consolidados para justificar essa mudança da categorização de corpulência?”.

Parece que baixar o ponto de corte da norma é não deixar os índices de prevalência aparentarem estar moderados (STAWBRIDGE et al, 2000). O artigo de Stawbridge et al. (2000) avaliou a justificativa de reduzir o valor de corte para sobrepeso com base na mortalidade, porém de acordo com a análise não se consegue mostrar um risco elevado de mortalidade para pessoas com IMC entre 25 e 29,9, visto que o risco aparece acentuado para aqueles com IMC muito baixo ou muito elevado. Por fim, os autores questionam por que a pressa em declarar que a maioria das pessoas está acima do peso e precisam de tratamento? (STAWBRIDGE et al, 2000). Não se pode deixar de lembrar que as pessoas gordas são vistas como fonte de lucro e isso envolve o interesse de diversos mercados, como indústria do emagrecimento, corporações farmacêuticas e mercado publicitário (NESTLE, 2002; FARRELL 2011; POULAIN, 2013; POULAIN, 2013; RIGO, SANTOLIN, 2015).

Além disso, é muito raro que os dados de prevalência sejam apresentados separando os diferentes graus de obesidade e sobrepeso, na grande maioria das vezes os dados são divulgados utilizando a categoria excesso de peso, que une todas as categorias acima do peso ideal. Talvez a escolha de como veicular esses dados seja uma forma de que os números não pareçam muito modestos. Como por exemplo, a prevalência de obesidade grau 3 que foi de 1,1% em 2006 para 1,7% em 2017 conforme os dados da VIGITEL (MALTA et al, 2019). Isto é, uma forma de avolumar a epidemia e a disseminação da categoria excesso de peso, onde há uma agregação da categoria sobrepeso e obesidade. Mas porque unir sobrepeso e obesidade? Isso iguala o risco de sobrepeso e obesidade? (POULAIN, 2013).

Não há consenso nas evidências sobre o risco do sobrepeso, pois não necessariamente há um aumento de mortalidade (MATHESON, KING, EVERETT, 2012). Por exemplo, em idosos o excesso de peso é um fator de previsão de maior longevidade e o baixo peso de vida mais curta (TAKATA et al, 2007), sendo assim, o excesso de peso não está associado a uma piora na saúde, à vista disso é possível haver muito mais idosos com peso saudável do que atualmente se acredita (DIEHR et al, 2008). Ou então a pesquisa de Myers et al (2011) em que pessoas com sobrepeso e obesidade com doença cardiovascular têm um prognóstico melhor do que indivíduos com peso ideal. No estudo, a perda de peso foi relacionada com maior

mortalidade e o excesso de peso um suposto efeito protetor à doença cardiovascular, fenômeno conhecido como o paradoxo da obesidade.

A metanálise de Flegal et al (2013), sobre a relação entre o IMC e a mortalidade por todas as causas, concluiu que os indivíduos com sobrepeso ou obesidade grau I apresentam uma menor mortalidade em relação a indivíduos com IMC adequado. Outros estudos demonstram essa relação inversa entre obesidade e mortalidade, documentando a presença do paradoxo da obesidade²³ em outras patologias como tromboembolismo, diabetes mellitus tipo 2, risco de amputação em doentes diabéticos, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão pulmonar, hemodiálise, osteoporose, complicações pós-operatórias e mortalidade em unidades de cuidados intensivos (CANELAS, 2015).

Mesmo assim, nas políticas públicas o sobrepeso aparece anexado à obesidade de forma que as recomendações para prevenção e tratamento são praticamente as mesmas. Conforme Tesser (2017, p.7) “[...] a diferença entre prevenção e cura está se tornando cada vez mais apagada”. Afinal “[...] o desvio deve ser reprimido, os indivíduos devem ser medicalizados e normalizados” (GAUDENZI, ORTEGA, 2012, p.25). O sobrepeso é considerado um caminho sem volta, visto à dificuldade de perder peso, desta forma já é tratado como uma pré-obesidade²⁴ (BAGRICHEVSKY et al, 2007; RIGO, SANTOLIN, 2015). Essa falta de diferenciação constitui perigos de iatrogenia, permite medicalizar situações fora dos critérios diagnósticos e expor pessoas a potenciais danos. Dessa maneira, amplia-se a população de risco e nada mais lucrativo do que tratar (pré) doenças, intervir em assintomáticos, prevenir o saudável de adoecer e medicalizar a culpa (CZERESNIA, FREITAS, 2003; TESSER, 2017).

Porém, uma tentativa bem-intencionada de alarmar sobre os riscos do sobrepeso pode aumentar a culpa e o auto ódio (STAWBRIDGE et al, 2000). Não se pensa nos efeitos que a utilização de categorias como excesso de peso ou sobrepeso podem desenvolver sobre a vida cotidiana no contexto neoliberal. Grande parte das políticas públicas partem do pressuposto que as pessoas com excesso de peso subestimam seu peso e que identificar-se seria um requisito para o sucesso da gestão do seu próprio peso, porém não se encontrou nenhuma pesquisa que tenha examinado os efeitos da subestimação do peso. A pesquisa de Robinson, Hunger, Daly (2015) examinou o efeito que a percepção de ter excesso de peso tem sobre o risco de ganho de

23 Conforme Canelas (2015) a falta de sensibilidade do IMC na correta avaliação antropométrica seria um dos fatores que mais contribui para a existência do paradoxo da obesidade.

24 Uma categoria de pré-doença que outorga o direito de intervenção no sobrepeso munido do dispositivo do risco mesmo que sem evidências. Isto porque os “[...] fatores de risco estão sendo manejados na prática clínica como se fossem doenças em geral, doenças crônicas” (TESSER, 2017, p.7).

peso futuro em adultos dos EUA e do Reino Unido. De acordo com a pesquisa perceber-se com excesso de peso apresenta um maior risco de ganho de peso no futuro. Tendo em vista que estar acima do peso é uma condição estigmatizada que gera angústia e pode estar associada a comer mais em resposta ao estresse. As consequências negativas da autoidentificação evidenciam o cuidado que as intervenções de saúde pública precisam considerar (ROBINSON, HUNGER, DALY, 2015).

2.2.5 Etiologia da obesidade e a abordagem normativa do peso

Como a obesidade é considerada um dos maiores desafios da saúde pública do século XXI, houve uma intensificação das ações comportamentais com foco na perda de peso (FERREIRA, MAGALHÃES, 2005; SANTOS, 2006; BEZERRA, 2012; FERREIRA, 2014). E como as ações são centradas no paradigma biomédico, ainda é preponderante a visão de que a obesidade é o resultado de maus hábitos alimentares (STENZEL, 2002), essa concepção influencia também na exclusividade de intervenções individualizadas. Ou seja, tratamentos são indicados de acordo com o entendimento da etiologia da obesidade, por isso os profissionais fixam suas recomendações em reduzir as calorias ingeridas (TEIXEIRA, PAIS-RIBEIRO, DA COSTA MAIA, 2012).

Visto que a causa da obesidade mais popularizada e disseminada é a teoria simplista do balanço energético positivo, que seria o aumento da ingestão de calorias e a diminuição de atividade física, o que resulta no acúmulo de gordura corporal, e por isso as recomendações focam no balanço energético negativo (GAUDENZI, 2009; KRUSE, 2012; RECH et al, 2016; AMPARO-SANTOS, FRANÇA, REIS, 2020). Mas já é consenso de que a etiologia da obesidade é complexa e de caráter multifatorial, e envolve fatores históricos, ecológicos, políticos, socioeconômicos, psicossociais, biológicos e culturais (WANDERLEY, FERREIRA, 2010; AMPARO-SANTOS, FRANÇA, REIS, 2020).

Porém, ainda é dominante a visão de que a obesidade é responsabilidade do indivíduo e de que os fatores externos possuem menor impacto (PUHL, HEUER, 2010; CORDONI, ROSSAKA, REATO, 2014). E ainda que as políticas e estudos cheguem a mencionar a influência dos outros fatores, as intervenções são sempre reduzidas ao biológico e ao comportamento individual em detrimento dos determinantes políticos, sociais e culturais (AMPARO-SANTOS, FRANÇA, REIS, 2020).

Segundo Lupton (2018), a maior parte do discurso antiobesidade direciona a responsabilidade para o indivíduo, mas também tem a abordagem mais estruturalista social e

espacial da obesidade. Em que o ambiente moderno favorece o ganho de peso pela maior disponibilidade de alimentos ultraprocessados em detrimento da oferta de alimentos in natura promovendo uma alimentação rica em gordura (principalmente de origem animal), açúcares e alimentos refinados; pela pouca ou nula disponibilidade e acesso a instalações de lazer, acompanhadas de alterações na esfera do trabalho que favorecem a redução da atividade física; pela forte influência das mídias na formação dos comportamentos alimentares (principalmente em publicidades para o público infantil) a serviço dos interesses indústria de alimentos (DANTAS, SILVA, 2019).

O famoso ambiente “obesogênico” que tenta expandir a visão da causa da obesidade e não culpabilizar individualmente as pessoas, mas ainda assim é um termo muito estigmatizante. Devido ao termo “obesogênico”, como se explicasse a origem das pessoas gordas e elas não existissem antes. Além de utilizar do medo de ser gordo (LUPTON, 2018), pois parece que todos que cederem ao ambiente irão se tornar gordos. “O meio em que vivemos é considerado obesogênico, pois nos leva a praticar condutas não saudáveis” (DANTAS, SILVA, 2019, p.368), esse trecho faz parecer que apenas as pessoas gordas não aderem o estilo de vida saudável. Mas sabe-se que pessoas magras e pessoas gordas podem possuir hábitos insalubres e ambas estão condicionadas a esse ambiente que não favorece comportamentos saudáveis. Ou seja, dá uma falsa ideia de que as pessoas magras apenas por estarem magras possuem comportamentos saudáveis. Ademais o termo possui uma centralidade no engordamento da população como única consequência, anulando outras consequências como diabetes, hipertensão, doenças coronarianas, câncer, fome oculta, dupla carga de má nutrição, entre outras.

Desta forma, como aponta Amparo-Santos, França e Reis (2020), a sociedade é contraditoriamente obesogênica e gordofóbica. “As sociedades contemporâneas criam os obesos, mas não os suportam” (JEAN TRÉMOLIÈRES, 1975 apud POULAIN, 2013, p.33). Além de que esses fatores estruturais são difíceis de desafiar ou mudar, pois fazem parte de uma rede complexa do agronegócio, indústria de alimentos, mudanças sociais relacionadas ao trabalho e ao contexto urbano (LUPTON, 2018). Essas mudanças no modo de vida - sedentarismo, ritmo acelerado de vida, modo de produção, distribuição e consumo de alimentos - decorrentes do processo de urbanização, industrialização e globalização (AMPARO-SANTOS, FRANÇA, REIS, 2020) afetam pessoas magras e gordas, ou seja, são questões coletivas. E não podem ser reduzidas a problemas de escolha pessoal, como se estivessem sob o domínio individual e dependesse da força de vontade numa lógica de resolução individual de problemas coletivos. Entretanto o foco está sempre na motivação de agir contra esse contexto

totalmente desfavorável à perda de peso. Como por exemplo no trecho das Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016): “[...] o paciente deve ser abordado individualmente sobre a história do peso e dos problemas de saúde dele advindos e a motivação para agir contra os fatores obesogênicos ambientais” (ABESO, 2016, p.37).

Neste contexto, se institucionaliza o emagrecimento enquanto estratégia de saúde, e a perda de peso como objetivo central para alcançar saúde. De acordo com Tylka et al. (2014), as diretrizes de tratamento para obesidade que domina grande parte da medicina ocidental atualmente é uma Abordagem Normativa de Peso (*Weight Normative Approach*), que se baseia no pressuposto de que peso e doença estão relacionados de forma linear. Por isso, as intervenções possuem ênfase no peso e na perda de peso (MENSINGER, TYLKA, CALAMARI, 2018) e entre os tratamentos favoritos estão os fármacos e a cirurgia bariátrica, mesmo sendo mais perigosos, pois é uma solução rentável às empresas farmacêuticas e ao complexo médico industrial (STUCKLER et al, 2012; CHRISLER, BARNEY, 2017). A associação com a indústria do emagrecimento também pode ser identificada por exemplo nas Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016) quando sugere o uso dos substitutos de refeições e cita até mesmo uma marca desses produtos. Apesar de vários estudos confirmarem dano hepático em pessoas que consumiram esses produtos, as Diretrizes se coloca numa postura de defesa ao dizer que “[...] ainda permanece totalmente especulativo o que poderia ter sido a causa de dano hepático” (ABESO, 2016, p.82).

A Abordagem Normativa de Peso presume que toda pessoa acima do peso requer intervenção, pois parte da premissa que a obesidade é evitável (AMPARO-SANTOS, FRANÇA, REIS, 2020). Mas conforme Vartanian e Smyth (2013), deve-se reconhecer os limites da extensão de que o peso é de fato modificável, ele pode ser menos controlável do que se afirma, pois há outros fatores envolvidos como fisiológicos e genéticos. Segundo Tylka et al. (2014), as contribuições ambientais, genéticas e involuntárias ao peso superam as escolhas voluntárias de estilo de vida. O corpo reage de uma forma não calculada, dietas restritivas podem diminuir o metabolismo, aumentar a fome e a resposta hedônica à comida. Por exemplo, as dietas reduzem as despesas de energia metabólica, o que dificulta a manutenção do peso, pessoas gordas que realizam dieta precisam comer menos que pessoas que nunca fizeram dieta.

Um estudo no Reino Unido, que acompanhou pacientes por 9 anos, examinou a probabilidade de uma pessoa gorda atingir e manter o peso considerado normal, e descobriu que a probabilidade é muito baixa. A probabilidade de pacientes com obesidade atingir o peso normal foi de apenas 1 em 124 para mulheres e 1 em 210 homens, aumentando para 1 em 1.290 para homens e 1 em 677 para mulheres com obesidade grave. A chance anual de perder 5% do

peso foi de 1 em 12 para homens e 1 em 10 para mulheres, porém 53% recuperaram o peso em dois anos e 78% recuperaram o peso em cinco anos. O estudo concluiu que os tratamentos atuais de controle de peso, concentrado na dieta e exercício não são eficazes em nível populacional (FILDES et al, 2015).

Pode-se notar que a epidemia de obesidade não foi revertida em nenhuma população pelas medidas de saúde pública atualmente utilizadas (SWINBURN et al, 2011). Segundo uma análise sistemática sobre a prevalência de obesidade e sobrepeso global, nenhum país relatou reduções da obesidade nos últimos 33 anos (NG et al, 2014). De acordo com McPherson (2014), atualmente não há estratégias eficazes para reduzir o IMC. Nem mesmo os profissionais de saúde não acreditam na eficácia das intervenções atuais, pois estas não demonstram resultado – considerando que o resultado só é bem-sucedido se houver perda de peso. A revisão sistemática de Teixeira, Pais-Ribeiro e da Costa Maia (2012) menciona que os profissionais consideram difícil lidar com a “obesidade”, além de se sentirem despreparados, eles possuem baixas expectativas quanto à perda de peso dos pacientes, principalmente com mudanças no longo prazo e desenvolvem um sentimento de frustração em relação a sua prática.

Logo, a Abordagem Normativa de Peso não é eficaz para a maioria das pessoas, pois não é sustentável a longo prazo e comumente está associada à flutuação do peso, e ainda pode fomentar o estigma relacionado ao peso na saúde. Por isso, é urgente a realização de mais pesquisas para examinar os potenciais efeitos iatrogênicos e nocivos das atividades preventivas e curativas com relação ao peso (SCHWARTZ, HENDERSON, 2009; SÁNCHEZ-CARRACEDO, NEUMARK-SZTAINER, LÓPEZ-GUIMERÀ, 2012). Pois, a maioria dos programas de prevenção e tratamento da obesidade não avaliam seus impactos para além dos quilos perdidos (SÁNCHEZ-CARRACEDO, NEUMARK-SZTAINER, LÓPEZ-GUIMERÀ, 2012).

2.3 GORDOFOBIA: UM SISTEMA DE OPRESSÃO

2.3.1 Estigmatização, preconceito relacionado ao peso e discriminação das pessoas gordas

O estigma faz referência a um atributo profundamente depreciativo, que não condiz com as expectativas de normalidade criadas, gerando assim um estereótipo sobre o status moral de quem o apresenta (GOFFMAN, 1988). O estigma é um processo social, onde um atributo que estigmatiza alguém confirma a normalidade do outro, normalidade respaldada numa ideologia que explica a inferioridade e demonstra o perigo que ela representa (GOFFMAN, 1988). No processo de produção identitária, cria-se um estranhamento com certo grupo, onde ninguém quer ser associado a ele. E como abordado anteriormente o sistema de valorização cultural do

corpo magro, resulta na estigmatização de quem se afasta da definição do normal (POULAIN, 2013).

E assim constitui uma hierarquia e uma dinâmica de exclusão definindo quem tem valor e quem não tem. Que se manifesta em situações de depreciação, situações de controle, menosprezo, humilhação, desqualificação, intimidação, discriminação, fracasso, desvalorização e exclusão nas relações. Pois o “[...] preconceito implica sempre uma relação social. Aparece como um modo de relacionar-se com ‘o outro’ diferente, a partir da negação ou desvalorização da identidade do outro e da supervalorização ou afirmação da própria identificação” (BANDEIRA, BATISTA, 2002, p.131).

Os estigmatizados são vistos como piores que as normais, o que acarreta prejuízos na vida dessas pessoas (RANGEL, 2018). Pois, “[...] acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida” (GOFFMAN, 1988, p. 15). Tendo em vista que o estigma vai estar exposto nos processos de socialização e interações sociais coberto de medo, vergonha, humilhação, impureza e contaminação (BANDEIRA, BATISTA, 2002).

A estigmatização é acentuada pela alta visibilidade da pessoa gorda e porque é percebida como um acontecimento controlável pelo indivíduo (BROWN et al 2006). Sendo assim, conforme Goffman (1988), a pessoa gorda seria um estigmatizado desacreditado, pois seu corpo é imediatamente evidente, não há como esconder este fato. A visibilidade é uma questão crucial, pois expõe a pessoa a invasões de privacidade na sua rotina diária, resultando em um ciclo de restrições enfrentadas em relação à aceitação social (GOFFMAN, 1988). Além disso, até mesmo pessoas estranhas se sentem à vontade para opinar, julgar e oferecer “ajuda” (não desejada) para uma pessoa gorda, e é assim que segundo Poulain (2013), a estigmatização se articula com boas intenções. Como não se pode esconder, a pessoa desacreditada tenta reduzir a tensão gerada a fim de tornar mais fácil para si e para os outros (GOFFMAN, 1988). Como por exemplo, a pessoa gorda vai se esforçar para acobertar seu corpo, usando roupas que a cubra totalmente, a fim de diminuir a exibição do defeito (a gordura) mais identificado como o estigma.

O estudo de Mensinger, Tylka, Calamari (2018) faz uma distinção interessante entre o estigma “experenciado” e “internalizado”, o primeiro seria a pessoa gorda tratada negativamente por causa do seu peso, e pode ser explícito (deliberado, crença de que as pessoas gordas são preguiçosas e possuem pouca força de vontade) ou implícito (não deliberado, como espaços que não cabem corpos mais gordos). E o segundo é o autodirigido, ou seja, quando o

estigma é internalizado, diminuindo a qualidade de vida da pessoa gorda (LATNER et al, 2014), pois gera culpa e vergonha do próprio corpo, insatisfação corporal, baixa autoestima²⁵, e pode se configurar como uma grande barreira para realizar atividade física e conseguir ter uma relação saudável com a alimentação.

Poulain (2013) também coloca que a pessoa estigmatizada considera normal o julgamento que lhe acontece, pois internaliza a desvalorização, gerando uma depreciação pessoal e o sentimento de culpa, o que agrava a situação. Além disso, a incorporação dos estereótipos negativos pode se transformar em “profecias autorrealizáveis” segundo Poulain (2013), onde a pessoa gorda acredita que é assim mesmo.

[...] o preconceito como algo usualmente incorporado e acreditado. Ele é a mola central e o reprodutor mais eficaz da discriminação e da exclusão em que o sujeito pode estar susceptível, e gera a violência a que nos referimos anteriormente e o estigma a que vai ficar atrelado (DA SILVA, 2010, p.567).

Além disso, como a causa da obesidade quase sempre é reduzida a causas consideradas controláveis, o peso também é considerado um fator modificável - diferente de características de outros grupos estigmatizados – por isso os gordos merecem as consequências do seu peso, justificando e até mesmo incentivando o preconceito e a discriminação que sofrem (WANG, BROWNELL, WADDEN, 2004; LANGDON, RUKAVINA, GREENLEAF, 2016). Pois, a estigmatização é vista como uma forma de controlar a obesidade, funciona como uma ferramenta de controle social com justificativa de desencorajar comportamentos não saudáveis (GOFFMAN, 1988; OBARA, VIVOLO, ALVARENGA, 2018). E como as pessoas gordas são responsabilizadas pelo seu peso, elas podem ser discriminadas com plena impunidade (POULAIN, 2013; OBARA, VIVOLO, ALVARENGA, 2018).

[...] o preconceito caracteriza-se como sendo uma forma arbitrária de pensar e de agir, no sentido de que é exercido como uma forma racionalizada de controle social que serve para manter as distâncias e as diferenças sociais entre um sujeito e outro ou o/ um grupo. Tal forma de pensar acarreta práticas e atribuições arbitrárias, destacando os traços de inferioridade, baseados em argumentos que pouco têm a ver com o comportamento real das pessoas que os objetos da discriminação criadora (BANDEIRA, BATISTA, 2002, p.130).

O preconceito é um conceito formado antecipadamente, uma ideia preconcebida, um julgamento prévio sem fundamento razoável, opinião adotada sem exame, sem ouvir, uma percepção equivocada. Ele se constitui em mecanismo eficiente e atuante, pela sua sutileza, seu caráter difuso e capilaridade nas relações sociais, podendo atuar em todas as esferas da vida

25 Autoestima é a avaliação que a pessoa faz de si mesmo, pode ser negativa ou positiva e indica o grau em que se considera valorizado, capaz e importante (GREJANIN et al, 2007).

(BANDEIRA, BATISTA, 2002). Ao se enraizar, faz parte da cultura por meio de estereótipos, que seria um “[...] conjunto de crenças, valores, saberes, atitudes que julgamos naturais, transmitidos de geração em geração sem questionamentos” (CHAUÍ, 1997, p.116). O preconceito cria uma percepção, uma imagem do outro, e é a partir do corpo que as discriminações ocorrem, é no corpo “[...] que se inscrevem as marcas da diferença geradoras do preconceito; é ao corpo de alguém que você reage; a reação é em relação à diferença [...] que esse corpo representa [...] a contaminação que pode ensejar” (BANDEIRA, BATISTA, 2002, p. 133).

Um exemplo disso, é a crença de que gordo é preguiçoso, um imaginário que muitas vezes nem é percebido, afinal o preconceito está introduzido no cotidiano, circula de forma disfarçada através de representações (SILVA, 2010). Como por exemplo, a arte dos cartazes que discutem o manejo do sobrepeso e da obesidade normalmente possuem a imagem de uma pessoa gorda comendo hambúrguer, criando a representação de que a pessoa gorda só se alimenta de *fast food*. E logo, é dever do profissional intervir, alimentando a convicção de que as pessoas gordas não sabem o que é melhor para si e que os profissionais benevolentes devem protegê-las dos seus próprios apetites (CHRISLER, BARNEY, 2016). No caso, há um julgamento desfavorável em relação às pessoas gordas a partir da sua aparência, o que pode gerar dano (SILVA, 2010), pois há uma redução²⁶ da pessoa a sua característica estigmatizada (POULAIN, 2013).

E a discriminação é considerada a manifestação comportamental do preconceito, a qual gera um tratamento negativo e desigual (PUHL, ANDREYEVA, BROWNELL, 2008; OBARA, VIVOLO, ALVARENGA, 2018). Ou seja, “[...] a discriminação ocorre justamente quando essa atitude ou esse ato-pensamento cria uma distinção entre os outros ou sobre os outros; gera, então, um tratamento diferencial” (SILVA, 2010, p.563). Por isso, “[...] pensar o preconceito nos parece indispensável, uma vez que este pode se constituir em uma fonte de violência.” (BANDEIRA, BATISTA, 2002, p.120). Segundo Chauí (1985), violência é a transformação de uma diferença em desigualdade, onde haverá uma relação hierárquica que fundamenta a exploração, dominação e opressão, impedindo a autonomia.

Para se referir a isso, alguns estudos vêm utilizando o termo “*weight bias*” traduzido como “preconceito relacionado ao peso” (OBARA, VIVOLO, ALVARENGA, 2018). Nos EUA, em um estudo sobre discriminação entre adultos, a discriminação relacionada ao peso foi

26 Essa situação pode ser exemplificada pelo fenômeno cunhado por Cooper (2007) como *headless faties* (gordos sem cabeça) em que as pessoas gordas são desumanizadas quando são representadas em imagens sem cabeça focalizando apenas na barriga.

a quarta (após sexo, idade, raça) e a terceira percebida entre as mulheres (depois de sexo e idade) (PUHL, ANDREYEVA, BROWNELL, 2008). A vivência de experiências de preconceito e discriminação pode começar pela própria família (DA CRUZ, BASTOS, 2015; GREJANIN et al, 2007) e até mesmo por iniciativas de saúde pública²⁷ (TYLKA et al, 2014).

A estigmatização se dá nos mais diversos espaços e contextos, afetando o percurso escolar, o acesso a serviços de saúde, a busca por emprego, as relações afetivo-sexuais, os quais limitam o desenrolar da vida da pessoa gorda (PUHL, BROWNELL, 2006; GREJANIN et al, 2007; PUHL, ANDREYEVA, BROWNELL, 2008; PIÑEYRO, 2016).

Limitações no âmbito das relações afetivo-sexuais, envolvendo rejeição e medo da solidão que faz com que a pessoa gorda suporte o insuportável (PIÑEYRO, 2016). Ou a falta de acessibilidade das pessoas gordas nas catracas dos ônibus e poltronas de avião (KLIMECK, 2020). E contexto discriminatório inicia desde a infância da criança gorda, as quais estão mais propensas a sofrer assédio, preconceito, isolamento e intimidação (LUPTON, 2018). Com o tempo, a estigmatização vai influenciar a posição social, tornando-se um fator de risco, pois gera desigualdade (POULAIN, 2013).

A pessoa gorda está mais propensa a viver na pobreza, ganhar menor renda, estar desempregada, ter baixo nível de educação e ter os piores empregos (LUPTON, 2018). A dificuldade de buscar emprego inicia no requisito de boa aparência (corresponder a determinada corpo normatividade) dos anúncios de empregos. Os empregadores acreditam que as pessoas gordas são menos competentes (KLIMECK, 2020), visto que a gordura está relacionada à improdutividade, à ineficiência, à lentidão, à preguiça, à imobilidade e à vagabundagem (POULAIN, 2013). Além das situações em que as pessoas gordas são impedidas de assumir cargos públicos por reprovar no exame físico (KLIMECK, 2020).

Segundo Piñeyro (2016), as mulheres gordas têm maior probabilidade ao desemprego e ocupam os piores empregos, corroborando com os estudos que demonstram maior prevalência de obesidade em mulheres de classe social mais baixa, expondo a vulnerabilidade das mulheres negras e pobres (FERREIRA, MAGALHÃES, 2005; GAUTÉRIO, SILVA, 2014). O que faz Lupton (2018) questionar se é a desvantagem econômica que leva a gordura ou se é a gordura que causa a pobreza. Segundo os ativistas gordos, não é a gordura em si que causa doenças,

27 Lupton (2018) utiliza o termo “pedagogia da repulsa” utilizada nas campanhas de saúde pública como forma de persuadir o público a assumir ou abandonar comportamentos, utilizando um recurso emocional para além do medo, envolvendo discursos e imagens vergonha, humilhação, ódio e nojo em relação ao corpo gordo.

mas a discriminação que leva as pessoas gordas a marginalização e ao desfavorecimento socioeconômico (LUPTON, 2018).

2.3.2 O ativismo gordo

O ativismo gordo surgiu nos Estados Unidos no final dos anos 1960 (LUPTON, 2018) e segundo a ativista Castilho (2014) o primeiro ato registrado foi o *Fat-in* no Central Parque de Nova York onde ativistas comeram sorvete enquanto queimavam cartazes da modelo Twiggy. Algumas publicações foram importantes no início do movimento, como o artigo publicado em 1967 por Lew Louderback intitulado *More people should be fat* que abordou os preconceitos sofridos pelas pessoas gordas, e em 1968 o mesmo autor escreveu o livro *Fat Power*. Em 1969, deu-se a criação da organização americana *National Association to Advance Fat Acceptance* (NAAFA) uma associação que promovia ideias de *Fat Pride* e aceitação da gordura (TOVAR, 2019).

Por volta de 1970, um grupo de mulheres gordas estadunidenses com perspectiva feminista defendiam algo mais radical - a libertação da gordura – e por isso criaram o coletivo *Fat Underground*. Em 1973, as ativistas gordas feministas radicais Judy Freespirit e Aldebaran escreveram o manifesto *Fat liberation*²⁸, que criticava a indústria médica e a patologização do corpo gordo, exigindo acessibilidade e relacionando a opressão sobre os corpos gordos com o sistema capitalista (LUPTON, 2018; RANGEL, 2018; TOVAR, 2019). Em 1974, a morte da cantora Cass Elliot motivou denunciar as negligências médicas sofridas pelas pessoas gordas (RANGEL, 2018).

O ativismo gordo tem por objetivo desafiar e reformular os significados negativos em relação ao corpo gordo, destruir estereótipos, lutar por acessibilidade a espaços físicos, representar a gordura de maneiras positivas, tornar o corpo gordo visível, atraente, poderoso e positivo, criticar a patologização do corpo gordo, ou seja, um movimento pelos direitos específicos das pessoas gordas (LUPTON, 2018; RANGEL, 2018; KLIMECK, 2020). É importante pontuar que o ativismo gordo se diferencia do movimento *body positive* que envolve aceitação e autoestima (RANGEL, 2018; JIMENEZ, 2020).

O Body Positivity é um movimento que respeita e engloba todos os tipos de corpos e incentiva as pessoas por uma consciência corporal positiva, a fim de não serem tão severas com seus próprios corpos na esfera estética, e sim alcançarem uma aceitação maior em relação ao corpo, sem nunca deixar de lado os cuidados com a saúde física e mental (NECHAR, 2020, p. 102).

28 Para ler o manifesto traduzido na íntegra acesse a dissertação de Rangel (2018, p. 49).

Já o ativismo gordo milita pela politização da gordura a fim de romper com a inviabilização dos corpos gordos e denunciar a gordofobia (PIÑEYRO, 2016). O ativismo tem como propósito unir pessoas que sofrem desse preconceito, as pessoas antes isoladas se agregam, se organizam e se mobilizam para discutir, questionar, acolher e lutar pela mesma causa (JIMENEZ, ABONIZIO, 2017). Tendo em vista que a pessoa gorda na sociedade gordofóbica está condenada ao exílio, motivo pelo qual o ativismo gordo busca romper com esse exílio, com essa *hipervisibilidad invisible*, expressão utilizada pela autora Piñeyro (2016, p. 43).

Através da organização de uma militância que pensa a liberação dos corpos gordos e da aproximação entre pessoas que experienciam dores similares, os ativistas conseguem escapar, em alguns aspectos, de efeitos da marginalização das pessoas gordas e da vilanização da gordura corporal. No entanto, a gordofobia ainda é enorme barreira, em muitos aspectos intransponível, pois por seu caráter estrutural não se limita apenas às relações íntimas (KLIMECK, 2020, p. 75).

O ativismo gordo é uma coletividade empoderada que contesta os valores hegemônicos de beleza e saúde promovidos pela moda e pela biomedicina ao fazer ressignificações sobre o corpo gordo e sua representatividade (DE CARVALHO et al, 2018). Segundo Jimenez e Abonizio (2017), o corpo é como uma forma de resistência à padronização estética capitalista, por isso, parar de lutar contra a balança, não se sentir mal por não estar no padrão, aceitar seu corpo é uma forma de resistência e é até mesmo um ato revolucionário. Pois, o ativismo é uma forma de transformar a sociedade, pessoas que fizeram dos seus corpos uma luta. Um corpo gordo assumido é um corpo político, pois subverte o padrão esperado, de que toda pessoa gorda deve ser infeliz com seu corpo (JIMENEZ, ABONIZIO, 2017). Pessoas gordas felizes mostram a outras pessoas gordas que é possível gostar do seu corpo, o empoderamento como uma forma de libertação (JIMENEZ, ABONIZIO, 2017).

A autora Joice Berth (2018) discute o conceito de empoderamento, a partir das concepções de Paulo Freire, Bell Hooks, Patricia Hill Collins, Angela Davis e Srilatha Batliwala, empoderamento é um processo gradual de autoconscientização, resultando uma transformação a partir da própria conscientização, ou seja, ninguém empodera outra pessoa, mas serve de amparo aos processos de conscientização de outros. Com início na autoafirmação, autovalorização, autorreconhecimento e autoconhecimento, mas não é o fim em si mesmo, o empoderamento não é algo individual e autocentrado, uma coletividade empoderada é fundamental para alterar qualquer estrutura social (BERTH, 2018).

O ativismo gordo se dá num contexto em que a sociedade civil se organiza em rede de movimento social, tendo em vista a necessidade de articulação com outros grupos “[...] a fim de ganhar visibilidade, produzir impacto na esfera pública e obter conquistas para a cidadania”

(SCHERER-WARREN, 2006, p.113). Porém a construção de redes se dá com relativa autonomia, visto que as identidades tendem a ser cada vez mais plurais, de acordo com Scherer-Warren (2006, p.116) “[...] os movimentos sociais passaram da defesa de um sujeito identitário único à defesa de um sujeito plural”. De acordo com Djamila Ribeiro (2017), é preciso expor as diferentes condições sociais (que permitem ou não) dos grupos para acessar lugares de cidadania, ou seja, é um debate estrutural que não é sobre experiências individuais, mas como o lugar social restringe oportunidades. Sendo assim, é preciso localizar esse indivíduo, pois não há um sujeito universal, afinal temos diferentes pontos de partida, somos plurais.

As redes permitem o encontro de atores sociais diversificados que confluem suas reivindicações em torno de projetos em comum ou situações a serem combatidas e transformadas (SCHERER-WARREN, 2006, p.113). Em relação ao ativismo gordo, isso se dá nessa articulação com o movimento feminista, por exemplo, que parte da discriminação de gênero, mas atua contra as diversas discriminações e exclusões sociais, como racismo, homofobia, xenofobia, entre outros. Conforme Lupton (2018), o ativismo gordo também vem sendo influenciado pelo movimento *queer* e pelo estudo de deficiência crítica devido aos paralelos que podem ser traçados. Sendo assim o ativismo vem crescendo nesse cenário de empoderamento e identidades coletivas – as quais reforçam o sentimento de pertencimento – protagonizado pelos mais excluídos, uma nova militância que têm por utopia “[...] mudanças com engajamento com as causas sociais dos excluídos e discriminados e com defesa da democracia na diversidade” (SCHERER-WARREN, 2006, p.127).

2.3.3 Gordofobia como um sistema de opressão e a tripartite gordofóbica

O termo *fatphobia* surgiu nos EUA (SYKES, 2011) e no mundo hispano falante, esse termo passou a ser utilizado muito recentemente, por volta de 2012, por meio da internet, principalmente nas redes sociais (PIÑEYRO, 2016). No Brasil, o termo já vem sendo utilizado há 7 anos (RANGEL, 2017). Segundo Rangel (2018, p.19), a gordofobia “[...] é utilizada para denominar o preconceito, estigmatização e aversão englobados por meio de uma opressão estrutural na sociedade que atinge as pessoas gordas na sociedade”. A gordofobia trata-se da aversão à gordura, manifestada no pavor de engordar e no desprezo para com as pessoas gordas, configurada pelo sentimento de repulsa ou acentuado desconforto para com pessoas consideradas gordas, podendo estar seguido de atos de violência física, verbal, moral, psíquica (NORONHA, DEUFEL, 2014; SANTOS, SANCHOTENE, 2017). A gordofobia está impregnada nos nossos pensamentos e comportamentos, nos nossos valores cotidianos,

constituindo limitações, desencadeando culpa e promovendo a exclusão das pessoas gordas (ARRAES, 2014).

A gordofobia é uma forma de discriminação estruturada e disseminada nos mais variados contextos socioculturais, consistindo na desvalorização, estigmatização e hostilização de pessoas gordas e seus corpos. As atitudes gordofóbicas geralmente reforçam estereótipos e impõem situações degradantes com fins segregacionistas (ARRAES, 2015, p.1).

O livro *Stop Gordofobia*, de Magdalena Piñeyro (2016), explica a gordofobia como um sistema de opressão. A autora se baseia no texto *La justicia y la política de la diferencia*, de Iris Marion Young (2000), para definir opressão: uma situação de desvantagem, injustiça e exclusão que sofrem determinados grupos, impedimentos e limitações sistêmicas por causa de normas, hábitos, símbolos sociais que não são questionados pela sociedade (são cumpridos automaticamente) e reproduzidos pelas instituições de forma sistemática e estrutural.

Segundo Piñeyro (2016), a gordofobia se dá na discriminação na área cultural quando as pessoas gordas são associadas à sujeira e negligência; na área institucional quando há uma exclusão devido aos espaços não serem apropriados aos seus corpos; e na área social quando sofrem assédio na rua ou são excluídos das relações afetivo-sexuais. Ou seja, a gordofobia opera como um sistema de opressão estrutural – como o racismo e o machismo - e se refere à discriminação que as pessoas gordas estão submetidas, desde humilhação, inferiorização, ridicularização, patologização e exclusão. A sociedade gordofóbica acha que é possível identificar os hábitos e a situação de saúde apenas de ver o corpo gordo, e acredita que a pessoa gorda deve estar sempre buscando formas de fugir dele. Considera a pessoa gorda doente, incapaz de tomar decisões sobre sua própria vida, acredita que precisa ser reeducada e merece ser discriminada como forma de incentivo para emagrecer.

Outra elaboração importante de Piñeyro (2016) é a tripartite gordofóbica, trata-se de um conjunto de aspectos que desencadeia a culpabilização individual da pessoa gorda e é constituída pelo discurso médico, pela estética e pela moral. A obrigação de estar de acordo com os padrões de beleza, a desvalorização moral que sofrem as pessoas gordas e o discurso da saúde que patologiza o corpo gordo e respalda muitas das atitudes gordofóbicas são pontos cruciais para constituição e manutenção da gordofobia. O primeiro pilar é a questão estética, e para começar é preciso diferenciar pressão estética de gordofobia, visto que apenas as pessoas gordas sofrem gordofobia, pois só elas possuem dificuldade de acesso, sofrem vigilância e são reiteradamente questionadas em relação a sua saúde.

A gordofobia tem especificidades que a diferenciam da pressão estética generalizada sobre as mulheres: pessoas gordas sofrem com o impedimento da

acessibilidade (em ônibus, aviões, restaurantes, cinemas, etc.), sofrem para encontrar roupas de seu tamanho nas lojas, sofrem de olhares de valor de juízo quando se alimentam publicamente, dentre diversas outras violências (RANGEL 2018, p.51).

Em geral, as pessoas sofrem com a pressão estética, de forma ainda mais enfática as mulheres, “[...] esse tipo de controle está atrelado ao conceito de que você, mulher, deve ser bela. Essa é sua única função na sociedade” (PATRICIO, 2015, p.1). Por isso, há uma grande transversalidade da gordofobia com a opressão de gênero, visto que para as mulheres a beleza é o que permite reconhecimento e êxito social, a gordura corporal “pesa” mais para elas, pois só será valorizada quando se encaixar no padrão de beleza e desempenhar seus papéis sociais estabelecidos (GONÇALVES, 2004).

[...] o movimento feminista a partir das interpretações sociais considerando o machismo e o patriarcado centrais na opressão feminina, passou a problematizar a questão da pressão estética sobre o corpo da mulher, e assim, influenciou na distinção sobre a opressão que sofrem as mulheres gordas (RANGEL, 2018, p.50).

Segundo Piñeyro (2016), o corpo é amplamente discutido pelas feministas, as quais questionam aquilo que é colocado como padrão e conseqüentemente como natural, mas falar sobre gordofobia é pauta que vem ganhando visibilidade há pouco tempo, mesmo entre feministas. Contudo, os movimentos feministas expõem essa dominação das mulheres a partir do seu corpo e luta pela sua reapropriação. O corpo feminino é construído por relações e instituições sociais, que estabelecem o que é ser mulher, e isso se destaca no corpo (GONÇALVES, 2004; AGENDES, 2012; SCOTT, 2013; GAUTÉRIO, SILVA, 2014). O que se espera, como características naturais, do corpo dito feminino, é a sedução, a heterossexualidade, um corpo que esteja a disposição e em torno da figura masculina (TEO, 2010). Uma vez que “[...] el cuerpo de las mujeres siempre será un territorio en disputa de las diferentes formas de poder patriarcal” (CUELLAR, ORTIZ, 2013, p.68). Desta maneira, a submissão construída, coloca as mulheres num contexto de insegurança em relação ao próprio corpo e dependência desse olhar do outro para sua legitimação, por isso estão obrigadas a buscar o corpo ideal (FERREIRA, MAGALHÃES, 2011).

O poder exercido sobre os corpos das mulheres controla, quando as torna insatisfeitas, exigindo uma adequação ao referencial de magreza, sujeitando-as a todo tipo de sacrifício, para corrigir, transformar e reconstruir seu corpo, como dietas, medicamentos e cirurgias plásticas (WITT, SCHNEIDER, 2011; GAUTÉRIO, SILVA, 2014). Afinal se possui a concepção de que a beleza é uma característica feminina, assim como a força é uma particularidade masculina

(GAUTÉRIO, SILVA, 2014). Para as mulheres, o corpo magro é pré-requisito não só de beleza, como para de sucesso em relacionamentos e na profissão, essencial para ter aprovação social e familiar (AGENDES, 2012; GAUTÉRIO, SILVA, 2014). Atualmente, a pressão social para emagrecer é maior sobre as mulheres, sendo assim, a boa forma torna-se uma preocupação que perpassa todo âmbito de suas vidas, pois só depois de ser magra poderá alcançar todos seus objetivos (WITT, SCHNEIDER, 2011; FERREIRA, MAGALHÃES, 2011; SCOTT, 2013).

O estudo de Naomi Wolf (1992) é central para a discussão acerca da opressão estética sobre as mulheres, ao relacionar a beleza e a opressão de gênero como um resquício do patriarcado, e o mito da beleza como recurso de controle social. Uma das principais ideias propostas por Wolf (1992), é o controle do corpo feminino por meio das dietas. A dieta como disciplinamento de gênero, ou seja, a dieta como o maior sedante político da história das mulheres: o regime de fome destrói o feminismo. Segundo a autora, a obsessão pela beleza é a obsessão pela obediência das mulheres, pois a dieta incita características como passividade, ansiedade, culpa, submissão, quer dizer o mito da beleza não é mera causalidade.

Ainda pensando na intersecção entre gordura e gênero, e em como os papéis de gênero influenciam a forma das pessoas viverem a sua corpulência, Piñeyro (2016) defende que os homens gordos são uma questão feminista, no sentido que a gordofobia contra os homens têm suas raízes na rejeição do feminino. Lembrando que a gordofobia afeta todas as pessoas gordas, inclusive os homens, os quais rejeitados pelo heteropatriarcado, visto que os homens gordos possuem maior dificuldade para demonstrar sua masculinidade, por desenvolverem características consideradas femininas, como peitos.

Desse modo, as experiências gordofóbicas atravessam todos os corpos gordos de forma distinta, em virtude dos papéis de gênero e os estereótipos sexistas em relação ao masculino e feminino. Piñeyro (2016) levanta alguns pontos para demonstrar essas diferenças, como por exemplo, os homens também são valorizados pelo seu interior, visto que a inteligência é considerada uma qualidade masculina. Os homens gordos podem cumprir com o estereótipo de serem fortes e protegerem, já as mulheres devem ser delicadas e frágeis; conseqüentemente, a mulher gorda será considerada grotesca, monstruosa. Sendo assim, as mulheres gordas estão sob dupla vulnerabilidade por serem gordas e por serem mulheres, pois distintas formas de opressão se sobrepõem e se influenciam mutuamente (RODRIGUES, 2013).

O segundo pilar da tripartite gordofóbica é o discurso moral, tendo em vista que a gordura é vista como uma desobediência imperdoável, a velhice e a doença são compreendidas como um fracasso moral. Desse modo, é preciso lutar incessantemente para se conservar jovem e saudável, sendo que qualquer atitude contrária a isso é entendida como negligência

(PIÑEYRO, 2016). Pois a doença remete a perda de controle, a desordem, o caos e a ameaça ao cidadão produtivo, por isso a associação da gordura com doença faz com que as pessoas gordas sejam marginalizadas (LUPTON, 2018).

No dia a dia, é muito comum as pessoas utilizarem as expressões como “só é gordo quem quer”, um discurso moral de autocontrole e culpabilizante, pois a pessoa gorda é moralmente responsável pela sua condição. Ser gordo é um ato imoral, pois a pessoa tem o dever de se cuidar, por isso ser gordo é como uma falência moral relacionada a descuido, preguiça, desleixo, falta de disciplina (JIMENEZ, ABONIZIO, 2017). Muito dessa visão, segundo Lupton (2018), advém do cristianismo que desenvolveu um sistema de crenças em torno das práticas de jejuar como um ritual sagrado, a privação da comida era um teste de autodisciplina, desta forma, o corpo magro demonstrava controle dos desejos carnis. Enquanto o corpo gordo era associado a uma corrupção moral e ao pecado por meio da gula, associada a algo animalesco e fora do controle. Desta forma, o corpo gordo era a personificação do pecado e da incapacidade de controlar os desejos.

Segundo Poulain (2013), a estigmatização se baseia num sistema de representações do corpo gordo que reflete as qualidades morais da pessoa. Ou seja, a desvalorização moral das pessoas gordas está associada a diversos valores negativos e crenças estigmatizantes. A crença de que as pessoas gordas são mais preguiçosas que as pessoas magras (OBARA, 2015), que são indisciplinadas, não têm força de vontade, não têm resistência, são desonestas, pouco inteligentes e são malsucedidas (PUHL, HEUER, 2009; PUHL, HEUER, 2010; PUHL, PETERSON, 2014). As pessoas gordas, além de serem consideradas feias, desagradáveis e degeneradas, são reféns de um julgamento moral que (pré)determina seus comportamentos e a sua qualidade enquanto pessoa. Exemplificado pelo ditado “você é o que você come”, ou seja, a qualidade do que você come determina a sua qualidade como pessoa. Por isso, há uma urgência em mudar o imaginário coletivo sobre o corpo gordo e a forma que ele é representando, é preciso reconhecer a diferença ao invés de reprimi-la, pois negá-la contribui para opressão (YOUNG, 2000).

Por fim, o terceiro pilar é o discurso médico, lembrando que o conceito de saúde²⁹ que ainda reverbera é o de ausência de doenças, e que a concepção de saúde ainda se fundamenta

29 “O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas” (SCLIAR, 2007, p.30).

em argumentos biomédicos. Historicamente a biologia é utilizada para justificar as diversas opressões da nossa sociedade, como a opressão de gênero ou racial. Porém, a gordofobia ainda nem é reconhecida enquanto uma opressão, segundo Poulain (2013), é vista como uma questão de saúde, por isso é um preconceito mais aceito devido o discurso médico que o legitima. “A justificativa mais comum ao questionar o corpo do outro é a da preocupação com sua saúde” (RANGEL, 2018, p.25). Essa lógica justifica o comportamento das pessoas que se sentem no direito de ficar lembrando que a pessoa gorda precisa emagrecer devido a sua saúde, um discurso que mascara muitos assédios (PIÑEYRO, 2016).

2.3.4 Gordofobia na saúde

Além de justificada pelo discurso da saúde, a gordofobia pode ser reproduzida dentro dos serviços de saúde, sendo relatado como um dos principais cenários de preconceito, discriminação e estigma (PUHL, ANDREYEVA, BROWNELL, 2008; PUHL, HEUER, 2010; SABIN, MARINI, NOSEK, 2012; SIKORSKI et al, 2013). A gordofobia pode ser instalações sem recursos e a falta de equipamentos como vestidos, macas, balanças, cadeiras adequadas para pessoas gordas (SIKORSKI et al, 2013; CHRISLER, BARNEY, 2016; RANGEL 2018). Assim, como os profissionais de saúde que mencionam comentários inapropriados e desrespeitosos, fazendo com que as pessoas gordas se sintam incompreendidas, não levadas a sério devido ao seu peso e relatam que seu peso é culpado por todos seus problemas de saúde (PUHL, HEUER, 2010; OBARA, VIVOLO, ALVARENGA, 2018).

O estudo de Puhl e Brownell (2006) mostrou que mais de dois terços (69%) de pessoas com obesidade e sobrepeso relataram ter se sentido estigmatizados por médicos, perdendo apenas para membros da família (com 72%), isso é, espaços e pessoas que deveriam acolher e diminuir o estresse gerado pelo estigma, podem ser a fonte do estresse (SUTIN, STEPHAN, TERRACCIANO, 2015). Tais atitudes são consideradas aceitáveis – até mesmo entre os profissionais mascaradas como recomendações - pois ainda se tem a visão de que o estigma pode servir como uma forma de incentivo para emagrecer e para adotar comportamentos mais saudáveis (PUHL, HEUER, 2010; SABIN, MARINI, NOSEK, 2012; LANGDON, RUKAVINA, GREENLEAF, 2016; CHRISLER, BARNEY, 2016).

Na história da saúde pública, o estigma já é conhecido como forma de culpabilizar os indivíduos e assim impedir a progressão de doenças, por exemplo, no caso do HIV/AIDS, o qual está associado a julgamentos morais sobre a forma de contrair a doença, como se estivesse restrita a um grupo de pessoas. No caso do HIV/AIDS, notou-se que o estigma é contraproducente e que a discriminação é uma barreira para lidar com a doença (PUHL,

HEUER, 2010). Já em relação à obesidade, o estigma não é uma preocupação das campanhas de combate à obesidade, e até mesmo tem sido sugerido como método de controle da doença, assumindo que a condição de obesidade está sob controle pessoal (PUHL, HEUER, 2010). Para além de uma questão de justiça social, a discriminação relacionada ao peso é uma questão de saúde pública e merece reconhecimento na sua agenda (PUHL, ANDREYEVA, BROWNELL, 2008; PUHL, HEUER, 2010).

A primeira pesquisa sobre estigma da obesidade foi publicada em 1968 por Cahnman, estudos sobre reações negativas de profissionais com pessoas gordas não são novas (NAJMAN, KLEIN, MUNRO, 1982), e atualmente temos diversas evidências científicas que comprovam o estigma relacionado ao peso (FOSTER et al, 2003; BROWN et al, 2006; PUHL, HEUER, 2010; WOLF, 2010; BACON, APHRAMOR, 2011; MALTERUD, ULRIKSEN, 2011; SABIN, MARINI, NOSEK, 2012; SIKORSKI et al, 2013; PHELAN et al, 2014; CORDONI, ROSSAKA, REATO, 2014; BACARDÍ-GASCÓN et al, 2015; TOMIYAMA et al, 2015; LANGDON, RUKAVINA, GREENLEAF, 2016; OBARA, VIVOLO, ALVARENGA, 2018). Abaixo seguem alguns estudos que tratam da temática afim de contextualizar essa discussão no debate científico atual.

O estudo de Sikorski et al (2013), com profissionais na Alemanha, avaliou atitudes estigmatizantes e utilizou a versão curta da *Fat Phobia Scale* de Bacon, Scheltema e Robinson (2001). Como resultado se esperava que, devido ao conhecimento dos profissionais das causas multifatoriais da obesidade, estes teriam atitudes menos estigmatizantes que a população em geral. Mas quase toda a amostra apresentou atitudes negativas moderadas a altas em relação ao paciente obeso, os profissionais julgam as mulheres com excesso de peso com os mesmos adjetivos negativos que a população em geral. Os profissionais possuem um conhecimento sobre as causas da obesidade limitado, sendo que para a maioria o desequilíbrio no balanço energético foi visto como a causa mais importante da obesidade. O IMC do profissional e o trabalho direto com pacientes “obesos” foram associados a menores quantidades de atribuições negativas.

A pesquisa de Sabin, Marini e Nosek (2012) examinou atitudes implícitas e explícitas sobre o peso, a fim de determinar a permeabilidade de atitudes negativas sobre o excesso de peso entre os médicos. Foi utilizado o Teste de Associação Implícita (IAT), uma medida da cognição social implícita, que captura avaliações que são relacionadas, mas distintas do autorrelato, o qual tem sido utilizado para medir atitudes implícitas sobre raça. Todos os participantes do teste relataram uma forte preferência explícita por pessoas magras sobre pessoas gordas em média, e mostraram forte viés anti-gordura implícito na média. Dessa forma,

o preconceito está tão difundido entre os médicos quanto entre a maioria das pessoas na sociedade.

Um estudo com médicos nos EUA, de Foster et al (2003), avaliou as crenças sobre as causas da obesidade (a importância de onze fatores para contribuir com esse transtorno); depois crenças sobre as características pessoais de indivíduos “obesos”; e depois as atitudes em relação ao tratamento da obesidade. Mais de dois terços dos médicos consideraram a inatividade física como a causa mais importante, seguida pela alimentação excessiva e a dieta hiperlipídica. Mais da metade dos médicos consideraram os pacientes “obesos” como desajeitados, pouco atraentes, feios e inconformes. Quase todos se sentem obrigados a educar sobre riscos, que a obesidade está associada a condições médicas graves e que os médicos devem ser modelos, mantendo um peso normal.

Wolf (2010) trabalhou com estudantes assistentes de médicos nos EUA, e utilizou *Fat phobia scale* de Bacon, Scheltema e Robinson (2001) para avaliar as atitudes em relação à obesidade e aos indivíduos “obesos”. Teve como resultado um nível médio de fobia de gordura. E os adjetivos mais marcados foram que as pessoas obesas são lentas, gostam de comida, comem demais, são inseguras, têm baixa autoestima, são inativas e não têm resistência.

O estudo de Brown et al (2006) foi desenvolvido com pessoas obesas no Reino-Unido afim de explorar as experiências e percepções de pacientes em relação a seu diagnóstico. Relataram que os profissionais de saúde ficam lembrando que seu peso é um problema e desapontamento que gera continuar essa repetição. Outra atitude percebida como problemática foi a de atribuir ao peso a causa de todos os problemas de saúde. Além disso, quase todos demonstraram um forte senso de responsabilidade relacionado ao seu peso. E já possuem uma sensação de estigma e expectativa de estereótipos negativos.

A pesquisa de Bacardí-Gascón et al (2015) avaliou a fobia de gordura entre estudantes de nutrição de duas universidades mexicanas. O qual também utilizou a versão curta da *Fat Phobia Scale* de Bacon, Scheltema e Robinson (2001). No resultado, apenas 12% mostraram atitude neutra ou positiva para obesidade, enquanto em relação à atitude negativa tinha 88% de todos os alunos. Outro estudo com estudantes de educação física, de Langdon, Rukavina e Greenleaf (2016) demonstrou uma alta internalização do corpo atlético ideal. E assim um viés para fobia de gordura, ao transmitir estereótipos sobre pessoas com obesidade e sobrepeso. Como por exemplo, elas gostam de comer, são pouco atraentes fisicamente, não têm habilidades físicas, não têm controle e não têm confiança.

A revisão sistemática de Teixeira, Pais-Ribeiro e da Costa Maia (2012) analisou estudos em relação a crenças e práticas dos profissionais de saúde em relação à obesidade, foram 13

estudos – sendo 8 dos EUA, 4 do Reino Unido e 1 de Israel, entre 1991 e 2011, todos em língua inglesa – que verificou a presença de estigma e estereótipos sociais (falta de vontade e motivação, preguiçosos, dificuldades de autocontrole e inúmeros problemas psicológicos) nas atitudes dos profissionais.

Como pode-se notar, a maioria das pesquisas sobre atitudes estigmatizantes dos profissionais e estudantes de saúde em relação a pessoas gordas foram realizados na sua maioria nos EUA e alguns na Europa. Concordante com a revisão integrativa de Rodrigues et al (2016), que entre os anos de 2003 e 2013 não constatou nenhuma produção nacional sobre estigmas dos profissionais de saúde frente à pessoa gorda. Houve dificuldade em identificar estudos no Brasil, realizou-se uma busca de forma mais ampla a fim de encontrar algumas pesquisas na área da saúde sobre a temática que serão apresentadas a seguir.

A pesquisa de Grejanin et al (2007) analisou a percepção que profissionais da saúde têm em relação ao paciente obeso e a percepção do paciente obeso sobre si mesmo. Um estudo qualitativo, desenvolvido numa Unidade Básica de Saúde (UBS) em São Paulo, participaram 19 pessoas em dois grupos (de profissionais e de “obesos”). A percepção dos profissionais é de que a pessoa gorda é doente e possui baixa autoestima. Segundo os profissionais no estudo, os pacientes têm dificuldade de se assumirem “obesos” e que “daí fica difícil cuida, né”, e conforme a visão dos profissionais “nenhum gordo é feliz”. De acordo com as falas dos profissionais, não importa quão gorda a pessoa seja, para perder peso a pessoa precisa querer, sem isso não tem orientação que funcione, veem a obesidade como comodismo. Segundo os profissionais, as pessoas gordas querem um tratamento milagroso e isso não existe, “O obeso precisa de quê? De uma balança e de uma fita métrica”. Além disso mencionam a falta de um protocolo para obesidade. A percepção das pessoas gordas com relação a elas próprias, pode ser exemplificada por esta fala: “antes eu era uma pessoa de saúde, né! Agora sou totalmente diferente, um lixo”. Elas apontam dificuldades financeiras para seguir as recomendações feitas pelos profissionais da saúde, elas sabem o que tem que fazer, mas não possuem condições para fazer. E obstáculos para realizar atividade física como atividades domésticas, cuidados com a família, queixas de dores e/ou limitações físicas. Admitem realizar tratamentos sem orientação profissional, como dietas da própria cabeça e tomar remédios para emagrecer.

Em 2009, é publicado um estudo qualitativo socioantropológico de Mattos e Luz (2009), que teve por objetivo a apreensão e interpretação de sentidos e significados que alunos “obesos” atribuem às práticas corporais de saúde realizadas no Projeto de Exercício Físico Adaptado para Obesos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Abordam o estigma sofrido pelas pessoas gordas e apontam que atividades coletivas, de pessoas que partilham um mesmo estigma,

podem resultar em efeitos positivos, pois produzem valores coletivos e sentidos para além do desejo de emagrecer. Ou seja, a construção de laços sociais como uma estratégia de promoção da saúde.

Em 2010, Pinto e Bosi fizeram um estudo qualitativo que entrevistou oito mulheres gordas da periferia de Fortaleza a fim de compreender percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias de um centro de saúde. As mulheres não se percebem como obesas, sendo que este termo está associado a um estágio de agravamento do excesso de peso, se consideram “gordas”, “gordinhas”, “bem fortes”. A percepção do aumento do peso se deu no surgimento de alguma complicação clínica. As causas levantadas para o aumento de peso foram diversas: uso de medicamentos como polivitamínicos e contraceptivos orais; a alimentação excessiva; o casamento, a gravidez, sofrimentos (doenças na família e perdas de entes queridos). Os relatos indicaram a família também como reprodutores do estigma. Essas mulheres se submeteram a dietas da moda, acompanhamento médico e o uso de medicamentos na busca do tratamento da obesidade. Para elas, o peso ideal está relacionado a realizar suas atividades diárias e reduzir o uso de medicamentos (PINTO, BOSI, 2010).

Em 2014, Cordoni, Rossaka e Reato realizaram um estudo com objetivo de identificar a percepção dos estudantes universitários da área de saúde quanto à obesidade, realizado em São Paulo. Utilizou figuras para identificar ideias e posturas em relação a pessoas com obesidade. Os resultados apontam maior frequência de rejeição frente às figuras de pessoas com sobrepeso/obesidade, associações a termos pejorativos – como nojo, bizarro - expressões que remetem esconder o corpo gordo e ideias julgadoras - como só pensa em comida, é importante reconhecer o limite. Diferentemente das imagens com pessoas eutróficas que foram associadas à saúde, sensualidade e à ideia de comer sem culpa. Ou seja, os estudantes da área de saúde reproduzem o mesmo preconceito da sociedade em geral (CORDONI, ROSSAKA, REATO, 2014).

Cori, Petty e Alvarenga (2015) realizaram uma pesquisa que tinha por objetivo identificar atitudes de nutricionistas em relação à obesidade. Participaram 344 nutricionistas e os resultados demonstraram alta frequência de respostas com tendência de estigmatização e preconceito para com a pessoa gorda, como características: guloso (67,4%), não atraente (52,0%), desajeitado (55,1%), sem determinação (43,6%) e preguiçoso (42,3%). E os principais fatores apontados como causas da obesidade foram: alterações emocionais e de humor, vício ou dependência de comida e baixa autoestima. Além de culpabilização da pessoa gorda quando os profissionais acreditam que estes podem alcançar o peso ideal se forem motivados e tiverem força de vontade. Esta pesquisa aponta para a necessidade de explorar a questão do estigma no

cenário brasileiro, pois tais atitudes podem impactar na eficácia do tratamento. E ressalta a importância de os profissionais possuírem consciência de que o preconceito está associado a uma prática clínica inadequada.

A dissertação de Mestrado de Angélica Obara da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 2015 (OBARA, 2015), sobre as atitudes de estudantes de nutrição em relação aos indivíduos “obesos” e à obesidade, resultou posteriormente no artigo de Obara, Vivolo e Alvarenga (2018) que explorou o preconceito de estudantes de nutrição com relação a indivíduos com obesidade. O estudo analisou a abordagem dos estudantes com relação a quatro casos hipotéticos, onde foi modificado apenas o IMC do paciente e todos os demais parâmetros e comportamentos eram idênticos. De fato, houve diferença na conduta adotada em função do peso, demonstrando a existência de preconceito, ainda mais agravado nas avaliações e recomendações para a mulher com obesidade.

Como por exemplo, a qualidade da dieta da mulher obesa foi avaliada de forma inferior, assim como o seu estado geral de saúde, ela também foi julgada menos saudável, menos cuidadosa em relação a sua saúde e menos disciplinada. Os estudantes disseram que seria necessário ser mais rígida com essa paciente, ter mais paciência, a paciente é julgada como mais chata e irritante e possui menor probabilidade de seguir suas recomendações. Além disso foi apontada maior necessidade de explorar histórico alimentar e a solicitação de exames bioquímicos, mesmo que ela possua os mesmos hábitos e exames que as pessoas eutróficas. Ela também foi alvo de maior recomendação sobre a necessidade de perda de peso do que o homem obeso, e que a mulher obesa se beneficiaria de um atendimento psicológico – pois se acredita que estas possuem graves problemas psicológicos (OBARA, VIVOLO, ALVARENGA, 2018). Este estudo foi muito interessante pois abordou como as prescrições estão carregadas de preconceitos.

Outro estudo de 2018, foi o trabalho de conclusão de curso da Universidade Federal de Santa Catarina, das nutricionistas Barbara Silva e Jacobina Cantisani que resultou no artigo “Interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição: um debate necessário” (SILVA, CANTISANI, 2018). O único trabalho encontrado na área da saúde que utilizou a palavra gordofobia e não faz referência a pessoas gordas como obesas e concluiu que a formação em Nutrição é passível de reproduzir gordofobia.

Conforme os estudos apresentados, nota-se que os profissionais de saúde podem ter atitudes negativas com pessoas gordas, e esta postura tendenciosa e de rejeição pode comprometer o tratamento, pois não favorece a empatia, a compreensão e o acolhimento (HUIZINGA et al, 2009; CORDONI, ROSSAKA, REATO, 2014). As atitudes negativas são

derivadas de uma visão de etiologia individual, a qual constrói a base da estigmatização, pois se tem a ideia de que a pessoa gorda tem controle sobre sua condição, aumentando os estereótipos negativos em relação a elas (PANTENBURG et al, 2012; SIKORSKI et al, 2013). E patologias com maior responsabilidade pessoal não geram pena, aguçam o sentimento de raiva e possuem menor tendência a ser ajudado, diferentemente de outras patologias com classificação de baixa responsabilidade pessoal, as quais causam pena, comoção, empatia e maiores intenções em ajudar (WEINER, PERRY, MAGNUSSON, 1988; CORDONI, ROSSAKA, REATO, 2014).

Dessa forma, a pessoa gorda ainda está associada a uma transgressão, as quais passam dos limites e não se esforçam para ter comportamentos que levariam a perda de peso (CORDONI, ROSSAKA, REATO, 2014). A partir desse contexto, a luta anti-gordofobia impulsiona a discussão a partir da expressão “gordofobia médica”³⁰, a fim de publicizar e denunciar a gordofobia na saúde.

[...] “gordofobia médica” é entendida pelas/os ativistas gordas/os como um conjunto de práticas médicas que envolvem emagrecer a qualquer custo, independentemente de uma perspectiva mais ampla de saúde, envolvendo constrangimento do/a paciente gordo/a e prescrição compulsória de dietas e/ou da cirurgia bariátrica como meios de emagrecimento (RANGEL, 2018, p.79).

30 A expressão teve uma visibilidade no Brasil quando a ativista Flávia Durante fez uma publicação no Twitter: “Amiga gorda na mesa de parto, no momento mais feliz de sua vida, ouviu um médico comentando pro outro: “tem anestesia pra rinoceronte”? Tô com saco cheio de só falar de beleza, de magra biscoiteira e de discutir quem é plus size ou não, vamos falar mais de #gordofobiamédica” (Flávia Durante, 27 de julho de 2018). E após isso recebeu diversos relatos referentes a gordofobia por parte de diversos profissionais de saúde.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Entendendo que toda atividade humana, na medida em que está implicada, é política, é preciso que explicitemos nossos pressupostos teórico-epistemológicos e, ao fazê-lo, assumamos os aspectos político-ideológicos inerentes às nossas práticas. Quer na pesquisa, quer na academia ou na clínica, estes aspectos têm sido comumente negligenciados ou mesmo recusados, sob a também ideológica pretensão de neutralidade e objetividade. Tal recusa pode ser compreendida como uma estratégia das elites brancas masculinas e burguesas (que geralmente detêm a hegemonia dos espaços de poder-saber), ao tentarem evitar a responsabilidade sobre as motivações e sobre as consequências dos saberes produzidos, o que não só as feministas, mas também movimentos pacifistas, antirracistas e anti-imperialistas, entre outros, têm ousado, há muito, questionar e denunciar (HARDING, 1991 apud NARVAZ, KOLLER, 2006, p. 648).

O percurso metodológico se determina pelos pressupostos teóricos-epistemológicos (ALVES, 1991). Portanto, esse estudo está baseado nas epistemologias feministas que compreendem que o conhecimento é sempre situado e não reconhece a possibilidade de neutralidade³¹. Este trabalho encontra-se comprometido com a mudança social, ou seja, articular a academia com as lutas sociais, além disso pretende resgatar a emoção e as experiências femininas na produção do conhecimento, a fim do “[...] empoderamento³² dos grupos oprimidos, em especial das mulheres” (NARVAZ, KOLLER, 2006, p. 651). Conforme Narvaz e Koller (2006, p.653), “[...] é possível e necessário que articulemos pesquisa, clínica e política a fim de seguirmos produzindo saberes e práticas comprometidos e implicados, para o que as metodologias feministas têm, em muito, a contribuir”.

O conhecimento produzido [pelas redes de ativistas] deveria ser uma parte importante das próprias atividades de teorização e das agendas de investigação dos universitários. Já não estamos na situação em que alguns produzem conhecimento (universitários, intelectuais) para outros aplicarem (movimentos sociais). Atualmente, essas fronteiras estão completamente em ruptura à medida que os movimentos se transformam em produtores de conhecimento e os intelectuais são chamados a envolverem-se cada vez mais no ativismo (ESCOBAR, 2003, p. p.652).

Outra preocupação apontada por Narvaz e Koller (2006), na pesquisa feminista é o lugar da pesquisadora em relação aos participantes, por isso é importante localizar o local de fala da pesquisadora. Conforme Djamila Ribeiro (2017), pensar lugar de fala é uma postura ética, uma vez que não se pode confundir lugar de fala com representatividade, segundo a autora “todo mundo tem lugar de fala”, ou seja, possui uma localização social. É a partir do local enquanto mulher, branca, magra, lésbica, nutricionista e sanitarista que esta pesquisadora

31 A neutralidade é uma característica da ciência positivista androcêntrica que associa à objetividade à masculinidade, prevê o distanciamento e separação da razão/emoção (NARVAZ, KOLLER, 2006).

32 Empoderamento aqui seria o simples fato de as próprias mulheres controlarem suas vidas e corpos (LEON, 2000), e lutarem contra a dominação feminina a partir do patriarcado – gênese da opressão de gênero e violência contra as mulheres (NARVAZ, KOLLER, 2006) – articulado com o capitalismo (SAFFIOTI, 2001).

pretende pensar criticamente a temática desta tese. Lupton (2018) acredita que o debate sobre o combate à obesidade e o estigma em relação ao peso deve ser feito por pesquisadores com corpos de todos os tamanhos.

Além disso, Djamila Ribeiro (2017, p. 86) reitera a importância de “[...] indivíduos pertencentes ao grupo social privilegiado em termos de lócus social consigam enxergar as hierarquias produzidas a partir desse lugar e como esse lugar impacta diretamente na constituição dos lugares dos grupos subalternizados”. Por exemplo, a discussão sobre machismo não pode ser feita apenas pelas mulheres, a luta antirracismo precisa ser feita também pelas pessoas brancas. Desta forma, utilizarei do local de fala enquanto profissional de saúde para problematizar a abordagem da saúde em relação às pessoas gordas.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Este trabalho foi exploratório-descritivo, pois visou proporcionar um maior conhecimento acerca de um assunto, a fim formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores (GIL, 1999). Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, de acordo com Minayo (1994), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Além disso, os métodos qualitativos são indicados quando o objeto não é muito conhecido, pois possibilita emergir novos aspectos, estudar com profundidade os significados e explicar novas relações (SERAPIONI, 2000). Sendo assim, a pesquisa pretende ser uma provocação inicial, não pretende generalizar e nem acusar, e sim expor o que vem sendo apontado pelos movimentos sociais. Entende-se os limites da pesquisa qualitativa, relacionada à representatividade, porém é preciso “[...] superar também outro preconceito que atribui maior cientificidade à abordagem quantitativa” (SERAPIONI, 2000, p. 192). Portanto, a pesquisa pretende servir para problematização da prática profissional e embasamento para formulação de políticas públicas, assim como contribuir com estudos posteriores (ALVES, 1991).

3.2 COLETA DE DADOS

Optou-se enquanto técnica de coleta de dados a utilização de um questionário online. Com o crescente uso da internet, o ambiente virtual tem se constituído um espaço para coleta de dados, o qual já é favorito dos sujeitos das pesquisas (FALEIROS et al, 2016). As enquetes

eletrônicas autorrespondidas podem ser mais produtivas, pois otimizam o tempo e possui baixo custo financeiro, além de serem mais flexíveis e as taxas de respostas parecem ser mais elevadas, devido a facilidade e maior garantia de anonimato dos participantes (SANTOS, 2009). Além de dar maior agilidade no processo da pesquisa, pois facilita o contato com os participantes, a divulgação da pesquisa e disseminação das informações, pois o ambiente virtual proporciona a formação de redes que compartilham ideias e experiências em comum (FALEIROS et al, 2016).

Conforme Faleiros et al (2016), as vantagens do questionário online são: possibilitar a participação de diversas regiões geográficas com baixo custo; anonimato dos participantes; comodidade dos participantes de responder o instrumento no momento mais oportuno; facilita a aplicação do instrumento a vários participantes. E as dificuldades relatadas são: exclusão dos analfabetos digitais e quem não tem acesso à internet, não poder esclarecer dúvidas no preenchimento (FALEIROS et al, 2016).

Utilizando as fontes como blogs, Facebook, Instagram do ativismo gordo e da luta anti-gordofobia, assim como as pesquisas científicas do tema foi elaborado um questionário online (Apêndice B) pela pesquisadora. O questionário possuía questões abertas e fechadas e teve por objetivo caracterizar como se dá a gordofobia na saúde a partir dos relatos de experiências gordofóbicas vividas em serviços da saúde de forma em geral (públicos e privados). O questionário foi pensado a partir de quatro eixos: (1) caracterização das participantes; (2) diagnóstico e tratamento da obesidade; (3) gordofobia na saúde; (4) consequências da gordofobia.

Antes da aplicação dos questionários, foi realizada um refinamento do instrumento conjuntamente com especialistas - autoras de monografias, dissertações, teses, artigos e pesquisadoras do grupo de estudos interdisciplinares do corpo gordo no Brasil - as quais trouxeram adaptações, alterações e auxiliaram no aprimoramento do instrumento. Foram avaliadas as instruções do questionário, o formato das respostas e os itens de forma individuais. Esse refinamento do instrumento foi importante para verificar se as questões respondiam de fato o que se pretendia e se o instrumento respondia ao seu objetivo da pesquisa (JESUS, 2013; ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

Após esse momento, foi realizado um piloto e para tal foram convidadas algumas pesquisadoras que compõem o grupo de estudos interdisciplinares do corpo gordo no Brasil. Esta etapa foi fundamental para verificar o entendimento e interpretação das questões, detectar falhas, realizar ajustes e identificar possíveis dúvidas a fim de minimizar dificuldades durante a aplicação do instrumento, tendo em vista que questionário é virtual, o que dificulta esse

contato com o pesquisador. Outra ferramenta utilizada foi um espaço ao final do questionário onde a pessoa podia deixar um comentário para os pesquisadores, o que facilitou o contato com os participantes e acompanhamento da pesquisa.

Posteriormente, a pesquisadora fez a identificação e o levantamento de ativistas-chave e coletivos do movimento gordo e da luta anti-gordofobia para divulgação da pesquisa. Conforme já explicitado, o ativismo gordo está concentrado nos ambientes virtuais, por isso optou-se por realizar a divulgação também de forma virtual, na forma de convites direcionados aos mais 112 ativistas-chave e coletivos identificados no levantamento. Estes ativistas-chave também ajudaram a divulgar a pesquisa e esta forma de divulgação foi essencial para o alcance da pesquisa. O questionário foi direcionado a pessoas gordas ou ex-gordas, participaram pessoas de todas as regiões do país.

Durante o tempo em que o questionário ficou disponível, dia 07 de maio até 29 de setembro de 2020, foi realizado acompanhamento da taxa de resposta e a necessidade de intensificar a divulgação. O alcance e a agilidade foram superiores ao previsto pela pesquisadora, alcançando 530 respondentes em um tempo muito curto. Destas 515 respostas foram consideradas respostas válidas, após a retirada de respostas duplicadas e respostas de pessoas que não se encaixavam no critério de inclusão da pesquisa – ser uma pessoa gorda ou ex gorda.

O questionário foi divulgado com o título “Gordofobia nos serviços de saúde”, pois pretendeu partir de pessoas que sofreram gordofobia e reconheceram isso enquanto uma opressão, ou seja, pessoas que já tivessem vivenciado alguma experiência de gordofobia nos espaços de saúde. Importante pensar aqui na “experiência”, ela serve como forma de falar sobre o acontecido e que o atual ocultamento dessa forma de opressão demonstra um ato deliberado de poder e dominação (SCOTT, 1998).

Tornar visível a experiência de um grupo diferente expõe a existência de mecanismos repressivos, mas não a sua lógica ou seus funcionamentos internos; sabemos que a diferença existe, mas não a entendemos como constituída em relação mútua. Por isso precisamos nos referir aos processos históricos que através do discurso, posicionam sujeitos e apresentam suas experiências. Não são indivíduos que têm experiência, mas sim os sujeitos que são constituídos pela experiência (SCOTT, 1998, p. 304).

Conforme Amparo-Santos, França e Reis (2020), é preciso dar atenção às narrativas das pessoas gordas visto o histórico silenciamento, por isso é preciso ouvir quem é protagonista dessas vivências. Por isso, neste trabalho, pretendeu-se compreender a gordofobia a partir dessas experiências vivenciadas pelas pessoas gordas e ex-gordas a fim explorar como ela perpassa o campo da saúde. Porém, a pesquisa não pretende ser representativa enquanto à existência de gordofobia sofrida pelas pessoas gordas nos serviços de saúde. Entende-se por

serviços de saúde, locais onde há produção do cuidado em saúde, seja individual ou coletivo, estabelecimentos de saúde públicos ou privados, incluindo ações, práticas, discursos e instituições de saúde.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram apresentados de forma descritiva a partir de medidas de frequência, utilizados apenas como forma de amparar as respostas qualitativas. Para os dados qualitativos realizou-se uma análise interpretativa, a partir da análise temática, que “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido, que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2010, p. 316). Segundo Souza (2019, p.52), a análise temática permite “[...] identificar, analisar, interpretar e relatar padrões (temas) a partir de dados qualitativos”. A análise temática envolve três etapas: pré-análise que é a exploração do material por meio de leitura flutuante, interpretação, formulação e reformulação de hipóteses; a criação de categorias; e tratamento dos resultados obtidos, análises e inferências de acordo com o referencial teórico (MINAYO, 2010).

Como o banco de dados era grande, para melhorar a organização e descrição dos resultados optou-se por separar em eixos de debate, o primeiro consiste numa discussão sobre medicalização da obesidade, o segundo sobre os relatos de gordofobia nos serviços de saúde e o terceiro analisa as consequências da gordofobia no cuidado e na saúde da pessoa gorda. Dentro de cada um desses eixos de debate foi preciso realizar um vaivém constante no banco de dados para produzir os temas (SOUZA, 2019). Nesta análise temática, utilizou-se uma abordagem indutiva e baseada nos dados, a partir dos dados, procurou-se padrões de significados e questões de interesse para a pesquisa (SOUZA, 2019).

O eixo da medicalização da obesidade possui três debates principais oriundos das perguntas do questionário online: como é feito o diagnóstico da obesidade, como é a experiência das pessoas gordas com os tratamentos da obesidade e quais as possíveis sequelas da abordagem normativa de peso. Após uma exaustiva leitura das respostas identificou-se que as experiências com os tratamentos da obesidade exigiam a construção de categorias, pois apresentavam alguns núcleos de sentidos padronizados. As categorias identificadas: (1) repercussões do início do tratamento já na infância ou adolescência; (2) efeitos iatrogênicos das dietas restritivas; (3) atividade física: punitivista, compensatória e medicalizante; (4) efeitos adversos do tratamento farmacológico; (5) complicações da cirurgia bariátrica; e (6) efeitos colaterais do tratamento na saúde mental.

No eixo referente aos relatos de gordofobia nos serviços de saúde, também se verificou a necessidade de identificar os núcleos de sentidos nas histórias contadas pelas participantes. Após leitura e releitura do banco de dados, fundamentado nos temas emergentes dos relatos e a partir da percepção de frequência e relevância das temáticas desenvolveu-se as seguintes categorias: (1) falta ou dificuldade de acessibilidade; (2) diagnóstico superficial e preconceito clínico; (3) culpabilização e advertência baseada no medo; (4) abordagem violenta; (5) desprezo da queixa e exclusividade do peso; (6) prescrição indiscriminada e compulsória de intervenções; (7) negligência; (8) violência de gênero contra as mulheres; (9) reprovação do profissional de saúde gordo.

No eixo sobre as consequências da gordofobia, apresentou-se alguns resultados oriundos do questionário articulado com outros estudos que abordam os efeitos da gordofobia no cuidado e na saúde da pessoa gorda. Todos os eixos foram analisados a partir do referencial teórico apresentado e com a posterior agregação de outras literaturas para dar conta das discussões emergentes do banco de dados. Além disso, durante a apresentação dos resultados serão utilizadas algumas respostas pontuais dos participantes de forma a ilustrar a análise. Por fim, de forma mais propositiva, a pesquisadora decidiu elaborar um fluxograma da gordofobia nos serviços de saúde sintetizando os principais resultados desta tese. Assim como tornou-se indispensável conceituar o termo “gordofobia médica”, o qual também foi emergente da análise do questionário. E não menos importante, finalizar o texto com um debate sobre a necessidade de elaborar estratégias de prevenção da gordofobia na saúde.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisadora seguiu às normas preconizadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Resolução 510/2016. O projeto foi enviado para o comitê de ética e possui aprovação do CEPESH/UFSC (CAAE 30225320.7.0000.0121 e número do Parecer: 3.972.268). Acoplado ao questionário online foi inserido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) virtual (Apêndice A), composto por uma página de esclarecimento sobre a pesquisa, além da solicitação de autorização para o uso dos dados. A participação foi absolutamente voluntária, as e os participantes tiveram a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados obtidos. No TCLE virtual também foram expostos os possíveis riscos ao participar da pesquisa, considerando a necessidade de recordar e relatar possíveis situações dolorosas ou constrangedoras de suas experiências de vida. Também se

reafirmou a liberdade de não responder ou interromper a sua participação em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para facilitar a compreensão os resultados e aprofundar as análises, os resultados serão divididos em subtítulos referentes as seguintes temáticas: (1) caracterização das participantes; (2) medicalização obesidade; (3) caracterização da gordofobia nos serviços de saúde; (4) relatos de gordofobia nos serviços de saúde; (5) conceituando o termo gordofobia médica; (6) consequências da gordofobia no cuidado e na saúde da pessoa gorda; (7) fluxograma da gordofobia nos serviços de saúde; (8) estratégias de prevenção da gordofobia na saúde.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES³³

Esta parte tem por objetivo descrever os participantes da pesquisa, a primeira pergunta foi referente a identidade de gênero (Tabela 1) dos participantes da pesquisa onde majoritariamente 93,4% (n=481) é composta por mulheres³⁴ cis. Em consonância com a composição do movimento gordo em que a maioria das ativistas são mulheres (LUPTON, 2018).

Tabela 1- Identidade de gênero das participantes

Identidade de gênero	N	%
Mulher cis	481	93,4
Mulher trans	1	0,2
Homem cis	29	5,6
Homem trans	1	0,2
Não-binário	3	0,6
Total	515	100

Dentre a faixa etária (Tabela 2) houve uma concentração maior na idade adulta, metade 50,3% das respondentes têm entre 25 e 34 anos, seguida por 25,2% de pessoas entre 35 e 44 anos.

³³ Nesta parte será debatido alguns dos resultados (referentes as perguntas 1 a 11) oriundos do questionário online (Apêndice B) relacionados a caracterização das participantes.

³⁴ Como a grande maioria das participantes são mulheres cis optou-se por referenciar quem participou da pesquisa como “as participantes” no decorrer do texto.

Tabela 2- Faixa etária das participantes

Faixa etária	N	%
Entre 18 e 24 anos	95	18,4
Entre 25 e 34 anos	259	50,3
Entre 35 e 44 anos	130	25,2
Entre 45 e 54 anos	23	4,5
Entre 55 e 64 anos	8	1,6
Acima de 65 anos	0	0
Total	515	100

Em relação a orientação sexual das participantes (Tabela 3) a maioria das respondentes são heterossexuais (72,2%), seguidas de bissexuais (17,3%).

Tabela 3 – Orientação sexual das participantes

Orientação sexual	N	%
Heterossexual	372	72,2
Lésbica	20	3,9
Homossexual	13	2,5
Bissexual	89	17,3
Pansexual	17	3,3
Assexual	2	0,4
Não sei	2	0,4
Total	515	100

A maioria das respondentes se declarou branca (71,8%), seguido de preta e parda (27,6%) (Tabela 4). Esta é uma limitação da pesquisa, pois não expressa uma representatividade da composição da população brasileira. Talvez seja porque a pesquisa se deu de forma online e a população preta e/ou parda possui desvantagem em relação à população branca ao acesso à internet. Ou então, pode-se levantar a hipótese de que essa composição seja uma característica do próprio ativismo gordo.

Tabela 4- Autodeclaração cor/raça/etnia das participantes

Cor/raça/etnia	N	%
Branca	370	71,8
Preta	51	9,9
Parda	91	17,7
Indígena	0	0
Amarela	2	0,4
Não sei	1	0,2
Total	515	100

No que se refere a escolaridade (Tabela 5) das participantes, nota-se uma concentração de pessoas com ensino superior e pós-graduação que representa mais uma limitação da pesquisa, mas talvez esse resultado expresse que o debate de gordofobia ainda se concentra no meio acadêmico.

Tabela 5 – Escolaridade das participantes

Escolaridade	N	%
Ensino fundamental incompleto	1	0,2
Ensino fundamental completo	2	0,4
Ensino médio incompleto	1	0,2
Ensino médio completo	24	4,7
Ensino superior incompleto	121	23,5
Ensino superior completo	152	29,5
Pós-graduação incompleta	53	10,3
Pós-graduação completa	161	31,2
Total	515	100

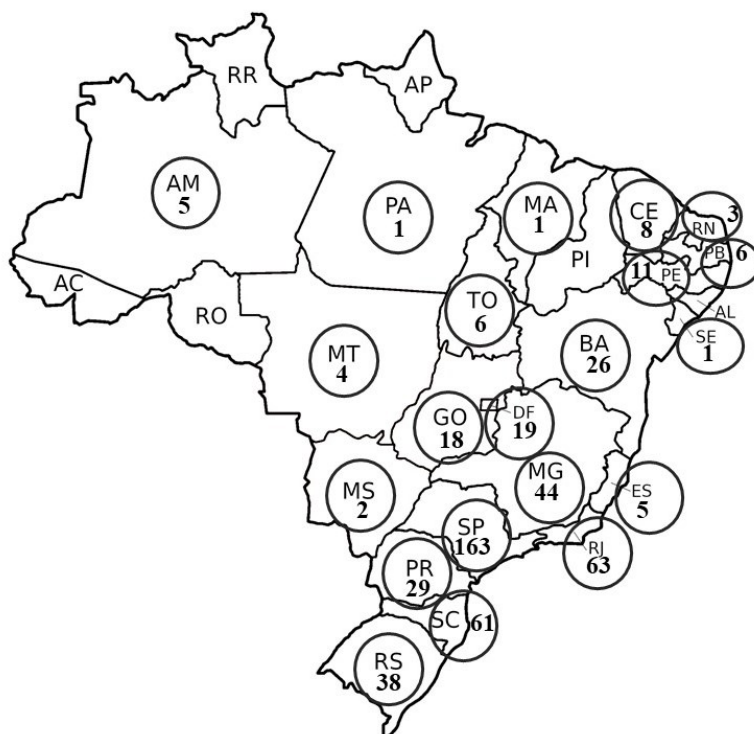
Sobre a renda mensal (Tabela 6), houve uma maior concentração de pessoas entre 1-3 salários-mínimos (39,2%) e entre 3-5 salários-mínimos (25,4%). Esse resultado talvez seja decorrente de que o acesso à internet é concentrado entre as pessoas de maior poder aquisitivo.

Tabela 6 – Renda Mensal (per capita)

Renda Mensal (per capita)	N	%
Até 1 salário-mínimo	76	14,8
Entre 1 e 3 salários-mínimos	202	39,2
Entre 3 e 5 salários-mínimos	131	25,4
Entre 5 e 7 salários-mínimos	52	10,1
Acima de 8 salários-mínimos	54	10,5
Total	515	100

No mapa (Figura 9) abaixo, é possível identificar a abrangência da pesquisa no país. Houve participantes de todas as regiões do país, porém com uma grande concentração na região Sudeste (53,6%), talvez porque é a região com maior percentual de acesso à internet. A região Sul (24,8%) foi a com segunda maior participação, seguida da região Nordeste (11%) e Centro-oeste (8,3%). Houve pouca participação da região Norte (2,3%), talvez porque poucos ativistas chaves e coletivos foram identificados nessas regiões ou então porque é a região com menor percentual de usuários de internet. Uma outra hipótese é que essa a distribuição das participantes represente como o ativismo gordo está espalhado pelo Brasil, centralizado principalmente no estado de São Paulo (n=163), seguido do Rio de Janeiro (n=63), Santa Catarina (n=61), Rio Grande do Sul (n=38), Paraná (n=29) e Bahia (n=26).

Figura 9 - Mapa da distribuição das participantes no Brasil



Fonte: elaboração própria.

Conforme mencionado anteriormente, o questionário online foi divulgado a partir de ativistas-chave e coletivos anti-gordofobia. Por isso, um dos questionamentos foi se a participante da pesquisa era uma ativista do movimento gordo, surpreendentemente ficou bem dividido: 39% (n=201) responderam que sim; 31,9% (n=164) não se consideram ativistas; e 29,1% (n=150) não sabiam. Talvez porque muitas pessoas gordas tenham essa discussão, mas acreditem que não militem ativamente na causa. Isso porque o ativismo gordo se dá individualmente nas suas casas por meio da internet, e poucas são as ações coletivas e os encontros presenciais (RANGEL, 2018).

Um dos requisitos de participar da pesquisa era ser uma pessoa gorda ou ex-gorda, considerando a fluidez da identidade gorda, pois “[...] um corpo gordo pode vir a ser magro e vice-versa (RANGEL, 2018, p.52), por isso surge a categoria ex-gorda que se refere a pessoas gordas que emagreceram³⁵. Entre as participantes, 92,6% (n=477) responderam que são gordas e 7,4% (n=38) ex-gordas. Mas afinal como definir que uma pessoa é gorda? Lembrando que

³⁵ Conforme Rangel (2018) há uma divergência no ativismo gordo em relação a fala dessa categoria, pois essa vivência pode contribuir para o ativismo, mas também existe a possibilidade de reproduzirem o preconceito (a partir da ideia de que com esforço é possível emagrecer).

ser gorda não é um sentimento³⁶, segundo Rangel (2018, p.69), uma “[...] pessoa pode ser considerada gorda a partir do momento em que encontra dificuldade de acessibilidade pelo tamanho de seu corpo”. Em função da variedade de tamanho das pessoas gordas é utilizado entre ativistas as categorias “gorda maior” e “gorda menor” (RANGEL, 2018), pois é importante evidenciar que “[...] a gordofobia aumenta a depender do tamanho de seu corpo” (JIMENEZ, 2020, p. 151). Porém durante a validação do questionário com as pesquisadoras convidadas foi sugerido não utilizar essas categorias “gorda maior” e “gorda menor”, pois ainda são pouco conhecidas pelas pessoas gordas em geral o que poderia dificultar o autopreenchimento do questionário.

Por fim, questionou-se onde as participantes realizam seus atendimentos de saúde, nesta questão elas podiam optar por mais de uma alternativa, considerando que o sistema de saúde brasileiro é composto pelo segmento público e privado, e que as pessoas acessam aos serviços de saúde de forma concomitante e não de forma exclusiva. Entre as formas de atendimento em saúde 64,5% (n=332) disse possuir plano de saúde, 43,1% (n=222) utilizava os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e 36,3% (n=187) realizava consultas particulares. Sendo assim, de forma geral as participantes da pesquisa eram mulheres cis, heterossexuais, brancas, com ensino superior, entre 25 e 34 anos, de classe média, da região Sudeste, dos centros urbanos e possuem plano de saúde.

36 Ou seja, não é porque uma pessoa não é magra que ela necessariamente será gorda, por isso Rangel (2018) propõe uma definição para pessoas magras (não possuem dificuldade de acessibilidade, não são vigiadas e nem patologizadas) e para pessoas não-gordas (não são consideradas magras conforme o padrão estético atual, mas também não podem ser consideradas gordas).

4.2 MEDICALIZAÇÃO DA OBESIDADE³⁷

A partir da teoria da medicalização, será debatida a contraproduktividade das intervenções biomédicas no tratamento da obesidade, o insucesso da abordagem normativa do peso atual e suas possíveis sequelas. Corroborando com a sugestão de outros estudos (SCHWARTZ, HENDERSON, 2009; SÁNCHEZ-CARRACEDO, NEUMARK-SZTAINER, LÓPEZ-GUIMERÀ, 2012), serão examinados os potenciais efeitos iatrogênicos (e gordofobias) que acompanham o tratamento da obesidade. Assim como analisar e identificar se as pessoas gordas se encontram sob risco de medicalização excessiva.

4.2.1 Medicalização e iatrogenia

Nas atuais diretrizes de tratamento da obesidade, predominam abordagens normativas de peso (TYLKA et al, 2014) que presumem que toda pessoa acima do peso requer intervenção, e esta intervenção possui ênfase no peso (MENSINGER, TYLKA, CALAMARI, 2018). Afinal, só com a perda de peso a saúde será ser restabelecida, ou seja, o corpo deve sofrer uma intervenção curativo-terapêutica, numa lógica terapêutica de restauração da normalidade (CANGUILHEM, 1990; CAPONI, 2009; KRAEMER et al, 2014).

Ademais, mesmo em desacordo com as evidências atuais, ainda se supõe que o peso corporal é completamente controlável, está sob domínio pessoal e dependesse da força de vontade (RUBINO et al, 2020). Essa visão influencia no rol de soluções simplistas aplicadas de forma reducionista, patologizante e no âmbito individual, intervenções totalmente direcionadas ao biológico e ao comportamental (BAGRICHEVSKY et al, 2010). Reforçando a responsabilização do indivíduo e o processo de estigmatização da pessoa gorda na sociedade (GAUDENZI, 2009; KRUSE, 2012; FRANCISCO, DIEZ-GARCIA, 2015; RECH et al, 2016; RUBINO et al, 2020).

Assim, se institucionaliza o projeto de emagrecimento enquanto estratégia de saúde (PAIM, KOVALESKI, 2020) fundamentada no paradigma biomédico. O qual possui, enquanto bases epistemológicas e práxis, o reducionismo biológico, a divisão entre corpo e mente, a normatização do normal e do patológico de acordo com parâmetros biomédicos e quantitativos, sobrevalorização dos fatores biológicos, uma clínica terapêutica reducionista, a valorização de tecnologias duras em detrimento de tecnologias leves e a reafirmação da heteronomia e da assimetria na relação profissional-paciente (CARDOSO, 2015). E não se pode negar essas

³⁷ Nesta parte será debatido alguns dos resultados (referentes as perguntas 12, 13, 14,15, 28, 34, 35) oriundos do questionário online (Apêndice B) relacionados ao diagnóstico e ao tratamento da obesidade.

contribuições da biomedicina na medicalização, pois na interpretação e na intervenção biomédica há uma nítida tendência medicalizante (TESSER, POLI NETO, CAMPOS, 2010; CARDOSO, 2015).

[...] a medicalização tem sido comumente associada ao uso excessivo e inadequado de medicamentos (prescritos ou não) e à má prática clínica (relacionada a infrações éticas ou conhecimento biomédico insuficiente) (CARDOSO, 2015, p. 5).

A medicalização envolve a transformação de comportamentos considerados indesejados ou desviantes em doenças, a expansão dos limites das enfermidades (“pré-obesidade”), o controle médico sobre os processos de saúde e doença retirando a autonomia dos sujeitos (CAMARGO JR 2013; DOS SANTOS, ZAMBENEDETTI, 2019). O posicionamento da questão da obesidade na esfera biomédica, sujeitando as pessoas gordas a um diagnóstico e tratamento compulsório consolida a medicalização da obesidade, que passa a ser domínio da ciência médica e encarada como uma doença que precisa ser combatida (FIGUEIREDO, VELHO, 2012; FRANCISCO, DIEZ-GARCIA, 2015).

O processo de medicalização aumenta a demanda e a prescrição do consumo de tecnologias terapêuticas que podem estar a serviço de interesses econômicos e não necessariamente ao bem-estar das pessoas (CAMARGO JR 2013). Por exemplo, a farmacologização que seria a transformação de condições humanas em oportunidades para intervenções farmacológicas, agindo conforme interesses econômicos das indústrias farmacêuticas e levando a uma expansão do mercado farmacêutico (CAMARGO JR 2013).

Além disso, devido à limitação terapêutica relacionada principalmente a doenças crônicas, a via farmacológica precisa ser analisada cuidadosamente devido a sua sobremedicalização e efeito iatrogênico. A iatrogenia é a “[...] produção de efeitos deletérios sobre a saúde devido à ação médica” (TESSER 2006, p. 63). Segundo Illich (1975), a iatrogênese clínica seria causada pelos próprios cuidados de saúde, como por exemplo intervenções cirúrgicas desnecessárias, efeitos indesejados de fármacos, danos que podem prejudicar a saúde e até mesmo produzir doenças. Conforme o autor, a medicina institucionalizada transformou-se numa ameaça à saúde (ILLICH, 1975), talvez pelo monopólio das funções ou pelo excesso do uso de ferramentas (TESSER, 2006).

Sendo assim, é fundamental reconhecer os limites diagnósticos e terapêuticos biomédicos para atenuar o círculo vicioso sobremedicalizante (TESSER, 2019). A sobremedicalização seria um excesso de exposição ou de procura por cuidados em saúde, que não necessariamente confere benefícios em termos de saúde e bem-estar, pois este cuidado em saúde está mais relacionado à expansão do mercado do que para as necessidades de saúde (CARDOSO, 2015).

Desse modo, o projeto de emagrecimento reforçado pelas políticas de combate à obesidade não tem se preocupado com os possíveis danos iatrogênicos gerados. Pouco se considera os limites das recomendações, os possíveis danos das ações preventivas e os efeitos adversos das intervenções realizadas pela biomedicina (TESSER, 2017).

4.2.2 Diagnóstico da obesidade: superficial e desatualizado

Nas políticas públicas de saúde o diagnóstico precoce, do sobrepeso e da obesidade, aparece como uma importante estratégia no controle e prevenção de DCNT, na redução de morbimortalidade e na promoção da saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2020). De acordo com o Manual de Diretrizes para o Enfretamento da Obesidade na Saúde Suplementar Brasileira (BRASIL, 2017), apenas 10% dos pacientes com obesidade são diagnosticados e menos de 2% recebem tratamento para obesidade.

A fim de verificar se esta é uma realidade das participantes da pesquisa, questionou-se se elas já haviam recebido o diagnóstico de obesidade por algum profissional de saúde (Tabela 7). A falta de diagnóstico não aparece enquanto uma realidade das participantes, visto que 95,9% das participantes já receberam esse diagnóstico, destas 71% receberam esse diagnóstico diversas vezes, e apenas 4,1% nunca receberam este diagnóstico.

Tabela 7 – Diagnóstico de obesidade

Você já recebeu o diagnóstico de obesidade?	N	%
Sim, já recebi esse diagnóstico diversas vezes	366	71
Sim, já recebi esse diagnóstico uma vez	72	14
Não, mas já recebi diagnóstico de “sobrepeso”	56	10,9
Não, nunca recebi esse diagnóstico	21	4,1
Total	515	100

A partir destes resultados, questiona-se: será mesmo que está faltando diagnóstico para o sucesso das políticas de combate contra a obesidade? Por que há uma obsessão em realizar o diagnóstico todas as vezes que a pessoa tem contato com o serviço de saúde? De acordo com Tesser (2006), o diagnóstico é categoria central do saber biomédico, pois permite propor e executar ações terapêuticas. A partir do diagnóstico, é possível justificar a necessidade de intervenção, “[...] feito o diagnóstico, o doente é “convidado” a aceitar a interpretação técnica do profissional” (TESSER, 2006, p. 353). Sendo assim, aquela frase que sempre é repetida “obesidade é uma questão de saúde” exemplifica que esta questão passa a pertencer ao saber e poder da medicina, - tornando-se passível de prescrições e intervenções baseadas no uso de tecnologias e informações das ciências médicas.

Além disso, as políticas públicas partem do pressuposto que as pessoas com excesso de peso subestimam seu peso e que identificar-se seria um requisito para o sucesso da gestão do seu próprio peso. A expectativa é de que ao conhecer o seu diagnóstico a pessoa gorda reconhecerá que está em risco e se responsabilizará inibindo comportamentos não saudáveis. Entretanto, na pesquisa de Robinson, Hunger e Daly (2015) perceber-se com excesso de peso apresentou um maior risco de ganho de peso no futuro em adultos dos EUA e do Reino Unido, tendo em vista que estar acima do peso é uma condição estigmatizada que gera angústia e estresse (ROBINSON, HUNGER, DALY, 2015).

Outra informação investigada entre as participantes, foi referente a qual critério diagnóstico foi utilizado pelo profissional de saúde. A resposta era aberta, dependia do viés de memória e podiam relatar mais de uma experiência diagnóstica. Foram mencionados alguns critérios: em primeiro lugar o IMC (mencionado 306 vezes) e em segundo lugar o “olhômetro” (mencionado 126 vezes), depois o peso (43), o percentual de gordura (34), bioimpedância (15), alterações em exames (12), circunferência abdominal (5), por possuir outras doenças (4) e não lembra (5).

Pelo IMC o médico disse que eu era uma obesa mórbida e ia morrer se não fizesse a bariátrica (participante).

Feito pelo cálculo de IMC ou o médico olhando para mim e falando "é bom passar dias sem comer, é bom que emagrece" (fui internada no mesmo dia e fiquei uma semana no hospital, meu rim quase parou e quase rompi o ano no hospital, mas é bom que emagrece) (participante).

IMC algumas vezes, mas na maioria das vezes só de olhar para mim mesmo. Quando o IMC foi usado, era só para jogar na minha cara que sou obesa mórbida grau III (participante).

Para formalizar obesidade enquanto doença, o IMC é utilizado enquanto critério diagnóstico atual, porém Rubino et al (2020) aponta a inadequação do IMC para diagnosticar a obesidade com precisão e menciona a necessidade de identificar fatores clínicos e biológicos mais significativos. Pois, o IMC não é um bom indicador para escala individual, principalmente devido a sua incapacidade de aferir a composição corporal, ou seja, não diferencia gordura e massa muscular, nem a localização da gordura, além de desconsiderar variáveis como densidade óssea (FIGUEIREDO, VELHO, 2012; POULAIN, 2013; PEREIRA, SILVA, 2017). E mesmo sendo uma indicação aproximativa, o IMC acaba sendo o cálculo mais utilizado para avaliação da adiposidade corporal em nível individual e clínico (ABESO, 2016).

O IMA opera como “[...] instrumento tecnológico que dá suporte à autoridade médica” (FIGUEIREDO, VELHO, 2012, p.12). E utilizar apenas no IMC como classificação de saúde

pode acarretar políticas públicas punitivas para as pessoas gordas. Autores indicam a utilização de outros marcadores, como os sanguíneos ou a combinação de outros marcadores como aptidão cardiorrespiratória, circunferência da cintura, percentual de gordura corporal (TOMIYAMA et al, 2016).

Uma vez o IMC, das outras vezes só me olhando (participante).

Na maioria das vezes, apenas visual. Nenhum deles sequer me pesou. Apenas olhou e me disse que eu estava obesa e precisava urgentemente emagrecer (participante).

As vezes só de olhar, as vezes do peso na balança, poucas vezes do cálculo do IMC (participante).

Você está obesa! Precisa emagrecer florzinha (participante).

Geralmente, só olham para você e falam que você é obeso. Alguns nutricionistas calculam IMC (participante).

O segundo critério diagnóstico utilizado foi o “olhômetro”, em que não é feita aferição do peso nem da altura, é realizado apenas pela percepção visual pelo profissional, método totalmente ultrapassado (BRAY, 1987). Rangel (2018, p. 26) já ressaltava que a “[...] avaliação em relação à saúde metabólica de uma pessoa não pode ser avaliada apenas de maneira visual e superficial”. Porém, os critérios mais mencionados indicam que o diagnóstico da obesidade é realizado muitas vezes de maneira superficial, e pode ainda ser acompanhado de terrorismo e cálculos indevidos de expectativa de vida.

Eu fui diagnosticada obesa desde meus 12 anos, eu não lembro quais foram os critérios, mas a médica olhou na minha cara e disse que eu poderia ter muitos problemas de saúde e não ia demorar morrer (eu tinha 12 anos) (participante).

O médico simplesmente me olhou e disse que eu era obesa, que não precisava nem fazer cálculos para saber que eu tinha morbidez e podia morrer a qualquer momento (participante).

O médico olhou para mim e disse que estava obesa e ia morrer muito cedo. Que deveria parar de comer besteira (coisa que como pouco) e deveria fechar a boca e comer só maçã (participante).

Exatamente essas palavras: “se continuar assim tua obesidade não vai deixar você chegar aos 30 anos” (participante).

Na tentativa “inocente” de alertar riscos, que podem ou não ocorrer, há na verdade uma sentença de morte. Estudos recentes apontam que a obesidade sozinha não aumenta o risco de morte, como é o caso da pesquisa de Kuk et al (2018) que comprovou que a obesidade isolada não possui uma taxa de mortalidade mais elevada, ao contrário da dislipidemia, da hipertensão ou da diabetes. Ou então, o estudo de Eckel et al (2018), com 90.257 mulheres por 30 anos (1980-2010), que examinou a associação entre saúde metabólica e o risco de doença

cardiovascular em todas as categorias de IMC. O qual demonstrou que os riscos de doença cardiovascular são mais altos para as mulheres metabolicamente insalubres em todas as categorias de IMC, portanto a manutenção da saúde metabólica parece ser mais primordial para diminuir o risco cardiovascular, independente do IMC (ECKEL et al, 2018). Rompendo com a ideia de que pessoas com peso ideal estão protegidas apenas pelo peso e que pessoas gordas estão fadadas simplesmente pelo seu peso.

4.2.3 Contraprodutividade do tratamento da obesidade

A abordagem terapêutica da obesidade tem se detido no modelo biológico do qual derivam estratégias que são insuficientes para dar conta da complexidade implícita na sua determinação e no convívio com a obesidade e seus enfrentamentos (FRANCISCO, DIEZ-GARCIA, 2015, p.706).

Conforme mencionado anteriormente, a abordagem terapêutica da obesidade atual está fundamentada no paradigma biomédico, Tesser (2006) classifica as intervenções terapêuticas biomédicas em três tipos: higienodietéticas, farmacológicas e cirúrgicas. Em consonância com os atuais tratamentos da obesidade: tratamento farmacológico, tratamento não farmacológico (alimentação saudável, atividade física e suporte psicológico) e tratamento cirúrgico (BRASIL, 2020).

Uma suposição muito comum em relação às pessoas gordas é que se estão gordas é porque nunca realizaram tratamentos para perda de peso. Por isso, uma das perguntas realizadas às participantes foi que tipos de tratamento já haviam realizado com indicação de um profissional de saúde (Tabela 8). Nota-se que a grande maioria já realizou dietas (87,8%) e atividade física (86%), mais da metade já tomou medicamentos para emagrecer (63,3%) e apenas 5,4% nunca realizaram nenhum desses tratamentos.

Tabela 8 – Tratamentos para obesidade

Que tipos de tratamentos você já fez com indicação de um profissional de saúde? (n=515)	N	%
Dieta com restrição de calorias	452	87,8
Atividade física	443	86
Medicamentos para emagrecer	326	63,3
Cirurgia bariátrica	41	7,9
Nenhum	28	5,4
Outros	40	7,7

Estes tratamentos, muitas vezes ineficazes, invasivos e com potenciais danos, possuem como foco a perda de peso, contudo não são sustentáveis a longo prazo e comumente estão associados a flutuação do peso (TYLKA et al, 2014). Nem os profissionais acreditam na

eficácia das intervenções atuais, a revisão sistemática de Teixeira, Pais-Ribeiro e da Costa Maia (2012) menciona que os profissionais consideram difícil lidar com a obesidade, além de se sentirem despreparados, eles possuem baixas expectativas quanto à perda de peso dos pacientes, principalmente com mudanças no longo prazo e desenvolvem um sentimento de frustração em relação a sua prática. A inabilidade dos profissionais de lidar com a complexidade das doenças, a falta de tempo para abordar mais profundamente as causas dos problemas e o imperativo de responder as expectativas dos pacientes acabam tornando-se justificativas da intervenção excessiva (CARDOSO, 2015).

A fim de identificar como foi realizar esses tratamentos, solicitou-se que participantes relatassem como foram essas experiências. Referente a esta pergunta: “*Se você realizou algum tratamento, poderia relatar como foi essa experiência?*”, houve 354 respostas válidas, destas 5,4% (n=19) relataram uma experiência com os tratamentos de forma positiva, 87,6% (n=310) de forma negativa e 7% (n=25) de forma neutra. Entre as respostas que mencionaram o tratamento enquanto uma experiência positiva, envolveram a realização da cirurgia bariátrica, acompanhamento psicológico, dieta e exercícios físicos individualizados, e tratamento não voltado para o emagrecimento.

Atualmente tenho acompanhamento de nutricionista comportamental, psicóloga e psiquiatra e estou na minha melhor fase. Não estou me tratando para emagrecer, mas para controlar a compulsão alimentar (participante).

Satisfatória, com melhora da qualidade de vida e condições de saúde (participante).

Quando eu fiz acompanhado de atendimento psicológico se tornou uma imensa fonte de bem-estar e felicidade. Mas antes da terapia sempre era extremamente desagradável por conta dos outros profissionais de saúde (participante).

A cirurgia bariátrica foi o melhor resultado. Pois, embora ainda esteja gorda posso me locomover melhor (participante).

Exercício físico foi algo que sempre amei fazer e acabou sendo a única coisa que consegui manter, já que me faz super bem (participante).

Foi ótima! Tomei Anfepromona e Diasepam e emagreci bastante. Porém quando parei de tomar, em poucos, meses engordei o dobro do que perdi! Ainda assim, não considero uma experiência ruim, já que quase não tive efeito colateral com os remédios e me senti super bem durante o tratamento (participante).

Porém, a grande maioria dos relatos avaliaram as experiências de tratamento de forma negativa, alguns dos termos utilizados para descrever essas vivências foram: traumatizante, desgastante, estressante, humilhante, frustrante, desesperadora, fracassada, sofrida, decepcionante, punitiva, culpabilizante, restritiva, desastrosa e pouco efetiva a longo prazo.

Traumatizante, me causou mais mal do que bem e no fim sempre engordo mais do que emagreço. Cada vez subo um patamar de peso (participante).

Horrível. Foram anos de acompanhamento com endocrinologista, remédios para emagrecer, dietas restritivas, exercícios físicos exaustivos (3horas diárias, 5 dias por semana). Efeitos colaterais dos remédios, crise de ansiedade antes e depois das consultas, estabelecimento de metas inatingíveis e culpabilização da não obtenção dos resultados de emagrecimento (participante).

Foi terrível. Fiz tratamento para emagrecer com um endocrinologista, que em todas as consultas me menosprezava de alguma forma e sempre ria de mim (participante).

Péssimas experiências, sinto-me incapaz de cumprir qualquer um desses tratamentos (participante).

Todas as vezes foram frustrantes. Eu sempre fui movida pelo medo de morrer ou de ter alguma doença. Sempre tive medo do meu corpo ser doente por minha culpa. Assim, sempre estive em ciclos de restrição seguida de compulsão que desenvolveram uma aversão a médicos que sempre achei que eram minha culpa. Eu devia ter algum problema por não gostar de mim o suficiente. As minhas experiências tentando emagrecer nunca foram bem-sucedidas no que tange ao emagrecimento ou mesmo consciência alimentar (participante).

Além disso, os tratamentos tinham foco apenas no emagrecimento, os profissionais acreditam que o sucesso é dependente da força de vontade, também não foram adaptados à realidade da rotina diária e financeira, prejudicando a aderência pelo alto custo dos tratamentos e dificuldade de acompanhamento profissional (atendimento escasso pelo SUS).

Minha médica endocrinologista em toda consulta insistia que eu precisava emagrecer a todo custo, mas toda consulta era uma decepção, pois não conseguia perder o peso que ela esperava e por isso eu sempre fiquei muito frustrada (participante).

Eu fiz dieta por 21 anos da minha vida e fui viciada em anfetamina por mais de 10 anos, entre idas e vindas em médicos. Nunca foi pautado na minha saúde e sim sempre no emagrecimento. Quando tomava anfetamina e fazia dietas de restrição de comida (as vezes passava o dia com 2 suco de melancia e 1 cenoura), tinha a saúde péssima, colesterol alto, gordura no fígado, falta de vitaminas etc. (participante).

Já ouvi que a culpa é toda minha, e se eu não mudar meus comportamentos ninguém pode fazer isso por mim. Que eu tenho que ter força de vontade (participante).

Minha rotina alimentar, orçamento, local de moradia, rotina de trabalho não foram considerados para a prescrição de nenhum dos tratamentos citados (participante).

Sem analisar a minha realidade pessoal, principalmente financeira (participante).

A fim de aprofundar a análise sobre essas experiências negativas, a discussão será subdividida nos seguintes subtítulos: (1) repercussões do início do tratamento já na infância ou adolescência; (2) efeitos iatrogênicos das dietas restritivas; (3) atividade física: punitivista, compensatória e medicalizante; (4) efeitos adversos do tratamento farmacológico; (5) complicações da cirurgia bariátrica; e (6) efeitos colaterais do tratamento na saúde mental.

4.2.3.1 Repercussões do início do tratamento já na infância ou adolescência

São inúmeras experiências ao longo da vida e muitas já começaram na infância ou adolescência. Devido ao aumento da prevalência da obesidade infantil, a intervenção biomédica já na infância vem se tornando uma prioridade, a fim de evitar que a obesidade se prolongue até a vida adulta (GUSMAO et al, 2021). Conforme os relatos das participantes, o início das intervenções começou muito cedo (desde os cinco anos de idade) contrariando a afirmação recorrente de que as famílias postergam a busca por ajuda profissional e início do tratamento, pois negam ou desconhecem que obesidade seja uma doença (ALMEIDA et al, 2021).

Meu primeiro tratamento eu tinha apenas 5 anos e me foi tirado muitas coisas, apesar da idade sempre fiz acompanhamentos, nenhum eficaz, sofri muito (participante).

Comecei a usar ansiolíticos com 14 anos. Minha mãe incentivou a procurar ajuda. A minha família sempre foi descontente com meu peso. Usei num período de 2 meses no verão, onde eu dormia 12 horas por dia e me alimentava muito pouco, comia nas refeições folhas e uma carne, as vezes ficava um dia e meio sem comer (tomando só água). Resultado: emagreci 25 quilos na época. Desmamei do medicamento e após um ano, em uma viagem para a Itália de 90 dias, ganhei peso novamente e mais 5 quilos extra (participante).

Fiz vários tipos de tratamento, desde os 6 anos de idade. Primeiro só com dieta depois com anfetaminas e hormônios de tireoide até chegar na sibutramina e nos ansiolíticos. Todos deram certo por algum período, mas é impossível manter o peso sem as drogas. tive várias alterações hormonais e psíquicas e não recomendo para ninguém (participante).

Todas frustradas. Tive indicação de dieta pela primeira vez aos 8 anos de idade por uma endocrinologista que eu ia para tratar uma possibilidade de puberdade precoce. De lá até meus 25 anos, mais ou menos, foi uma sequência de dietas, acompanhamentos semanais com nutricionista, vigilantes do peso, e dá-lhe efeito sanfona (participante).

As experiências de controle de peso, a fiscalização e gordofobia (GREJANIN et al, 2007; DA CRUZ, BASTOS, 2015) muitas vezes já iniciam pelas próprias famílias, que pode ser reforçada com a culpabilização das mesmas pelos profissionais de saúde, promovendo uma relação intrafamiliar conturbada. Segundo Da Silva (2018), os pais e as mães são considerados responsáveis pelo peso dos seus filhos, e cabe a eles determinar sanções para mudar os seus comportamentos, afinal, nenhum responsável quer que seu filho seja marginalizado ou sofra problemas de saúde.

Frustrante, era criança e os médicos me tratavam como uma desleixada, preguiçosa, ainda eram rudes com minha mãe (participante).

Quando mais nova, lá pelos 10/12, minha mãe me tratava quase como um demônio por ser gorda (participante).

Dietas eu fiz desde pequena, a família toda monitorava qualquer refeição minha (participante).

Eu sofri durante minha infância e adolescência muita “patrulha” do meu prato. E desenvolvi compulsão alimentar (participante).

Desde que me entendo por gente (bem nova mesmo, desde os 5, 6 anos de idade) fiz dieta restritiva. Meu pai as vezes me deixava sem poder lanchar mesmo eu estando com fome porque eu precisava emagrecer (participante).

Eu citei acima a indicação de uma médica para tomar Herbalife®, minha experiência foi torturadora, eu tinha enjoo, odiava o cheiro e era horrível eu com 13 anos ver todo mundo comendo comida sólida e eu tomando aquele "shake". Mas sempre busquei ajuda, depois procurei uma nutricionista, mas ela passou uma dieta "pronta" e para minha idade era muito difícil seguir, me torturei e me cobrei muito, pois fui ensinada que para ser feliz e saudável, precisava ser magra, e aos 18 anos, ainda sofro essa pressão por parte da minha família (participante).

É interessante lembrar que a obesidade infantil já foi até mesmo atribuída as mulheres que saíram de casa para trabalhar e preparavam menos refeições em casa (KIRKLAND, 2008). Isto tem impacto até hoje na culpabilização das mães de não cuidarem dos seus filhos e por isso são encarregadas de controlá-los (LUPTON, 2018). O início das intervenções conforme relatado pelas participantes também foi acompanhado de uma abordagem por parte dos profissionais de saúde de forma a aterrorizar a criança gorda, pois acreditam que isso seja um estímulo para a perda de peso.

A grande maioria traumatizantes, alguns médicos nem passavam como fazê-lo exatamente, diziam que tinha que “fechar a boca” ou se não quando crescesse eu não “iria passar na porta” literalmente falavam isso, eu com 6-7 anos sem entender nada (participante).

A mudança no estilo de vida é a primeira abordagem no manejo da obesidade infantil, como dietas com restrição calórica e exercícios físicos regulares (ALMEIDA et al, 2021). A dieta restritiva é vista enquanto um tratamento seguro (GUSMAO et al, 2021), e pouco se aborda que elas promovem uma relação transtornada com a comida, associando o ato de comer com sentimento de culpa e ansiedade, e dificuldade de reconhecer sinais internos de fome e saciedade (SCHWARTZ, HENDERSON, 2009; DULLOO, JACQUET, MONTANI, 2012).

Desde que me entendo por gente (bem nova mesmo, desde os 5, 6 anos de idade) fiz dieta restritiva. Meu pai as vezes me deixava sem poder lanchar mesmo eu estando com fome porque eu precisava emagrecer (participante).

As dietas restritivas foram bem exaustivas e me fizeram criar compulsão alimentar, coisa que nunca tive (participante).

Dietas desde a infância, com 11 anos de idade, até a vida adulta, emagrecendo e engordando várias vezes (participante).

Dietas eu fiz desde pequena, a família toda monitorava qualquer refeição minha. Exercícios eu fiz obrigada dos 5 aos 17 anos, ia 3x por semana, não podia faltar (participante).

As constantes ações de vigilância de peso como preocupação com dietas e cobrança excessiva de atividade física ensina crenças disfuncionais sobre o peso que podem impactar em distúrbios alimentares na criança ou adolescente (VIANA, REITZ, DE ASSIS, DA CORREGGIO, 2021). Além da imposição de dietas restritivas, a criança aprende que deve ser insatisfeita com o tamanho do seu corpo, e ambos são fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Além disso, pouco se aborda a questão da gordofobia no contexto escolar que afeta diretamente a relação das crianças gordas com a atividade física, as quais tornam-se alvo de perseguição, intimidação, exclusão social, agressões e apelidos pejorativos (DA SILVA SOUZA, GONÇALVES, 2021). As participantes relataram iniciar a sofrer gordofobia já na escola, principalmente durante a realização de atividades físicas.

Quando mais nova, o médico disse a minha mãe que meu peso para a idade estava muito elevado e que eu tinha que fazer dieta e atividade física. Eu era uma criança com asma e já sofria bullying educação física da escola (participante).

Esse contexto faz com que as crianças gordas se tornem relutantes em se envolver em atividades físicas nas escolas, provocando uma preferência com atividades sedentárias (VARTANIAN, SMYTH, 2013). Segundo Jimenez (2020) o tratamento institucional escolar é cruel e violento com as crianças gordas, e o preconceito a qual estão expostas tira a alegria da infância dessas crianças. Além disso, as crianças gordas são encorajadas a ver a atividade física como uma forma de perder peso e não como uma atividade de lazer (LUPTON, 2018).

Devido a ineficácia e à baixa adesão a longo prazo das mudanças de estilo de vida, os medicamentos antiobesidade são considerados uma alternativa, até mesmo para população pediátrica (ALMEIDA et al, 2021; GUSMAO et al, 2021). Corroborando com o relato de muitas participantes que tiveram a indicação de medicamentos ainda na infância e adolescência.

Minha primeira dieta restritiva e com medicamento foi aos 10 anos. Lembro de quase desmaiar e por isso suspendi o remédio (participante).

Usei aqueles remédios que dão saciedade quando era pequena, tinha 7/8 anos (participante).

Na verdade, isso acontece desde pequena, aos 7 anos já me ofereciam remédios para emagrecer, de acordo com minha mãe (participante).

Quando eu era criança o que mais de comum existia era indicação de uso de sibutramina, eu tomei várias vezes na minha vida e quase sempre perdia muito peso (mas logo voltava a ganhar). Uma menina de 12 anos tomando sibutramina, não só eu como muitas outras (participante).

Fiz dietas severas na adolescência, com anfetaminas que tiravam minha concentração na escola. Minha mãe não sabia que eram anfetaminas, tampouco eu. Mas os efeitos

colaterais e a falta de dinheiro para consultas, me ajudou a desistir. Já realizei aplicação de injeções de enzimas, mas subsequente a semana que apliquei tive um episódio de dor tremenda como se fossem facadas, desmaiei e no outro dia não tinha vesícula. Acho que foi um efeito dessa injeção, nunca saberei (participante).

Com doze anos de idade me deram sibutramina e outras drogas, com 15 me deram outros tipos de medicamentos, alguns pediram para meus pais não comprarem comida ou esconder de mim (participante).

Utilizei o medicamento para pré diabetes por vários anos, mas não entendia muito a razão, pois comecei a tomar quando tinha uns 13 anos, depois de um tempo, acabei por encerrar o tratamento medicamentoso por conta própria, pelo mesmo motivo (não entender a razão de ter que tomar) (participante).

Quando criança fui indicada a tomar remédio para restringir a fome antes das refeições. Esse processo desencadeou um aumento de ansiedade e compulsão. Tinha menos de 9 anos. Ganhei muito peso e desenvolvi um estado de ânsia a cada refeição (participante).

Fiz vários tipos de tratamento, desde os 6 anos de idade. Primeiro só com dieta depois com anfetaminas e hormônios de tireoide até chegar na sibutramina e nos ansiolíticos. Todos deram certo por algum período, mas é impossível manter o peso sem as drogas. Tive várias alterações hormonais e psíquicas e não recomendo para ninguém (participante).

Porém, o tratamento farmacológico pode desencadear eventos adversos graves e ainda há escassez de estudos comprovando sua segurança, eficácia e benefícios na população pediátrica (GUSMAO et al, 2021). Por isso, o profissional deve ser cauteloso e realizar uma avaliação rigorosa dos riscos e benefícios, não sendo adequado para todos os pacientes pediátricos, afinal, eles podem causar problemas de atenção, aprendizado e comportamento (GUSMAO et al, 2021; MOREIRA et al, 2021). Além disso, nem todos os medicamentos antiobesidade são indicados e/ou estão aprovados para crianças e adolescentes, mas alguns são indicados de forma *off-label* (GUSMAO et al, 2021). Conforme Da Silva (2018), as crianças gordas são vistas como um nova anomalia e possivelmente sejam um novo objeto de medicalização.

4.2.3.2 Efeitos iatrogênicos das dietas restritivas

Conforme mencionado, as dietas restritivas são um dos primeiros tratamentos experienciados e geralmente são repetidas diversas vezes ao longo da vida. As participantes relataram que as dietas restritivas não são sustentáveis a longo prazo, promoveram o efeito sanfona, transtornos alimentares, além de efeitos colaterais relacionados à falta de alimentação (como desmaios e falta de energia) e à prejuízos a saúde mental (ansiedade e fracasso).

Péssimas experiências. Sensação de fracasso cada vez que "saía" da dieta. Retorno do peso ou mais. Sem contar os efeitos colaterais das medicações e da falta de alimentação (participante).

As dietas sempre causavam fome, ansiedade e sensação de impotência (participante).

Também relataram que muitas vezes não receberam planos alimentares individualizados, mas dietas de “gavetas” (sem considerar as especificidades da rotina de cada pessoa), metas de perda de peso estipulada apenas pelo profissional, experiências de atividades em grupos focadas na pesagem e na restrição alimentar.

Fiz tratamento com uma endocrinologista e ela me passou uma dieta de "gaveta" (participante).

Fui em um endócrino para ver minha insulina, ele me passou uma dieta de gaveta e eu fiz questão de calcular e deu por volta de 700-800 kcal. Absurdo total (participante).

Sempre me foram direcionadas dietas prontas, aquelas de panfleto sabe? Que você tem os grupos alimentares e pode fazer alterações com o que tem no cardápio. Nunca foi levado em consideração a minha rotina, preferências, gostos ou algo do tipo (participante).

Fui a uma nutricionista, pois queria alinhar minha prática de exercícios físicos a minha alimentação e por pesar quase 100kgs ela me deu uma dieta em que eu deveria comer menos de 1000 calorias por dia (sendo que eu pratico mountain bike, exercício pesado) porque de acordo com ela eu deveria emagrecer pelo menos 20kgs em 2 meses “pela minha saúde”. Eu já fui anoréxica e a dieta era quase a mesma coisa. “Se sentir fome tome água gelada e coma 3 castanhas” (participante).

Particpei de um grupo de reeducação alimentar acompanhado por nutricionista e psicóloga quando eu tinha convênio médico. Os encontros eram semanais e era sempre feito pesagem. Geralmente os encontros tinham alguma temática e depois se conversava sobre a semana, como estávamos nos adaptando a dieta. Era uma proposta de reeducação alimentar que muito se parecia com grupos de dieta. A semana que eu não emagreci me deixou muito tensa, com a certeza de que estava fazendo algo errado. O clima era restritivo mesmo com a aparência de não ser (participante).

Desde os 12 anos faço dietas restritivas, com acompanhamento médico, que me receitavam fórmulas milagrosas. Fiz as mais famosas dietas, de todos os tipos e estilos. Muitos nem me examinavam, e já receitavam medicações manipuladas e outros remédios de uso alopáticos, que vinham seguidos de dietas impressas, xerocadas, com restrições absurdas, acompanhadas de recomendações de atividades físicas. Era tudo horrível, afinal como uma criança de 12 anos controla sua saciedade e fome? Os médicos eram caros e mal olhavam na minha cara, já receitavam a dietas e as fórmulas, me mandando voltar 10 quilos mais magra no próximo mês. Teve um que determinou 7 quilos em uma semana. E eu conseguia, mas não durava muito tempo, eu desistia, me sentindo fracassada. Nunca me enviavam para outros profissionais. Eram os donos absolutos da razão e reinavam como milagreiros, já que se desse certo eles ficavam com a glória, se desse errado, a culpa é do paciente que não tem força de vontade e é preguiçoso. Todas as tentativas me destruíram corpo, alma e mente. A cada "falha" minha, cada vez que eu desistia, me sentia um lixo, a escória da sociedade, e ainda ouvia do meu pai que só jogava o dinheiro dele fora (participante).

Uma dieta restritiva pode ativar respostas biológicas compensatórias (como aumento do apetite e diminuição da taxa metabólica) que dificultam a manutenção da perda de peso (RUBINO et al, 2020). De acordo com a OMS 95%, das pessoas que fazem dieta e conseguem emagrecer ganham novamente todo o peso ou mais em cinco anos. Sendo assim, alguns estudos

vêm questionando a efetividade das dietas restritivas, além de predispor o aumento da gordura corporal³⁸, apontam que pessoas que fazem dieta possuem maior chance de ganhar peso no futuro do que pessoas que não realizam dietas (DULLOO, JACQUET, MONTANI, 2012).

As dietas funcionam por um período, mas devido às restrições tornam-se impraticáveis (participante).

O mesmo inferno: fome, stress e engordar tudo novamente em 1 mês (participante).

Fiz muita restrição em relação a quantidade e horário, passei mal algumas vezes e acabei abandonando o tratamento. Após as dietas engordei mais do triplo que havia emagrecido (participante).

Eu não era gorda (só não me encaixava nos padrões sociais) mas depois de dietas restritivas e tomar remédios, engordei 30 quilos (participante).

A revisão de Mann et al (2007) avaliou se dietas restritivas são um tratamento eficaz para obesidade e de acordo com este estudo as perdas não são mantidas, cerca de um terço a dois terços das pessoas que fazem dietas recuperam mais peso do que perderam durante a dieta. Bacon e Aphramor (2011) também concluem que dietas restritivas não resultam em perda de peso significativa, tendo em vista que a longo prazo as pessoas recuperam o peso e contribuem para flutuação de peso³⁹, processo que é mais prejudicial à saúde do que manter o peso estável (KRUGER et al, 2004; MANN et al, 2007; BACON, APHRAMOR, 2011). Conforme Field et al (2004) mulheres com histórico de flutuação do peso ganharam mais peso ao longo do tempo, realizaram menos atividade física e tiveram mais episódios de compulsão alimentar. Será que a dieta não pode estar paradoxalmente promovendo o oposto que pretende? (DULLOO, JACQUET, MONTANI, 2012).

Durante as dietas restritivas indicadas por médicos e nutricionistas, passava muita vontade de comer os alimentos que gosto, e quando parava a dieta e voltava a comer, tinha episódios terríveis de compulsão e engordava tudo de novo (participante).

Horrível pois isso desencadeou transtorno alimentar e de imagem que desencadeou anorexia (participante).

38 O estudo de Dulloo, Jacquet, Montani (2012) demonstrou a superação de gordura pós-inanição devido a autorregulação da composição corporal que tende a recuperar a gordura de forma mais rápida que o tecido magro.
39 De acordo com a revisão de Mann et al (2007) a flutuação de peso aumenta risco de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, diabetes, aumento do colesterol da lipoproteína de alta densidade, aumento da pressão arterial sistólica e diastólica e suprime função imune. Conforme Tylka et al (2014) o ciclismo de peso está diretamente associado há um comprometimento da saúde, incluindo maior mortalidade, maior risco de fraturas osteoporóticas e cálculo biliar, perda de tecido muscular e hipertensão. O estudo de Lissner et al (1991) acompanhou 5000 pessoas por 32 anos e concluiu que a ciclagem de peso estava fortemente ligada à mortalidade geral, assim como relacionada a doença coronariana. Rzehak et al (2007) obteve resultados semelhantes, o estudo acompanhou 505 homens de meia-idade, e apenas a categoria de flutuações de peso foi associada à mortalidade ao longo dos 15 anos de acompanhamento. E a categoria de obeso estável não foi associada a um maior risco de morte em relação a categoria obesa não estável.

As dietas restritivas foram bem exaustivas e me fizeram criar compulsão alimentar, coisa que nunca tive (participante).

A restrição, dieta etc., na verdade não são tratamentos, são comportamentos disfuncionais. Eu agia assim quando tinha bulimia (participante).

Péssimas experiências. Sensação de fracasso cada vez que "saía" da dieta. Retorno do peso ou mais (participante).

As vezes quando comia muito, me sentia culpada, que nunca iria conseguir emagrecer, ia ao banheiro e vomitava tudo, colocando o dedo na garganta (participante).

Uma médica já me passou uma dieta de 1200 e me indicou medicação mesmo sem eu tentar antes um outro método menos agressivo. Eu comecei a fazer essa dieta e logo no começo eu emagreci 8 quilos, eu me recusei a usar medicação. Ela me dava muito reforço positivo e eu fui fazendo, mas desde então eu me tornei uma pessoa obsessiva com comida e futuramente me tornei bulímica (participante).

Desde a pré-adolescência eu fui indicada a fazer dietas restritivas e sempre eram muito parecidas, consigo repetir as indicações hoje, mais de 20 anos depois. Eram dietas repetitivas, que não levavam em consideração nada do meu interesse pessoal, até porque começava a conversar a partir da compreensão de que tudo que eu fazia estava errado e que eu precisava aprender a comer direito. Uma endocrinologista sugeriu que eu só poderia emagrecer se tomasse remédios, eu tinha 14 anos e pesava uns 70 quilos, 1,63m. Eu fiquei apavorada com a possibilidade e comecei a seguir a dieta à risca e segui fazendo diversas atividades físicas, porque sempre gostei. Como eu não emagreci na velocidade que queria acreditar ser a melhor comecei a restringir ainda mais a dieta, até chegar ao ponto de quase não comer nada no dia. Hoje tenho claro que estava com um quadro de anorexia sério que terminou com episódios compulsivos intensos. Afinal a dieta não tinha nenhum alimento do meu interesse ou cotidiano de adolescente. Lembro muito claramente de ter o resultado desse processo anoréxico celebrado pela endocrinologista que me atendeu. Em menos de 6 meses eu já pensava 48 quilos e já estava com um quadro de amenorreia. Esse foi a experiência mais marcante em relação as dietas, mas não foi a única. Quase todo profissional médico que eu ia era capaz de me indicar uma dieta, ou até mesmo sugerir uma medicação no primeiro encontro. Independente do motivo da consulta. Nós anos 2000 já começaram as sugestões de cirurgias bariátricas da mesma forma (participante).

A maioria dos estudos em relação a eficácia das dietas acaba abordando apenas as melhorias a curto prazo e não acompanham o que acontece quando o peso é recuperado. O estudo de Mann et al (2007) concluiu que os benefícios são pequenos quando comparados com os danos potenciais e questiona se é um tratamento seguro e eficaz para obesidade. Além de que as dietas restritivas promovem uma relação transtornada com a comida, associando o ato de comer com sentimento de culpa e ansiedade, e dificuldade de reconhecer sinais internos de fome e saciedade (SCHWARTZ, HENDERSON, 2009; DULLOO, JACQUET, MONTANI, 2012). Segundo Ulian et al (2015), o fracasso de não conseguir seguir as dietas restritivas está associado à culpa, insatisfação corporal, compulsões alimentares e transtornos alimentares.

E sabe-se que a dieta restritiva e um contexto que promove a insatisfação corporal são fatores de risco reconhecidos no desenvolvimento de transtornos alimentares (SÁNCHEZ-CARRACEDO, NEUMARK-SZTAINER, LÓPEZ-GUIMERÀ, 2012). Na pesquisa de

Klimeck (2020), sobre anorexia atípica em mulheres gordas, suas entrevistadas relataram que desenvolveram transtornos alimentares na ideia de que a restrição alimentar lhe ajudaria a emagrecer, que os elogios pelo emagrecimento de certa forma eram incentivos para manter comportamentos anoréxicos, e o emagrecimento, mesmo que seja expressivo e rápido, não foi visto com preocupação. Há uma invisibilização do adoecimento e dos prejuízos à saúde causados pelos transtornos alimentares em pessoas gordas, pois o emagrecimento é tão positivado que comportamentos típicos de transtornos alimentares não são levados a sério (KLIMECK, 2020).

A fim de identificar se os transtornos alimentares estão presentes entre as participantes, foi questionado se elas possuíam ou se já possuíram algum transtorno alimentar (Tabela 9), das quais 38,7% já haviam recebido algum diagnóstico de transtornos alimentares (com grande predomínio de compulsão alimentar com 25,6%); 31,7% nunca foi diagnosticada, mas acredita ter algum transtorno alimentar; e 29,6% nunca teve.

Tabela 9 – Transtornos alimentares nas participantes

Você tem ou já teve algum transtorno alimentar? (n=515)	N	%
Nunca fui diagnosticada (o), mas acredito ter transtorno alimentar.	180	31,7
Não, nunca tive	168	29,6
Sim, fui diagnosticada com compulsão alimentar.	145	25,6
Sim, fui diagnosticada com bulimia.	33	5,8
Sim, fui diagnosticada com outro transtorno alimentar.	22	3,9
Sim, fui diagnosticada com anorexia.	19	3,4

O modelo biomédico tem a propensão de tratar a obesidade que é visível e omitir muitas vezes o tratamento de transtornos alimentares principalmente se a pessoa não chegar a um peso considerado crítico. Alguns estereótipos relacionados as pessoas gordas podem acabar direcionando que transtornos estas podem desenvolver, limitados na maioria das vezes a bulimia e compulsão alimentar. Klimeck (2020) aponta que no caso do diagnóstico da anorexia nervosa poderia ser observado a velocidade em que ocorre a perda de peso ao invés de utilizar um patamar fixo de IMC, abrindo a possibilidade do diagnóstico para pessoas gordas que podem se encaixar em outros parâmetros como a busca obsessiva pela magreza, o pavor de engordar, a restrição de alimentos que “engordam”, dificuldade de manter uma dieta adequada.

Aliás, as políticas públicas possuem dificuldade de associar o tratamento da obesidade com os transtornos alimentares. Por exemplo, no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos (BRASIL, 2020) mesmo que o tratamento do transtorno

alimentar seja prioritário, sugere-se que posteriormente deve-se instituir medidas para redução de peso corporal (BRASIL, 2020), desconsiderando que isso possa ser um gatilho para o transtorno alimentar⁴⁰. Segundo Schwartz e Henderson (2009), é preciso conciliar as mensagens de saúde pública em relação aos distúrbios alimentares e a prevenção da obesidade pois atualmente possuem mensagens conflitantes.

Ou seja, as recomendações são incompatíveis, pois de um lado se encoraja dietas restritivas e de outro se informa que o peso corporal é geneticamente predeterminado e difícil de modificar, prega a aceitação do tamanho e formato do corpo, recomenda evitar dietas restritivas e defende que não existem alimentos proibidos (SCHWARTZ, HENDERSON 2009; SÁNCHEZ-CARRACEDO, NEUMARK-SZTAINER, LÓPEZ-GUIMERÀ, 2012). De acordo com Klimeck (2020), será muito difícil combater os transtornos alimentares sem acabar com a gordofobia.

4.2.3.3 Atividade física: punitiva, compensatória e medicalizante

As práticas corporais vêm transformando-se e ocupando um lugar patologizante e de ordem biológica. As atividades físicas estão sendo prescritas pelos profissionais de saúde a partir de uma racionalidade biomédica, pelo viés do gasto energético, ou seja, elas vêm se revestindo de uma linguagem biomédica afim de ganhar legitimidade na área da saúde (MANSKE, BARCELOS, 2016). Paradoxalmente um movimento a favor da promoção da saúde vem contribuindo para o processo de medicalização das práticas corporais (FRAGA et al, 2009). O discurso de combate ao sedentarismo é central neste processo de medicalização, pois há uma patologização do ócio e do não movimento, atribuindo conseqüentemente outros significados às práticas corporais que passa a ser um remédio (FRAGA et al, 2009).

“Recomenda-se que o indivíduo acumule ao menos 150 minutos de atividade física por semana, no formato de exercício físico, para redução de peso e gordura corporal” (BRASIL, 2020, p. 16). Nota-se que essa recomendação para perda peso de pessoas gordas é a mesma para tirar uma pessoa do sedentarismo, pressupondo que toda pessoa gorda é sedentária. Entretanto, pessoas magras e gordas podem ser ativas ou sedentárias, mas acredita-se ser capaz de identificar o comportamento sedentário apenas ao visualizar o corpo (FRAGA et al, 2009). Uma recomendação para a população em geral é utilizada como plano individualizado para perda

⁴⁰ Ainda em relação aos transtornos alimentares, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos faz afirmações estereotipadas e sem embasamento científico como: “[...] em muitos pacientes obesos, a compulsão alimentar não está relacionada a restrições alimentares, sendo precipitadas por consumo alimentar desinibido” (BRASIL, 2020, p. 24).

peso, contudo para esse objetivo o exercício físico precisa ser planejado, estruturado e ter uma evolução, senão está fadado ao fracasso.

Ademais, ser uma pessoa ativa não necessariamente irá resultar em perda de peso na balança, é mais provável haver uma significativa melhora na composição corporal e maior resistência física. Ou seja, melhoras na aptidão física como: força muscular, resistência cardiovascular, flexibilidade articular e composição corporal, mas há pouca possibilidade de mudança no peso corporal. E quando a centralidade da realização de atividades físicas torna-se a obrigatória perda de peso a grande maioria ficará frustrada e desistirá, além de se esvaziar os sentidos de ordem social e cultural das práticas corporais e tornando-a uma prática medicalizante (FRAGA et al, 2009). Conseqüentemente, a exclusividade da perda de peso provoca um relacionamento disfuncional com as práticas corporais, conforme relatado pelas participantes que realizaram atividade física de forma punitiva, compensatória (compensar a ingestão alimentar), e exagerada, ao ponto de provocar lesões.

Por minha experiência como mulher gorda, por muito tempo atividade física foi sinônimo de tortura e a praticava de um lugar de ódio, de punição por comer e por engordar, buscando mudar tamanho e formato do meu corpo. Pratico há anos atividades físicas exaustivas, o que contribui para o meu transtorno alimentar (participante).

Sempre gostei de praticar atividades, mas sempre me foram impostas como uma necessidade de emagrecimento (participante).

Dos 30 aos 35 viquei em exercícios e fiquei muito magra (62 quilos). Me machuquei de tanto malhar (hérnia de disco, menisco rompido) voltei a engordar e tomei pavor de academia (participante).

Exercícios físicos feitos quase como punição e busca por resultados em curto prazo (participante).

Pessoas com maior preocupação com o peso apresentam maior insatisfação corporal e estão mais propensas a realizar exercício compulsivo. Ou seja, a prática de exercício físico pode ser um comportamento compensatório, semelhante a outras formas de purgação, a fim de minimizar o sentimento de culpa (TRAMONTT, SCHNEIDER, STENZEL, 2014). No estudo de Young e Anderson (2010), 58% dos participantes relataram realizar exercício físico motivado por um sentimento negativo, fenômeno comumente associado ao comportamento alimentar desordenado. E, embora a atividade física tenha inúmeros benefícios para saúde física e mental, pode ser realizada de forma prejudicial (YOUNG, ANDERSON, 2010).

Segundo as participantes da pesquisa, a realização de atividades físicas está acompanhada de cobrança, falta de atenção, preconceito e despreparo por parte dos profissionais da saúde.

Senti na academia que os profissionais não davam atenção a mim como a minha amiga magra que entrou junto comigo (participante).

Acho que no meu caso faltam exercícios adaptados ao meu peso, porque são puxados e sinto muita dificuldade, acabo ficando frustrada e desistindo (participante).

A endocrinologista ficou preocupada porque ganhei peso depois de começar a academia. Ficou me olhando com indignação e repetindo que minha mãe devia estar maluca de me ver engordar (participante).

Quanto ao educador físico sempre ficava monitorando de maneira passivo-agressiva não respeitando minhas limitações e objetivos. Sempre dizia que eu estava fazendo corpo mole e que eu deveria ter uma inspiração fitness (personalidade inspiradora) para que eu pudesse ter vontade de treinar mesmo estando na academia todos os dias no mesmo horário e sempre cumprindo meus treinos conforme a abordagem compactada entre as duas partes no princípio do tratamento (participante).

Para os próprios profissionais a motivação para realizar atividades físicas é perder peso, essa associação faz com que muitos exerçam exigências indevidas e criem expectativas de perda de peso impraticáveis. Perpetuando a visão de perda de peso a qualquer custo e condicionando a realização de atividades físicas a perda de peso.

Já fui indicado por profissional da educação física a fazer treinos mais pesados do que já faço, que sei que meu corpo não dá conta por questões de acidentes e cirurgias que passei (participante).

Mesmo após uma perda de peso devido a um problema de saúde, o educador físico desdenhou da minha situação e ficou bem decepcionado com meu peso, na frente de outros alunos, decepção total (participante).

Agora em academia já ouvi do profissional que eu tinha que me exercitar até quase passar mal (participante).

Comecei fazer natação em uma academia, porque gosto da atividade e queria aprender, o educador me disse que eu não estava me esforçando, que se eu queria emagrecer, tinha que dar o meu melhor (participante).

Ele [médico ortopedista] disse que musculação e corrida não eram "coisas" para mim. Que eu deveria fazer pilates e emagrecer antes de querer correr (participante).

A relação da atividade física das pessoas gordas também está condicionada à falta de equipamentos acessíveis nos locais de realização de atividade física, assim como o ao pavor de ir à academia e a exposição de realizar atividades ao ar livre.

Exercícios físicos sempre foram difíceis para mim por causa do preconceito dos profissionais da educação física e a vergonha de estar na academia ou fazendo exercícios na rua (participante).

Na academia recebia olhares tortos e até mesmo argumentos de que se eu não emagrecesse não conseguiria fazer determinados exercícios. Até que me frustrei e não gosto mais de academia (participante).

Exercício físico: nunca eficiente e experiências extremamente constrangedoras e ruins nos ambientes de Academia (participante).

Foi cansativa e desafiadora, tenho vergonha de ir para academia e mostrar meu corpo, não considero um ambiente saudável para mim (participante).

Alguns aparelhos de academia, por exemplo, não são feitos para pessoas gordas aparentemente (participante).

E os exercícios dependendo de qual eu até gostava, adoro natação. Mas academia não rola, me sinto observada o tempo todo. A gente sabe que academia não é lugar de gente gorda (participante).

A gordofobia sofrida e o medo de sofrer gordofobia - como por exemplo ser ridicularizada, não caber nos aparelhos da academia, não ter acesso a roupas próprias para praticar exercícios - se configura um fator relevante no afastamento das pessoas gordas da prática de atividades físicas.

Depois que engordei mais tenho um pouco de medo de não caber em alguns aparelhos (participante).

As roupas de exercício para gordas são caras e difíceis de encontrar também (participante).

Falta de assistência dos instrutores, aparelhos não adequados ao meu corpo (participante).

Na Tabela 10 é possível identificar que dentre as participantes da pesquisa 69,9% relataram sofrer gordofobia enquanto praticava atividade física, entre estas 43,9% relataram ser bem frequente. Apenas 23,5% não sofreram gordofobia enquanto praticavam atividade física, mas relataram ter medo de sofrer, e somente 4,3% não sofreram e não possuem este medo.

Tabela 10 – Gordofobia nas atividades físicas

Você já sofreu gordofobia enquanto praticava atividade física? (n=515)	N	Porcentagem
Sim, é bem frequente	226	43,9%
Sim, mas é pouco frequente	134	26%
Não, mas tenho medo de sofrer	121	23,4%
Nunca sofri e não tenho este medo	22	4,3%
Outro	12	2,3%
Total	515	100%

Dentre as outras respostas, as participantes relataram que não praticavam atividade física ou realizavam dentro de casa devido ao medo dos olhares e julgamentos, medo da exposição e vergonha.

Não sei dizer se isso vem de terceiros, ou é da gente mesmo, porque eu já fico incomodada só de me olharem (participante).

É muito frequente, mas também muito sutil, olhares e risadas que eu sei que são para mim, mas que não posso provar que são (participante).

Vergonha de caminhar na rua e alguém zombar (olha a baleia querendo emagrecer) (participante).

Medo de alguém ver pela janela e tirar fotos (participante).

Medo de “ser ridícula”, ouvir risadas, piadas (participante).

Medo de virar ponto de referência negativo, na academia (participante).

Vergonha de fazer atividade física em público, vergonha do meu corpo se mexendo (participante).

Vergonha de errar o exercício por ser gorda (participante).

Ser vista como mais uma gorda tentando emagrecer (participante).

Ou seja, para incentivar a realização de atividades físicas é preciso agir sobre as diversas barreiras envolvidas, que vão muito além da falta de acompanhamento de profissional, de acesso a parques, academias, ciclovias e segurança (TYLKA et al, 2014).

4.2.3.4 Efeitos adversos do tratamento farmacológico

Em conformidade com o paradigma biomédico, o tratamento é centrado em medicamentos e cirurgias, opções rentáveis às empresas farmacêuticas e ao complexo médico industrial (TESSER, POLI NETO, CAMPOS, 2010; STUCKLER et al, 2012; FIGUEIREDO, VELHO, 2012; CHRISLER, BARNEY, 2016). Os medicamentos são vistos como um meio rápido de resolução de problemas, tanto pelos profissionais como pelos pacientes (BRASIL, 2018). Atualmente no Brasil, os fármacos antiobesidade incluem os psicotrópicos anorexígenos (anfepramona, femproporex, mazindol e sibutramina) e o orlistate (ABESO, 2010).

A anfepramona, o femproporex e o mazindol são anfetamínicos (substâncias derivadas de anfetaminas) psicoativos associados ao desenvolvimento de dependência química e física, e desde 1988 observa-se um padrão de consumo elevado no país (CARNEIRO, GUERRA JUNIOR, ACURCIO, 2008; SILVA, 2012). Em 2010, a sibutramina foi proibida na Europa, EUA e Canadá devido aos resultados do estudo SCOUT (Sibutramine Cardiovascular Outcome Trial), um estudo clínico de longa duração (5 anos) envolvendo 10.744 pacientes, que comprovou o aumento de 16% risco em desenvolver efeitos adversos cardiovasculares graves, em vez de reduzir os riscos como esperado (ALVES et al 2018; PAUMGARTTEN, 2011).

Em 2011, a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a resolução RDC 52/11 cancelou os registros e proibiu a venda desses fármacos, pois não havia evidências científicas que suportassem seu uso, e por exibirem relações risco-benefício desfavoráveis,

caracterizando assim uma situação de risco sanitário (SILVA, 2012). Mas devido à oposição de associações médicas, a ANVISA manteve a sibutramina circulante no mercado com maior controle na sua dispensação. O argumento utilizado pelas associações médicas foi que a prática clínica poderia dar conta dos potenciais efeitos deletérios desses fármacos (SILVA, 2012).

O consumo de medicamentos anfetamínicos e anorexígenos representa um problema de saúde pública (ALVES et al 2018), e o Brasil é responsável pelo consumo de cerca de 50% da sibutramina vendida em todo o mundo (ANVISA, 2011). Em 2017, a Lei nº 13.454 autorizou novamente a produção e comercialização sob prescrição médica dos anorexígenos femproporex, anfepramona e mazindol. Importante pontuar que nessa disputa sobre os psicotrópicos anorexígenos não houve a participação de pessoas gordas para falar sobre suas experiências com esses fármacos e seus efeitos adversos (SILVA, 2012).

Nota-se o histórico controverso e conturbado desses fármacos, que além de possuírem efeitos adversos comprovados, suas prescrições irresponsáveis e indiscriminadas, e abusos na comercialização de produtos manipulados (MANCINI, HALPERN, 2002). Conforme a OMS estima-se que mais da metade dos medicamentos sejam prescritos inadequadamente, dispensados e/ou vendidos, e ainda que metade dos pacientes utilizem incorretamente (BRASIL, 2018). O uso inadequado ou irracional de medicamentos pode causar danos à saúde e é uma das formas de medicalização da vida (BRASIL, 2018). Conforme os relatos das participantes, os fármacos foram prescritos com banalidade e como único tratamento.

Foi tratada com banalidade, receita de medicamentos como anfetaminas e sibutramina como uma medicação para dor de cabeça (participante).

Quando fui encaminhada para o endócrino do SUS, fui informada que nada poderia ser feito por ela já que o SUS não oferece a medicação para emagrecimento e então ela não poderia fazer nada por mim (participante).

Estudos reforçam a importância do uso racional e avaliação criteriosa no ato da prescrição (LIMA et al, 2018). Porém, conforme os relatos o uso do recurso farmacológico foi realizado sem a devida atenção às interações medicamentosas (associações entre anfetamínicos com benzodiazepínicos, diuréticos, laxantes, hormônios tireoidianos e antidepressivos) e a prescrição de medicamentos *off-label* (não oficialmente aprovadas para tratamento da obesidade) que possuem efeitos colaterais de perda de apetite e de peso, como por exemplo: metformina, fluoxetina, sertralina, topiramato (ABESO, 2010).

Das medicações e o programa foram horríveis. Lembro que cheguei a tomar fluoxetina com sibutramina. No programa que participei tinha acompanhamento de uma médica, ela ficava inconformada que eu não emagrecia. Ela me prescrevia vários nutracêuticos, inclusive um laxante em baixa dose (participante).

Medicamentos me fizeram muito mal. Um deles era indicado pra autistas (não lembro para que exatamente) e tinha como efeito colateral diminuir o apetite, mas me deixava zozna (participante).

Reeducação alimentar foi ok, o tratamento medicamentoso foi horrível. Tomei topiramato para perda e peso e enxaqueca, porém ele é um remédio antiepilépsia, e foi uns dos piores momentos da minha vida, voltei a me mutilar fisicamente até que parei de tomar por conta própria (participante).

Tomei victoza por algum tempo [...] o victoza não tinha objetivo de controlar insulina, que é a principal função dele. Era com o objetivo de perder peso mesmo [...] eu ficava o tempo todo enjoada, vomitava muito, andava com remédio para enjoo na bolsa e tomava quase todo dia. Vomitei dirigindo, vomitei escovando os dentes, vomitei depois de tossir. A médica dizia que se eu estava vomitando era porque eu estava comendo muito, que o remédio deixava enjoada mesmo e era isso que ele ia fazer, se eu estava enjoada era para eu não comer [...] ⁴¹ (participante).

A condução dos tratamentos farmacológicos antiobesidade inclui prescrição “desviada” (como por exemplo utilizar fluoxetina, metilfenidato, hormônios de tireoide para efeitos emagrecedores), “abusiva” (72,9% ultrapassam o tempo de duração do tratamento com anorexígenos) (CARNEIRO, GUERRA JUNIOR, ACURCIO, 2008) e sem o devido cuidado com a interação medicamentosa das várias fórmulas (CARNEIRO, GUERRA JUNIOR, ACURCIO, 2008; SILVA, 2012). O estudo de Carneiro, Guerra Junior e Acurcio (2008, p.1770) também “[...] identificou constantes infrações sanitárias na dispensação de medicamentos por parte dos estabelecimentos farmacêuticos e irregularidades no preenchimento das notificações por parte dos prescritores”. E conforme Lima et al (2018) a

⁴¹ Versão completa do relato: “Tomei victoza por algum tempo. Não tenho nenhum problema de saúde crônico (só obesidade, que é o que colocam no meu prontuário), meus exames de sangue são exemplares, nunca tem nada fora dos parâmetros. Nem de colesterol, nem açúcar, nem hormonal. Nunca tive. O victoza não tinha objetivo de controlar insulina, que é a principal função dele. Era com o Objetivo de perder peso mesmo. Parece que tive muitos mais efeitos colaterais do que a maioria relata. Eu ficava o tempo todo enjoada, vomitava muito, andava com remédio para enjoo na bolsa e tomava quase todo dia. Vomitei dirigindo, vomitei escovando os dentes, vomitei depois de tossir... a médica dizia que se eu estava vomitando era porque eu estava comendo muito, que o remédio deixava enjoada mesmo e era isso que ele ia fazer, se eu estava enjoada era para eu não comer. Mas eu só aguentava comer porções pequenas mesmo, e meu enjoo nem sempre era depois de comer. Era o tempo todo. E eu tive uns episódios de hipoglicemia também de ficar meio tonta e suando frio. Eu não podia comer rápido nem em quantidade normal e não podia ficar com fome que se eu ficasse com certeza ficaria hipoglicemia. A dosagem máxima, que era onde a médica queria chegar, sempre era demais pra mim. Fiz 3 tentativas de subir a dose, sempre passava mal demais, do tipo de tentar uma adaptação e ficar um mês absolutamente imprestável e vomitando todo dia. Quando eu não estava tentando subir a dose eu ficava em meia dose, que me fazia perder bastante o apetite, enjoada todo dia mas sem vomitar tanto, menos episódios de hipoglicemia e possível de ter vida social. Ai essa médica, minha psiquiatra e uma outra que eu estava consultando pra um pré-operatório sempre me diziam que eu estava jogando dinheiro fora, que o remédio deixa enjoado mesmo, que eu estou me sabotando, que eu tinha que ter força de vontade pra aguentar. Mas era muito mal-estar mesmo. Não tinha como. Eu emagreci uns 10kg em 5 meses, oscilando na dosagem do remédio, mas comecei a achar que era muito sofrimento para pouca recompensa. Com ele ou não, qualquer pessoa que vomitasse na frequência que eu vomitava estaria perdendo quilos inevitavelmente. Me sentia adoecida. Resolvi parar. Minha decisão foi criticada pela minha mãe e pela médica endócrino. Mas a própria endócrino sempre falava que tinha que ser pouco tempo de uso e que eu estava perdendo pouco peso comparado às outras pessoas, muita gente perde em um mês o que eu levei 5 meses para bater. Não tinha mais condições de continuar, me senti liberta dele depois que parei”.

utilização da nomenclatura comercial sugere a influência da indústria farmacêutica no ato da prescrição.

A sibutramina, por exemplo, recomenda-se tratamento de no máximo sessenta dias de duração, e é contraindicada em pacientes com IMC menor que 30kg/m², em crianças e adolescentes, com histórico ou presença de transtornos alimentares e uso de outros medicamentos para transtornos psiquiátricos (BRASIL, 2011). Mas fica evidente a expansão dos pacientes elegíveis para tratamento medicamentoso quando as associações médicas defendem incluir as pessoas com sobrepeso como uma forma de prevenção secundária (PAIM, KOVALESKI, 2020; ABESO, 2016). Como por exemplo, nas Diretrizes Brasileiras de Obesidade (ABESO, 2016, p.55), que indica que o tratamento farmacológico deve iniciar na “[...] prevenção secundária para impedir a progressão da doença para um estágio mais grave e prevenir complicações”. E por ser uma doença crônica, é necessário a manutenção do medicamento ao longo da vida, pois não há cura (ABESO, 2016). Será que há evidências científicas suficientes para fazer essa recomendação?

Além disso, é importante lembrar que quando a ANVISA manteve a sibutramina circulante no mercado, foi estabelecido que o prescritor deve orientar sobre os riscos e notificar suspeita de evento adverso (LIMA et al, 2018). Ou seja, caberia aos profissionais estar atentos para que os benefícios se sobressaíssem aos riscos do tratamento (SILVA, 2012). A maioria das participantes relatou efeitos adversos relacionados aos fármacos antiobesidade, que envolveram alterações físicas como: gastrite, perda de libido, vômito, azia, dor de cabeça, taquicardia, hipoglicemia, diarreia, tontura, mal-estar, náusea, insônia, sudorese intensa, boca seca, aumento pressórico, ausência de fome (“ficava dias sem comer”) e fraqueza.

O consumo de remédios produzia alterações de humor intensas, além disso, como não comia ou não me alimentava adequadamente, tive uma gastrite muito forte que me levou à internação (participante).

A minha médica passou um moderador de apetite. Fiquei 40 dias sem dormir (efeito colateral), até descobrir que era o remédio que estava me dando insônia (participante).

Já fiz uso de orlistate. Foi a pior coisa da minha vida! Zero controle do meu corpo e me senti completamente desidratada. Fora a humilhação em diversas ocasiões, o orlistate causa diarreia severa para eliminação forçada de gordura (participante).

Tive taquicardia, hipoglicemia, pressão alta, diarreia e tontura, mal-estar, insônia. Me senti sempre frustrada (participante).

Já tomei remédio tarja preta, prescrito por uma endocrinologista, sentia muito mal-estar, sudorese intensa, aumento da sensação de calor, aumento pressórico (participante).

O medicamentoso me causou tonturas, confusão mental e uma gastrite (participante).

Difícil, o remédio alterou meu humor, fiquei irritada, agressiva (participante).

Em relação aos medicamentos para emagrecer, ao começar a tomar senti diversos sintomas que me impediam de exercer outras atividades. Tinha vômito, dor de cabeça, tontura e sensações de agonia. Dessa forma parei com os medicamentos (participante).

Sobre os remédios, me tiraram a libido, caiu meu cabelo e me dava azia e paranoias (participante).

Tratamento medicamentoso me deu taquicardia e me deixou irritada aí parei (participante).

A experiência com medicamentos foi terrível. Causava irritabilidade, boca seca, náuseas, insônia (participante).

O médico receitou as tais "fórmulas milagrosas" onde eu tinha que tomar Lexotan junto e uma dieta super restritiva. Tive taquicardia e sudorese e em 3 dias abandonei o tratamento. Detalhe, pesava pelo menos 30 quilos a menos que hoje e tinha 20 anos (participante).

Esses efeitos adversos são conhecidos, mas conforme reiterado pelas associações médicas eles não justificam a parada da medicação (ABESO, 2016), mesmo que estes impossibilitem atividades cotidianas. Por exemplo, a orlistate possui efeitos adversos como: esteatorréia, escape fecal, dor abdominal e risco de deficiência de vitaminas lipossolúveis (GUSMAO et al, 2021), e tais eventos adversos gastrointestinais geram altas taxas de abandono ao tratamento (BRASIL, 2020). A sibutramina envolve efeitos adversos no sistema cardiovascular (hipertensão arterial sistêmica, palpitações, taquicardia e elevação da frequência cardíaca), gastrointestinais (náuseas, vômitos, boca seca e constipação), sistema nervoso central (insônia, cefaleia e vertigem) (OLIVEIRA et al 2016).

De forma paradoxal o cuidado da saúde da pessoa gorda parece incluir danos a sua saúde, nem sempre o bem-estar do paciente não está entre os principais objetivos e de certa forma fortalece a lógica de emagrecer a qualquer custo. E conforme os relatos os efeitos adversos foram negligenciados pelos prescritores, sendo que deveriam acompanhar as possíveis intercorrências e suspendê-lo se for desfavorável ao paciente (SILVA, 2012).

Tive desmaio todos os dias que tomei sibutramina, parecia que ia morrer, mas a médica dizia que era normal, que quando o mal-estar passasse ia ficar tudo bem (participante).

Já fiz tratamento com endocrinologista à base de sibutramina e mesmo eu alegando que a medicação me causava aceleração cardiovascular, o profissional em questão insistia no tratamento, fui parar no pronto atendimento com complicações cardíacas por conta da sibutramina e o cardiologista cortou a utilização (participante).

A sibutramina pode apresentar efeitos adversos mais graves como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico (ALVES et al, 2018). Conforme a Nota Técnica da Anvisa há estudos sobre a sibutramina que constataram riscos cardiovasculares e

cerebrovasculares que podem colocar a vida do paciente em risco (BRASIL, 2011). O documento também aponta a falta de robustez nos estudos sobre a eficácia da anfepramona, do femproporex e do mazindol, e ainda destaca a possibilidade de desenvolvimento de dependência e transtornos psiquiátricos (BRASIL, 2011).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos (BRASIL, 2020) é contra a utilização da sibutramina e da orlistate com base nos dados de efetividade, segurança e custo disponíveis. O documento aponta que as evidências sugerem que o tratamento com sibutramina promove redução de peso, porém menciona a baixa qualidade metodológica dos estudos, a tendência de reganho de peso a longo prazo e o alto risco de eventos adversos (BRASIL, 2020). Alves et al (2018) também aponta algumas limitações dos estudos como: baixa população avaliada, curto período de avaliação, avaliação a longo prazo inadequada ou inexistente, abandono dos pacientes do estudo. Ainda não se pode concluir sobre a segurança e os riscos (dependência física ou psíquica) do tratamento farmacológico da obesidade (ALVES et al, 2018; BRASIL, 2018)

De acordo com Paumgartten (2011) nenhum estudo clínico controlado e aleatorizado, com grande número de pacientes, demonstrou benefícios a longo prazo dos anorexígenos. Geralmente a perda de peso alcançada pelos anorexígenos é revertida quando o uso do medicamento é interrompido (PAUMGARTTEN, 2011; FIGUEIREDO, VELHO, 2012). Este fato também foi mencionado pelas participantes da pesquisa, que também relataram que os medicamentos ainda favorecem o ganho de peso posterior (efeito rebote).

Péssimo, os remédios provocavam muitos efeitos colaterais e eu engordei o dobro ou o triplo depois que parei de tomar, mesmo sem mudar minha alimentação (participante).

O efeito rebote do medicamento foi péssimo. Emagreci e quando parei de tomar engordei o dobro (participante).

Os medicamentos levam a uma série de efeitos colaterais e sempre após a interrupção o ganho de peso é maior que a perda (participante).

E me enfiou remédios para emagrecer. Foi a pior experiência da minha vida porque quando parei de tomar ela me disse que eu não tinha nenhuma força de vontade (participante).

A medicação foi a pior delas. Não dormia direito, tive sérias alterações de humor e piorou minha compulsão depois que parei de tomar. Na época eu pesava 96 quilos e tenho 1,80 de altura. Hoje vejo que foi extremamente desnecessário. Tripliquei o que perdi depois do tratamento (participante).

Nem era gorda, mas me tornei depois do tratamento (participante).

Com 16 anos, 1,70 e 85 quilos fiz tratamento com endocrinologista que receitou sibutramina, xenical e metformina. Eu não tinha nenhuma doença, mas ele falou para

eu tomar tudo isso aí para emagrecer. Emagreci 12 quilos e assim fiquei por um tempo até enfeito sanfona (participante).

O uso de medicamentos gerava uma sensação de esperança e ao mesmo tempo frustração, pois ao terminar a medicação, engordava muito mais (participante).

Quando tomei medicação emagreci muito, mas foi pelo tempo da medicação, após engordei até mais. Hoje em dia como muito pouco e mesmo assim não consigo emagrecer, é muito difícil pois não há apoio! O médico/nutricionista não acredita em você quando você fala que se alimenta bem (participante).

A modesta redução de peso obtida no início da utilização do medicamento não necessariamente se configura em benefícios à saúde a longo prazo (PAUMGARTTEN, 2011). A sua eficácia é limitada visto a recuperação do peso perdido favorecendo a flutuação de peso que é mais prejudicial à saúde do que manter o peso estável (KRUGER et al, 2004; MANN et al, 2007; BACON, APHRAMOR, 2011). O conhecido efeito sanfona está associado a um comprometimento da saúde, incluindo maior mortalidade, maior risco de fraturas osteoporóticas, cálculo biliar, perda de tecido muscular, aumenta risco de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, diabetes, aumento do colesterol da lipoproteína de alta densidade, aumento da pressão arterial sistólica e diastólica e suprime função imune (TYLKA et al, 2014; MANN et al, 2007). Considerando o exposto, é preciso alertar que os riscos dos fármacos podem superar os benefícios e destacar que os prescritores possuem um papel fundamental no uso racional desses medicamentos (CARNEIRO, GUERRA JUNIOR, ACURCIO, 2008; ALVES et al 2018).

4.2.3.5 Complicações da cirurgia bariátrica

Um tratamento individual que é ainda mais invasivo é a cirurgia bariátrica, que iniciou no Brasil em 1970, e é considerado o método mais eficaz para tratamento da obesidade grau 3 (DE OLIVEIRA, LINARDI, DE AZEVEDO, 2004; NOVELLE, ALVARENGA, 2016; SBCBM, 2018). Os procedimentos podem ser: a) cirurgias restritivas as quais limitam a capacidade gástrica; b) procedimentos mal absorptivos que interferem na digestão; ou c) uma combinação de ambas as técnicas. Segundo a ABESO (2016), a técnica mais utilizada atualmente é a Sleeve (gastrectomia vertical), onde se realiza a redução do estômago a um terço do tamanho original, e a Bypass Gástrico que seria redução de 85% do estômago e 1-2 metros do intestino, ou seja, é como se fosse uma desnutrição programada.

Conforme a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), o Brasil é o segundo país do mundo em número de cirurgias bariátricas, mesmo não sendo o segundo no número de casos de obesidade. Entre os anos 2012 e 2017, o número de cirurgias

aumentou 46,7%, e entre os pacientes que se submetem a cirurgia 76% são mulheres (SBCBM, 2018). No SUS, entre os anos de 2008 e 2017 o número de cirurgias bariátricas aumentou 215%, com crescimento anual médio de 13,5% (SBCBM, 2018). A cirurgia bariátrica é indicada para pessoas que não conseguiram a perda de peso no tratamento clínico, com idade acima de 16 anos e possuam IMC superior a 40 kg/m² e IMC superior a 35 kg/m² com comorbidades (YOKOKURA et al, 2011). O rol dessas comorbidades foi ampliado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução nº 2131 de 2015, incluindo síndrome dos ovários policístico, infertilidade, depressão e até mesmo estigmatização social⁴².

Ou seja, a bariátrica pode ser recomendada oficialmente por uma justificativa social, a estigmatização (KLIMECK, 2020). Esta ampliação na população elegível para a cirurgia bariátrica pode colocar as pessoas gordas em risco de sobremedicalização e intervenções cirúrgicas desnecessárias, que possuem muitos riscos e complicações.

Cirurgia: o processo foi complicado, muitos médicos davam laudo em 1 consulta, mesmo os protocolos exigindo um atendimento maior (participante).

Quando fui ao oftalmologista trocar o grau dos meus óculos e ele me recomendou (de novo) fazer a cirurgia bariátrica (participante).

Os critérios já são abrangentes e, conforme os relatos das participantes, nota-se que a indicação cirúrgica está banalizada e não segue os padrões rígidos que os riscos envolvidos exigem. O tratamento cirúrgico deve ser indicado somente para pessoas gordas com extrema necessidade, após uma minuciosa análise clínica por uma equipe multidisciplinar (MARCELINO, PATRÍCIO, 2011), e não pode ser vista e nem incentivada como uma forma rápida de atingir um corpo magro (KLIMECK, 2020). Além disso, Klimeck (2020) menciona uma controvérsia relacionada à cirurgia bariátrica, pois trata-se da mutilação de um órgão saudável (estômago e/ou intestino) e que submeterá a pessoa a tomar medicamentos e suplementos nutricionais ao longo de toda a vida.

A cirurgia apresenta risco de complicações, desde pós-operatórias, psicológicas e comportamentais, entre outros (DE OLIVEIRA, LINARDI, DE AZEVEDO, 2004; NOVELLE, ALVARENGA, 2016). Por isso, o processo pré-operatório é muito importante, o paciente precisa estar informado sobre o procedimento e garantia de acompanhamento técnico e psicológico (DE OLIVEIRA, LINARDI, DE AZEVEDO, 2004). Para tomar essa decisão, a

⁴² Mesmo sabendo que pessoas que perderam peso através da cirurgia não necessariamente não sofreram mais estigma (VARTANIAN, SMYTH, 2013).

pessoa gorda precisa estar esclarecida das possíveis repercussões, complicações, cuidados posteriores e dos próprios riscos da cirurgia, que envolve as possíveis intercorrências do ato cirúrgico (o risco de complicações varia entre 10 e 15% e a mortalidade em torno de 0,3 a 1,6%) (MARCELINO, PATRÍCIO, 2011). Será que os candidatos a cirurgia bariátrica estão recebendo corretamente as informações sobre as possíveis repercussões, complicações e cuidados posteriores que esta intervenção envolve pelo resto da vida?

A cirurgia foi a mais triste. Foram meses de preparação e uma cirurgia aberta, difícil que sem explicações não baixou meu peso. No mês seguinte, engravidei e as palavras do médico foram: "esqueci de dizer que a pílula não iria funcionar" (participante).

Este é apenas um exemplo de como informações importantes que impactaram ao longo de toda a vida da pessoa são omitidas no pré-operatório. E são muitas as possíveis complicações, afinal os procedimentos interferem na capacidade gástrica e/ou absorção de nutrientes, de certa forma é como uma desnutrição programada, associada a complicações consideradas leves como: vômito, enjoo, fraqueza, constipação, diarreia, síndrome de Dumping, refluxo gastroesofágico e deficiência de nutrientes (MESUREUR, ARVANITAKIS 2017). Pessoas que realizaram a bariátrica relatam que na síndrome de Dumping apresentam sintomas como: transpiração, tontura, náusea, desmaio, uma sensação de “quase morte” (AMORIM, 2018). Algumas das complicações mais comuns são as deficiências de macronutrientes (desnutrição proteico-calórica e má absorção de gordura) e as deficiências de micronutrientes (vitamina B12, ferro, cálcio e vitamina D) (MALINOWSKI, 2006). Por exemplo, o déficit de cálcio a longo prazo pode causar perda de massa óssea e risco de osteoporose (BLOOMBERG et al, 2005). Em pessoas submetidas a cirurgia bariátrica há um aumento de 2,3 vezes no risco de fraturas (NAKUMURA et al 2014). Além disso, após o bypass intestinal apenas 57% da proteína ingerida é absorvida, por isso é recomendado a suplementação proteica (BORDALO et al, 2011).

Ademais, um dos efeitos da cirurgia é a redução da massa corporal e é inevitável também a redução de massa muscular, porém quando comparado com métodos não cirúrgicos a bariátrica leva a uma maior perda de massa muscular (cerca de 10-15%), além disso essa perda pode ocorrer mesmo sem mudanças significativas do IMC (BAZZOCCHI et al 2015). Após o bypass gástrico, há uma diminuição progressiva de massa muscular, principalmente durante os dois primeiros anos pós-operatório, e mesmo com a realização de atividade física é difícil parar essa perda (BAZZOCCHI et al 2015). A perda excessiva de massa muscular está associada à diminuição de força muscular, comprometimento funcional e consequências metabólicas (regulação glicêmica) (VAURS et al, 2015). Sendo assim, a cirurgia bariátrica está

associada à perda de massa muscular e óssea, mas ainda há poucos estudos sobre as implicações dessas alterações na composição corporal na aptidão física e funcional desses pacientes pós cirurgia, considerando que a maioria dos estudos monitora apenas de 3 a 6 meses após a cirurgia, impossibilitando avaliar essas manifestações (BOPPRE, 2017).

Além de tudo, o paciente pós-cirúrgico também carrega o estigma de ter realizado a cirurgia, muitos até mesmo escondem seu status cirúrgico (RUBINO et al, 2020). A perda de peso decorrente da cirurgia não se configura mérito próprio e está associada a uma saída fácil. A pessoa gorda que teve reganho de peso após a cirurgia ou então não tenha conseguido emagrecer será tratada pelos próprios profissionais como se tivesse perdido a sua chance da sua vida, conforme relatado pela participante abaixo (acompanhado de gordofobia médica).

De todos o mais drástico foi a bariátrica, mas para mim ela foi uma decepção, não emagreci tanto e hoje carrego o peso de uma sociedade que me julga e condena, por ter feito bariátrica e ainda ser gorda (participante).

O médico endocrinologista da equipe da cirurgia bariátrica se mostrou indignado com o fato de eu ter tido reganho de quase todo o peso após anos da cirurgia, sugerindo que eu havia “perdido a chance” e ficou perguntando o que eu comia de forma ríspida e irônica, questionando se eu me “afundava” num prato de strogonoff ou se sentava numa churrascaria e comia até não aguentar mais etc. Quando neguei que me comportava assim ele mostrou que não acreditava então como eu “tinha deixado ficar desse tamanho de novo”, sugerindo relaxamento (participante).

O conhecimento científico e clínico vem apontando a cirurgia bariátrica como a melhor solução para perda de peso, conforme as evidências a cirurgia bariátrica é a terapia mais eficaz para pacientes com obesidade clinicamente grave (WILMS et al, 2012). E mesmo com o aumento do número de cirurgias bariátricas no mundo, há um encorajamento para esse crescimento, pois apenas 0,1–2% dos candidatos cirúrgicos atualmente passam pela cirurgia (DIXON, 2016). E até mesmo publicações que debatem a questão do estigma do peso e questionam a eficácia das dietas defendem que a bariátrica promove uma “grande e duradoura perda de peso” (RUBINO et al, 2020). Mesmo sabendo-se que é observado um reganho ponderal significativo após cinco anos de cirurgia (BASTOS et al, 2013).

Fiz tudo, de tudo, todos os medicamentos possíveis, todas as dietas possíveis, cai em depressão, compulsão alimentar e ainda terminei numa cirurgia bariátrica. Perdi peso e ganhei peso várias vezes e inclusive reganhei peso pós bariátrica (participante).

Poucos são os estudos que acompanham os efeitos a longo prazo da bariátrica, uma pesquisa que acompanhou 166 pacientes por 10 anos verificou que 41% dos pacientes recuperaram o peso 6 anos após a cirurgia, e os pacientes mais jovens recuperam significativamente mais peso após a cirurgia do que pacientes mais velhos (MONACOFERREIRA, LEANDRO-MERHI, 2017). Considerando esse resultado, será que há evidências

suficientes sobre os efeitos a longo prazo da bariátrica que justifiquem a indicação cirúrgica de adolescentes de 16 anos?

Ainda são necessários mais estudos para identificar as consequências da cirurgia a longo prazo, seu resultado não pode ser avaliado somente pela perda de peso dos primeiros anos pós cirurgia. Sendo assim, os critérios de indicação do tratamento cirúrgico precisam ser estabelecidos rigorosamente, garantindo que essa seja a última alternativa de intervenção tendo em vista todas as complicações envolvidas (MARCELINO, PATRÍCIO, 2011).

4.2.3.6 Efeitos colaterais do tratamento na saúde mental

Devido ao seu viés biomédico, a abordagem focada na perda de peso tem a tendência a realizar a divisão ente corpo e mente e sobrevalorizar os fatores biológicos, por isso não é incomum a negligência da saúde mental da pessoa gorda nesse processo. Muitos foram os efeitos na saúde mental deixados pelas experiências negativas dos tratamentos da obesidade, os quais segundo as participantes foram acompanhados de sentimentos de vergonha, frustração, ansiedade, culpa, fizeram se sentir incapazes, infelizes, irritadas, desanimadas, ridicularizadas, pressionadas e sem energia

Horrível para minha saúde mental, desgastante para meu corpo (participante).

Fiz dieta, mas eu sou péssima nisso só me frustrei e entrei em uma depressão (participante).

Único tratamento que fiz foram dietas super restritivas e exercício físico intenso. Foi péssimo, passava fome e tinha momentos de compulsão alimentar, seguidos de muita culpa o que me causava ansiedade e períodos de depressão profunda (participante).

Foi horrível, pois eu sempre vi a comida como minha inimiga e o exercício físico como algo que eu tinha que fazer com o único e exclusivo motivo de emagrecer. Eu me sentia estressada, triste, com alta estima baixa, fraca (participante).

Opressiva. Pautada em sentir vergonha do meu próprio corpo e das minhas “atitudes descontroladas” ao comer. Sempre muito humilhante (participante).

As experiências com dietas restritivas e medicamentos foram sempre péssimas, principalmente no âmbito psicológico (participante).

O acompanhamento psicológico é, muitas vezes, preterido no tratamento da obesidade e quando acontece geralmente está voltado para convencimento do paciente para mudança de comportamento. Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos (BRASIL, 2020) o objetivo central do suporte psicológico é a motivação para a mudança e sua eficácia é medida pela redução de medidas antropométricas. A condição de sofrimento gerado por viver numa sociedade gordofóbica, o maior risco de depressão e suicídio parecem ficar em segundo plano no suporte psicológico que visa redução de peso.

Foi meio difícil, pois acho que deveria ter um acompanhamento psicológico afinal a obesidade não é só uma doença física, com certeza o psicológico tem muito a ver também e se não tratarmos dele fica difícil cuidar de outras coisas. Me deram uma dieta e era para eu voltar dentro de uns meses, tenho ansiedade generalizada e compulsão alimentar, praticamente não consegui fazer a dieta e engordei mais (participante).

Já fiz inúmeros tratamentos com diversos nutricionistas e psicólogos. Desisti de todos os psicólogos que queriam me explicar que o que eu sentia não era real em relação ao meu excesso de peso (participante).

Psiquiatra e psicólogos tratando obesidade como causa dos problemas mentais e não como consequência (participante).

A tendência de privilegiar o corpo biológico em detrimento da mente, pode acabar ocultando o estresse, ansiedade, isolamento e medo gerado pela rotina de perda de peso e busca do corpo considerado saudável (GAUDENZI, ORTEGA, 2012). As participantes relataram que para manter a rotina de perda de peso houve privação da vida social (provocando isolamento social), acompanhada de muita pressão externa (social, familiar e profissional), além de um tratamento baseado no medo e ódio ao corpo que trouxe muitos prejuízos, conforme os relatos abaixo.

Foi muito traumática. Sofri muita violência por parte da endócrino que me receitou sibutramina por dois anos, me levando a um processo incansável para perder peso e terror nutricional nas dietas prescritas pela nutri. Me isolei socialmente para dar conta de uma rotina exaustiva de manutenção, fazendo exercícios em demasia, sem falar das questões psíquicas (participante).

Me sentia pressionada a obter resultados ainda que meu humor estivesse totalmente alterado, chegando a ficar com pensamentos bem pesados (participante).

Efeitos adversos medicamentosos, efeito rebote, isolamento social, problemas psicológicos (participante).

Os retornos mensais à endócrino eram torturantes, porque eu dificilmente alcançava a meta mesmo com remédio e saía do consultório pior do que entrava: cheia de frustração, me sentindo incapaz, me culpava por tudo. Autoestima no chão (participante).

Como as intervenções começam já na infância ou adolescência, a questão do peso se torna um grande fator de sofrimento no início da vida da pessoa gorda. As crianças gordas já notam que são diferentes das outras, desenvolvendo uma autopercepção estigmatizada de si mesmas, esse sentimento de inadequação e insatisfação com seu corpo pode comprometer a construção da sua identidade e da sua autoestima (AMPARO-SANTOS, FRANÇA, REIS, 2020). Além disso, a forma como a família lida com a questão do peso irá influenciar na dimensão física e psicológica da criança ou adolescente, e quando esta questão se tornar algo obsessivo pode se tornar prejudicial ao desenvolvimento dela (VIANA, REITZ, DE ASSIS, DA CORREGGIO, 2021).

Viana, Reitz, De Assis e Da Correggio (2021, p. 692) também apontam “[...] a importância da relação entre o responsável e a criança/adolescente, uma vez que nessa dinâmica podem-se criar memórias, laços afetivos e dinâmicas que darão base à vida adulta”, assim como destaca que a parentalidade é fundamental para o desenvolvimento da autoestima da criança ou adolescente. E o que acontece com a saúde mental das crianças ou adolescentes que sofrem gordofobia dentro do próprio círculo familiar?

Nós, mulheres gordas, em sua maioria, começamos a sofrer com a gordofobia na nossa infância. Essa narrativa é comum. Algumas conseguem superar e outras, nem tanto. Há as que tiram a própria vida, as que se escondem dentro de casa. Às vezes, em seus quartos, quando nem em sua própria casa é seguro estar (JIMENEZ, 2020, p. 150).

Desde pequena, tenho marcas no meu corpo por ser gorda. A estigmatização, a humilhação e a exclusão que sofri, por inúmeras vezes, em casa, na escola, na rua e em festinhas eram justificadas e apoiadas pela maioria dos adultos, como uma punição por eu ter aquele corpo; essas marcas, carrego desde então (JIMENEZ, 2020, p. 149).

O sofrimento psíquico e emocional das crianças gordas precisa ser pautado, pois se configura enquanto um fator adoecimento e favorece o desenvolvimento de transtornos alimentares, depressão, ansiedade e abuso de álcool e drogas (VIANA, REITZ, DE ASSIS, DA CORREGGIO, 2021).

Outro fato muito impactante na saúde mental, conforme o relato das participantes, foi resultante dos efeitos adversos dos medicamentos antiobesidade e das possíveis interações medicamentosas. As participantes mencionaram que os medicamentos acabaram com sua saúde mental e não achavam válido emagrecer a esse custo, elas desenvolveram depressão, alteração de humor, transtorno de ansiedade e pensamentos suicidas.

Quando tinha 13 anos, fui a um médico que me receitou dualid que me trouxe diversos problemas na adolescência, como depressão, pensamentos suicidas e fraqueza (participante).

Comecei a ir em endocrinologistas e nutricionistas bem cedo e era sempre muito doloroso voltar na consulta e não ter emagrecido, me sentia culpada. Quando tive que fazer o caderno anotando o que comia, tinha medo de comer qualquer coisa e aí ter que anotar. Eu era muito nova e isso fez com que na minha adolescência eu sofresse muito por causa do meu peso (participante).

Com a medicação, tinha resposta rápida, porém, após a fase de manutenção, o resultado foi desastroso, duplicando o peso perdido durante o tratamento, além de interferir na saúde mental, levando à depressão e alteração de humor (participante).

Após o resultado dos exames, todos ótimos por sinal, optamos por iniciar o tratamento com ansiolíticos e sibutramina pois a médica achava necessário eu emagrecer 30 quilos e seria muito difícil sozinha, após 6 meses de tratamento eu havia emagrecido 16 quilos, mas minha saúde mental estava destruída devido à sibutramina, parei o tratamento por não achar mais válido emagrecer a esse custo. Acabei recuperando o peso, mas estou em tratamento psiquiátrico porque desenvolvi transtorno de ansiedade generalizada por causa do tratamento para emagrecer (participante).

Com a medicação, tinha resposta rápida, porém, após a fase de manutenção, o resultado foi desastroso, duplicando o peso perdido durante o tratamento, além de interferir na saúde mental, levando à depressão e alteração de humor (participante).

As alterações psíquicas causadas pelos medicamentos foram: mudança de humor (irritabilidade e agressividade), ansiedade confusão mental, paranoias e tristeza. Utilizaram expressões como: “me desorganizou psiquicamente”, “pensei que ficaria doida”, “sensação de agonia”, “pensamentos suicidas”. A ANVISA destaca a possibilidade de desenvolvimento de dependência e transtornos psiquiátricos relacionados aos anfetamínicos (BRASIL, 2011). A sibutramina está associada a sintomas catatônicos e psicóticos, distúrbios do comportamento e paranoia, escuta de vozes, depressão, perda de interesse e prazer, atraso psicomotor acentuado e alucinações acompanhadas de delírios (ALVES et al 2018). Isto é, os fármacos podem ser prejudiciais à saúde e seus efeitos adversos podem gerar sofrimento e perturbação (SILVA, 2012). Sendo assim, será que um tratamento pode ser considerado eficaz e seguro quando a perda de peso ocorre em detrimento da saúde mental?

O pós-cirúrgico da bariátrica também envolve complicações psicológicas e comportamentais, como transtornos alimentares, dependência de álcool e outras drogas, compulsões por jogos, compras ou sexo, depressão, ansiedade e até mesmo suicídio (MARCELINO, PATRÍCIO, 2011; NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013; ARAGÃO, ZAMBON, 2021). Após os inúmeros fracassos de perda de peso a cirurgia muitas vezes é vista como uma “cura definitiva” ou a grande “salvação”, mas a longo prazo não é incomum o estabelecimento da depressão e aumento dos casos de suicídio (MARCELINO, PATRÍCIO, 2011; JUNIOR et al, 2021). A perda acelerada de peso também pode ocasionar transtornos de imagem corporal, e se a cirurgia foi impulsionada pelo fator estético, os excessos de peso e flacidez podem gerar insatisfação corporal e a necessidade de realizar outras cirurgias plásticas (MARCELINO, PATRÍCIO, 2011).

Foi horrível, principalmente quando eu emagreci. Tive transtorno dismórfico. Fui gorda a minha vida toda, estar magra era muito ruim na minha cabeça e todos achavam que estar magra era tudo que eu precisava. E quando comecei a melhorar, me tratar, engordei e todo mundo dizia que eu estava disposição a minha vida e ninguém entendia que eu estava melhor, só viam uma gorda (participante).

Esse relato corrobora com a pesquisa de Klimeck (2020) que relatou esse conflito entre a melhora da sua saúde mental (depressão e anorexia) e o ganho de peso⁴³. Além disso, as participantes mencionaram que quando o tratamento não gerava o resultado esperado pelo

⁴³ No caso da anorexia nervosa o reganho de peso é uma condição fundamental para remissão do transtorno, mas pode desencadear episódios agudos devido ao medo de engordar (KLIMECK, 2020).

profissional, o manejo da situação envolveu culpabilização, desconfiança e métodos de coerção. Constituindo assim experiências traumáticas relacionadas ao tratamento da obesidade e provocando uma lógica contraprodutiva, pois induziu o reganho de peso e à desistência de realizar o tratamento, conforme pode ser observado nos relatos abaixo.

Foram tantos. Passei a vida inteira tentando me adequar e faz bem pouco tempo que parei de tentar (participante).

No começo é tudo lindo, mas tem uma hora mesmo seguindo tudo à risca a perda de peso diminui é a hora que a médica me olha como se eu estivesse mentindo, como se a dieta ou o remédio não pudessem nunca me fazer parar de perder peso, mesmo seguindo tudo à risca sempre sou tratada como quem está mentindo, por isso desisti (participante).

Em 2016, eu fiz acompanhamento por 6 meses com Sibutramina e exercícios diários na academia. Tinha consulta no médico mensalmente. Neste período, tive alterações emocionais sérias e troquei de endócrino 5 vezes, pois eles me davam mais sibutramina e achavam que eu estava mentindo quando falava que fazia exercícios, mas não estava emagrecendo. Desisti do processo, engordei e deprimi. Hoje faz 2 anos que faço acompanhamento nutricional comportamental e aceito as mudanças do meu corpo (participante).

Bastante frustrante, pois sinto que a compreensão acerca da obesidade ainda é muito incipiente, e os tratamentos são descritos de forma simplória. O que, por sua vez, gera um sentimento de incompreensão acerca das dificuldades para emagrecer, uma sensação de incompetência e um julgamento generalizado de que a pessoa gorda é alguém preguiçosa, "sem vergonha" e a quem falta "força de vontade". O tratamento simplório e o julgamento direcionado à obesidade contribuem enormemente para o fracasso na manutenção da perda de peso e para a desesperança em investir em novas tentativas para emagrecer (participante).

4.2.4 Medidas de controle de peso insalubres e antiéticas

O foco na perda de peso no tratamento da obesidade pode favorecer a procura por medidas de controle de peso insalubres, pode-se dizer que esta seria uma das sequelas da abordagem normativa de peso. A fim de investigar esta questão perguntou-se para as participantes se já haviam realizado alguma medida de controle de peso insalubre (Tabela 11), o resultado é alarmante pois apenas 7,4% nunca realizaram nenhuma das medidas mencionadas.

Tabela 11 – Medidas de controle de peso insalubres

Você já realizou algumas dessas medidas de controle de peso (não saudáveis)? (n=515)	N	%
Fiz dietas da moda	384	74,6
Fiquei sem comer por longos períodos	381	74
Troquei refeições por shakes	295	57,3
Fiz atividade física de forma compensatória e exagerada	264	51,3
Tomei medicamentos para emagrecer por conta própria	262	50,9
Usei laxantes e diuréticos	256	50,3
Induzi vômitos	161	31,2
Fiz cirurgia plástica e/ou lipoaspiração	26	5,0
Nunca realizei nenhuma dessas medidas	38	7,4
Outras	7	1,3

Além dessas, foram mencionadas outras como: lavagem intestinal, uso de drogas legais e ilegais para perda de apetite, treino com roupas quentes e pesadas, aumento das doses das medicações por conta própria, procedimentos estéticos para perda de medidas e gordura localizada, e substituição de refeições por água ou chá. E muitas dessas medidas são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de bulimia nervosa (HAY, 2002; HILL, 2007). Segundo as participantes, a adolescência se configura na fase mais propensa de realizar essas medidas de controle de peso insalubres e para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Comer transtornado⁴⁴, preocupação com o peso e práticas insalubres de controle de peso são importantes fatores de riscos para o desenvolvimento de transtornos alimentares (como bulimia, anorexia, compulsão alimentar, vigorexia, ortorexia) (NUNES et al, 2003). O estudo de Nunes et al (2003) estudou da prevalência de comportamentos anormais relacionados com a alimentação e os métodos de controle de peso inadequados entre mulheres de 12 a 29 anos residentes em Porto Alegre, os resultados concluíram que uma em cada nove mulheres mostra comportamentos alimentares anormais e está em risco de desenvolvimento de transtornos alimentares.

As pessoas gordas estão mais propensas a usar comportamentos extremos e insalubres para alcançar a perda de peso (HILL, 2007). No estudo de Nunes et. al. (2003), a alimentação desordenada e os comportamentos inadequados de controle de peso foram mais prevalentes nas

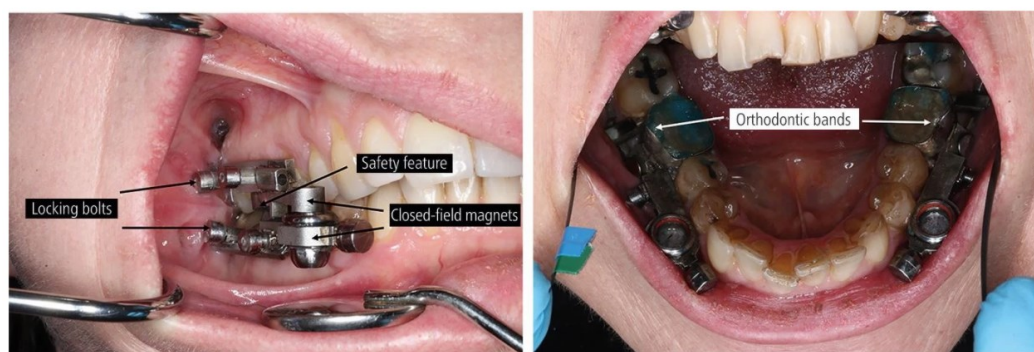
⁴⁴ “O comer transtornado (CT) abrange todo tipo de comportamento alimentar considerado não saudável ou disfuncional podendo evoluir para um TA, como por exemplo dietas restritivas, jejum prolongado, ingesta muito baixa de alimentos, utilização de substitutos para refeições como shakes ou suplementos, utilização de medicação para o controle de peso ou outros tipos de comportamentos que visam diminuir a quantidade de alimento ingerido e o controle de peso de forma disfuncional” (LEAL et al, 2013 apud DA CUNHA CREJO, MATHIAS, 2021, p. 38).

mulheres com maior IMC. No estudo, quase 20% das mulheres com sobrepeso apresentaram comportamento alimentar anormal, contra apenas 10% das mulheres com IMC normal. Porém, esses comportamentos muitas vezes são invisibilizados em pessoas gordas, pois é considerado um método de perda de peso (HILL, 2007). Por exemplo, a autora Virgie Tovar (2018) conta que aos onze anos fez um jejum extremo para emagrecer, e na consulta com o médico ele a parabenizou pela perda de peso sem perguntar como ela havia emagrecido:

“[...] ele não me perguntou o que eu estava ou não comendo. Não importava. Literalmente, ninguém parecia se importar. Ele acreditava, como a maioria, que quando uma mulher – ou criança – gorda emagrece, é sempre positivo, independentemente de como o emagrecimento aconteceu (TOVAR, 2018, p. 41).

Medidas de controle de peso insalubres e eticamente questionáveis também são desenvolvidas pela própria ciência da saúde, como no estudo publicado recentemente sobre a aceitabilidade de um dispositivo intraoral projetado para perda de peso (BRUNTON et al, 2021). O dispositivo odontológico fornecia resistência mecânica que restringia a abertura da boca até dois milímetros (Figura 10), e desta forma a pessoa gorda ficava restrita a uma dieta líquida.

Figura 10 - Dispositivo intraoral que consiste em ímãs de campo fechado e bandas ortodônticas.



Fonte: BRUNTON et al, 2021, p. 2.

Os participantes tiveram dificuldade de pronunciar palavras, sentiram desconforto e a vida em geral foi menos satisfatória. Na comunidade científica o trabalho não parece ter sido recebido com muito repúdio, mas pelo ativismo gordo o dispositivo foi comparado à tortura e considerado antiético, pois literalmente fecha a boca de um grupo já marginalizado tornando-se uma forma de silenciamento e desumanização (DUARTE, 2021; FLAUZINO, 2021). Porém, a pesquisa divulgou o dispositivo como uma alternativa não invasiva e econômica, e que poderia ser aplicado diversas vezes na mesma pessoa.

Desta forma ficam as perguntas: será que abordagem normativa de peso tem reforçado medidas de controle de peso insalubres? Será que o foco na perda de peso não está fomentando comportamentos alimentares transtornados (como autoindução de vômito, episódios de compulsão alimentar, restrição de certos alimentos, dietas restritivas) e comportamentos insalubres para controlar o peso? Será que não favorece a confusão entre estética e saúde? Por exemplo, o Brasil ocupa o primeiro lugar em cirurgias estéticas, como lipoaspiração e abdominoplastia (AMPARO-SANTOS, FRANÇA, REIS, 2020).

A motivação da vontade de emagrecer raramente está associada a saúde. A força dessas motivações é tal que ela aniquila ou torna inaudíveis os riscos sanitários associados à magreza (POULAIN, 2013, p.71).

A lógica de emagrecer a qualquer custo faz com que práticas agressoras ao corpo acompanhem o percurso de alcançar o corpo considerado saudável, além de invisibilizar as sequelas de um processo de emagrecimento - como dores de cabeça crônicas, dispepsia, arritmia, gastrite, problemas no esôfago e doenças intestinais, entre outras (KLIMECK, 2020). Já há estudos que contestam que o foco no peso pode estar fazendo mais mal do que bem e que é antiético continuar prescrevendo a perda de peso para alcançar saúde e bem-estar (TYLKA et al, 2014).

4.2.5 Sobremedicalização das pessoas gordas e necessidade da prevenção quaternária

Portanto, a atual abordagem de recuperação da saúde baseada apenas na perda de peso pode provocar uma lógica de contraproduzividade - quando “[...] uma ferramenta que passa a produzir efeitos paradoxais, operando contra o objetivo implícito em sua função” (TESSER, 2006, p.66). É fundamental reconhecer os limites diagnósticos e terapêuticos biomédicos para atenuar o círculo vicioso sobremedicalizante, além de identificar pessoas em risco de medicalização excessiva, protegê-las de novas intervenções desnecessárias e evitar iatrogenias associadas a ações médicas (TESSER, 2019; TESSER, 2017). De acordo com as análises e resultados desta pesquisa as pessoas gordas estão mais suscetíveis à sobremedicalização, como o excesso de intervenções (e suas possíveis complicações) e alto índice de prescrição de fármacos.

Por isso, torna-se necessário realizar prevenção quaternária (P4) - uma ação preventiva dirigida ao agir profissional clínico-sanitário para evitar a sobremedicalização (TESSER, 2019; CARDOSO, 2015). A grande contribuição da P4 é realocar o objeto central da prática dos profissionais, não mais na doença e sim centrada na pessoa e seus sofrimentos/adoecimentos

(CARDOSO, 2015). Adotar uma prática ética, reflexiva, crítica e estar em constante autoavaliação a fim tornar-se consciente e minimizar os possíveis danos biopsicossociais de suas intervenções (CARDOSO, 2015). Isto é, os profissionais de saúde precisam agir enquanto atores desmedicalizantes - relativizando a abordagem biologicista, favorecendo a desmedicalização do diagnóstico e das terapêuticas atuais - (TESSER, POLI NETO, CAMPOS, 2010; TESSER, 2006) e proteger as pessoas gordas dos excessos da biomedicina. Camargo Jr (2013, p.846) aponta a expectativa de estudos futuros “[...] possibilitem o desenvolvimento de práticas efetivas de cuidado em saúde que não sejam simplesmente a extensão cada vez maior de um mercado de consumidores cativos”.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA GORDOFOBIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE⁴⁵

Conforme já mencionado, as pessoas gordas vivenciam frequentemente preconceitos, comentários depreciativos e tratamentos inadequados em diversos ambientes, incluindo serviços de saúde (PHELAN et al 2015). Para identificar a magnitude dessa situação dentre as participantes perguntou-se: “*Você já sofreu gordofobia em serviços de saúde?*” (Tabela 12).

Tabela 12 – Gordofobia nos serviços de saúde

Você já sofreu gordofobia em serviços de saúde? (n=515)	N	%
Sim, já aconteceu comigo	427	82,9
Fiquei na dúvida se o ocorrido é ou não um caso de gordofobia	46	8,9
Não, nunca aconteceu comigo, mas conheço pessoas que sofreram	31	6
Não, nunca aconteceu comigo e nem conheço nenhum caso	11	2,1

Pode-se verificar que 82,9% das pessoas gordas relatam já terem vivenciado gordofobia em algum serviço de saúde, representando um resultado impactante e demonstrando sua gravidade. Pessoas que relatam terem vivenciado gordofobia nos serviços de saúde podem ter se sentido mais propensas a participar da pesquisa, contudo, a pesquisa possui um número expressivo de participantes. E como ainda não há outros estudos nacionais sobre o tema, este se configura um resultado relevante, porém preliminar sobre a situação, sendo necessário estudos futuros.

Foi questionado: “*Quando reconheceu que a situação sofrida era um caso de gordofobia?*” (n=464), das quais 61,2% responderam “no mesmo momento”; 19,8% “anos depois”; 14,2% “dias depois”; 4,7 “meses depois”. A maioria das pessoas identifica a gordofobia momentaneamente, o que poderá influenciar negativamente no vínculo durante o atendimento de saúde. Conjuntamente, foi questionado “*Com que frequência você sofre gordofobia em serviços de saúde?*” (n=465), das quais 44,3% responderem “muitas vezes”; 29,9% responderam “quase sempre”; e 25,8% responderam “raramente”. É alarmante a frequência relatada, pois se esperava que a gordofobia fosse uma situação pontual e isolada, porém, o que se confirmou foi que é algo recorrente no atendimento de saúde das pessoas gordas. Portanto, Bacon e Aphramor (2011) salientam que é imprescindível abordar as

45 Nesta parte será debatido alguns dos resultados (referentes as perguntas 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 29 e 30) oriundos do questionário online (Apêndice B) e tem por objetivo caracterizar como a gordofobia se dá nos serviços de saúde.

consequências iatrogênicas da discriminação institucional relacionada ao peso, pois esta pode afetar na qualidade do cuidado e no acesso à saúde das pessoas gordas.

A fim de investigar se em algum serviço de saúde a gordofobia é mais recorrente, foi questionado: “*Em que serviço de saúde você sofreu gordofobia?*” (Tabela 13).

Tabela 13 – Serviços de Saúde

Em que serviço de saúde você sofreu gordofobia? (n=466)	N	%
Consultórios particulares	380	81,5
Hospitais privados	197	42,3
Hospitais públicos	127	27,3
Centros de saúde	98	21
Serviços de emergência ou urgência	85	18,2
Policlínicas ou ambulatórios públicos	75	16,1

Também apareceram outras respostas como clínicas de exame de imagem, laboratórios e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nota-se que os serviços privados tiveram as maiores frequências, principalmente em consultórios clínicos, talvez porque a utilização da saúde suplementar foi registrada pela maioria dos participantes. Pode-se levantar também a hipótese de que os serviços privados possuem um modelo de atenção à saúde biomédico – centrado na doença - e possuam maior conflito de interesses do complexo médico-industrial que pretende lucrar com a venda de fármacos, cirurgias e exames (MARTINS, 2004), já o SUS é voltado para uma compreensão mais ampla do processo de saúde-doença.

Com o propósito de identificar a relevância dos profissionais de saúde nas situações de gordofobia nos serviços de saúde, foi realizada a pergunta: “*Você já sofreu gordofobia por parte de algum profissional da saúde?*” (n=515) onde 90,1% responderam sim, 5,2% não e 4,7% não sei. O resultado demonstra que os profissionais de saúde são os principais agentes de gordofobia dentro dos serviços de saúde. Corroborando com outros estudos, como por exemplo, a revisão sistemática de Teixeira, Pais-Ribeiro e da Costa Maia (2012) que verificou a presença de estigma e estereótipos sociais (falta de vontade e motivação, preguiçosos, dificuldades de autocontrole e inúmeros problemas psicológicos) nas atitudes dos profissionais. No estudo de Sikorski et al (2013), no qual se esperava que os profissionais de saúde teriam atitudes menos estigmatizantes do que a população em geral - devido ao conhecimento das causas multifatoriais da obesidade - porém quase toda sua amostra apresentou atitudes negativas moderadas a altas em relação a pessoa com obesidade.

Para reconhecer as categorias profissionais mais envolvidas nessas situações questionou-se: “*De quais profissionais você sofreu gordofobia?*” (Tabela 14). Nas respostas

abertas (opcionais) foram mencionados técnico em saúde bucal, técnico em radiologia e recepcionistas, e as especialidades médicas (não foi questionado as participantes, porém muitas mencionaram) mais citadas foram: endocrinologia, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, cardiologia, nutrologia, dermatologia e psiquiatria.

Tabela 14 – Categorias Profissionais

De quais profissionais você sofreu gordofobia? (n=476)	N	%
Médico	454	95
Nutricionista	237	49,8
Profissional de educação física	197	41,4
Enfermeiro	120	25,2
Técnico de enfermagem	95	20
Fisioterapeuta	66	13,9
Psicólogo	62	13
Farmacêutico	36	7,6
Dentista	31	6,5
Assistente social	7	1,5
Fonoaudiólogo	5	1,1

Os médicos foram relatados por 95% das participantes, de acordo com Puhl e Brownell (2006), os médicos são relatados como uma das fontes mais frequentes de viés de peso, sendo relatados por 69% dos participantes da sua pesquisa, perdendo apenas para os membros da família com 72%. Logo após, aparecem os profissionais nutricionistas e educadores físicos, as categorias mais associadas ao tratamento não medicamentoso da obesidade. A pesquisa de Bacardí-Gascón et al. (2015) avaliou a fobia de gordura entre estudantes de nutrição de duas universidades mexicanas, onde 88% mostraram uma atitude negativa em relação à obesidade. Um estudo com estudantes de educação física, de Langdon, Rukavina e Greenleaf (2016), relatou estereótipos com pessoas gordas, como por exemplo, “elas gostam de comer”, “não têm habilidades físicas”, “não têm controle”.

Diversos estudos evidenciam que estereótipos negativos em relação a pessoa gorda perpassam as diversas categorias profissionais da saúde, o que impacta na sua conduta e prejudica a sua capacidade de acolhimento (PUHL; PETERSON; LUEDICKE, 2013; PHELAN et al, 2015). Ou seja, a gordofobia perpassa os funcionários dos serviços de saúde como um todo incluindo também técnicos, auxiliares e recepcionistas.

A fim de compreender como a gordofobia está presente nas atitudes dos profissionais foi questionado se as participantes já haviam vivenciado algumas situações que reiteradamente são apontadas pelo ativismo gordo. A pertinência dessas situações pode ser observada na tabela

abaixo, onde as participantes responderam à pergunta “*Alguma dessas situações já aconteceu com você?*” (Tabela 15).

Tabela 15- Atitudes dos profissionais de saúde

O profissional de saúde (n=504):	N	%
Atribuiu a culpa de todos seus problemas de saúde ao seu peso	397	78,8
Pressionou você para perder peso, mesmo que sua busca pelo serviço não tenha nada a ver com o seu peso	391	77,6
Utilizou apenas o IMC para avaliar sua saúde	390	77,4
Fez você se sentir constrangida(o), menosprezada(o), envergonhada(o) e culpada(o) pelo seu corpo	370	73,4
Mandou você fechar a boca	357	70,8
Realizou algum pré-julgamento dos seus hábitos	354	70,2
Não investigou devidamente os seus sinais e sintomas (diagnóstico superficial)	340	67,5
Realizou um exame superficial e/ou não te examinou	327	64,9
Diagnosticou você com “obesidade” apenas te olhando	324	64,3
Não deu atenção a sua queixa e/ou sintoma relatado	315	62,5
Deu a entender que você mente sobre seus hábitos	293	58,1
Recomendou fazer dieta e atividade física mesmo você relatando que já faz	292	57,9
Realizou algum julgamento moral sobre você	248	49,2
Disse que você vai morrer se não perder peso	246	48,8
Fez piadas, ironias e brincadeiras sobre seu corpo	221	43,8
Tratou você de forma desrespeitosa e/ou hostil	211	41,9
Disse para você voltar apenas quando tiver perdido peso	205	40,7
Humilhou, intimidou e/ou aterrorizou você	188	37,3
Insistiu para você continuar tomando medicamento para perda de peso, mesmo você relatando efeitos adversos	156	31
Recomendou fazer uma cirurgia bariátrica, mesmo que você não esteja dentro dos critérios	154	30,6
Utilizou linguagem ofensiva, falas grosseiras e/ou te ofendeu verbalmente	147	29,2
Pressionou para você subir na balança mesmo contra sua vontade	117	23,2
Comparou você a um animal	38	7,5
Agrediu fisicamente você	5	1%

Essas situações apontam brevemente agressões relacionadas ao peso que envolvem um tratamento desrespeitoso, falas grosseiras, intimidação, assédio, hostilidade, provocações e julgamento moral (AGUIAR, D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, 2013; TYLKA et al, 2014). Essa análise será realizada com maior profundidade na parte que desenvolverá sobre os relatos de gordofobia nos serviços de saúde.

4.3.1 Acessibilidade das pessoas gordas nos serviços de saúde

Uma das primeiras barreiras de acesso das pessoas gordas nos serviços de saúde é a falta de acessibilidade física, desde estrutura física, mobília, equipamentos, trajés, o pode tornar os serviços de saúde espaços não inclusivos. De acordo com Giovanella et al (2012) acesso ou acessibilidade indica o grau de facilidade ou dificuldade para obter cuidados de saúde, sendo assim as características do serviço de saúde podem contribuir ou obstruir a sua utilização. E até mesmo a falta de confiança no serviço de saúde pode gerar uma barreira de acesso (SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

Devido à falta de referências sobre acessibilidade das pessoas gordas na saúde, é possível traçar um paralelo com algumas barreiras de acesso das pessoas com deficiências, as quais são apresentadas na revisão integrativa de Araújo et al (2018), como por exemplo as barreiras atitudinais⁴⁶ e as barreiras arquitetônicas. As barreiras arquitetônicas são compostas por qualquer impedimento ou inadequação relacionado a estrutura física, essas barreiras interferem diretamente na mobilidade e comprometem a garantia de acessibilidade aos serviços de saúde (SIQUEIRA et al, 2009; ARAÚJO et al, 2018).

E como uma das formas da gordofobia se expressar dentro dos serviços de saúde é referente à falta de acessibilidade física da pessoa gorda neste espaço, questionou-se as participantes: *“Os serviços de saúde que você frequenta possuem acessibilidade e/ou equipamentos para pessoas gordas?”* (Tabela 16).

Tabela 16 – Acessibilidade dos serviços de saúde

Os serviços de saúde que você frequenta possuem acessibilidade e/ou equipamentos para pessoas gordas?	N	%
Há dificuldades de acesso e/ou equipamentos, mas consigo ser atendido (mesmo que com dificuldades)	224	43,4
Há acessibilidade e/ou equipamentos, sou atendido sem dificuldades	146	28,3
Nem sempre há acessibilidade e/ou equipamentos e por isso já deixei de ser atendido (por falta de estrutura)	76	14,8
Não se aplica, não tenho dificuldades com acessibilidade (pois sou gorda menor)	69	13,3
Total	515	100

Pode-se perceber que a acessibilidade das pessoas gordas foi considerada prejudicada pelas respondentes, muitas estão sendo impossibilitadas de utilizar os serviços de saúde.

⁴⁶ As barreiras atitudinais são caracterizadas por ações preconceituosas, estigmas e estereótipos, são comportamentos de discriminação, atitudes grosseiras, falta de sensibilização e interesse às demandas específicas (ARAÚJO et al, 2018), essas barreiras quais serão debatidas posteriormente.

Principalmente a categoria “gorda maior” que irá sofrer mais com questões estruturais e tem sua acessibilidade dificultada ou negada, desde o transporte público como em equipamentos hospitalares. Importante lembrar que nem todos os corpos gordos são iguais, por isso nem todas as pessoas gordas terão dificuldades de acessibilidade, como mencionado pelas participantes na categoria “gorda menor”. Porém a falta de acessibilidade da pessoa gorda nos serviços de saúde se configura enquanto uma grande contradição, pois as políticas públicas e campanhas de saúde buscam reiterar que as pessoas gordas estão doentes e que precisam de acompanhamento profissional, porém nem os serviços e nem os profissionais estão aptos a atender dignamente essas pessoas.

Com o propósito de identificar o que prejudica a acessibilidade de pessoas gordas, questionou-se: *“O que faltou para garantir sua acessibilidade aos serviços de saúde?”* (n=170), as respostas foram referentes a estrutura arquitetônica, mobília, equipamentos e dificuldade para realizar exames. Esse debate será realizado conjuntamente na próxima parte dos relatos de gordofobia na categoria acessibilidade.

4.4 RELATOS DE GORDOFOBIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE⁴⁷

Anteriormente foi possível identificar de forma geral como algumas situações gordofóbicas se expressam nos serviços de saúde, neste momento será aprofundada a discussão a partir de relatos de situações de gordofobia sofridas pelas participantes da pesquisa. A fim de conhecer como se dá a gordofobia dentro dos serviços de saúde, solicitou-se que as participantes escrevessem um breve relato (descrevendo onde, como, quando, envolvidos) de situações gordofóbicas sofridas nos serviços de saúde.

Bem, se eu relatasse todos os episódios de gordofobia que passei na vida daria para escrever um livro (participante).

No total, 397 participantes relataram uma ou mais situações vivenciadas e para facilitar a análise desse resultado optou-se por apresentá-lo em categorias temáticas, as quais foram criadas a partir dos principais temas emergentes dos relatos. As categorias desenvolvidas foram: (1) falta ou dificuldade de acessibilidade; (2) diagnóstico superficial e preconceito clínico; (3) culpabilização e advertência baseada no medo; (4) abordagem violenta; (5) desprezo da queixa e exclusividade do peso; (6) prescrição indiscriminada e compulsória de intervenções; (7) negligência; (8) violência de gênero contra as mulheres; (9) reprovação do profissional de saúde gordo.

4.4.1 Dificuldade ou falta de acessibilidade

Conforme discutido anteriormente, a acessibilidade é uma das primeiras barreiras da pessoa gorda no serviço de saúde, conforme menciona Silva e Santos (2019) até mesmo equipamentos médicos não são produzidos para contemplar pessoas gordas, o que é um fato muito controverso. Essa dificuldade na acessibilidade é referente a estrutura arquitetônica, mobília, equipamentos, dificuldade para realizar exames e falta de capacitação dos profissionais de atender corpos gordos. A estrutura arquitetônica se faz referência a falta de elevadores, portas, banheiros, sala de espera e consultórios apertados, os quais dificultam a circulação das pessoas gordas neste espaço.

É constrangedor se mover em espaços apertados (participante).

Também envolve a mobília, desde cadeiras, sofás, poltronas inadequadas nas salas de espera, assim como enfatizado as participantes macas e camas hospitalares pequenas, estreitas e frágeis, as quais não deixam as pessoas gordas se sentirem seguras e confortáveis, além de

⁴⁷ Nesta parte será debatido os resultados (referente a pergunta 21) oriundos do questionário online (Apêndice B), relacionado aos relatos de situações de gordofobia sofridas pelas pessoas gordas em serviços de saúde.

nem sempre possuir a escada de acesso à maca, o que muitas vezes impossibilita de subir na maca para ser examinada.

Não conseguia me sentar na cadeira de espera por ser pequena demais. E tive que esperar (com falta de ar) e ser atendida em pé (participante).

Na clínica as cadeiras da sala de espera e do consultório tinham braços. Então aguardei 1 hora em pé (participante).

Mesmo sendo gorda menor não me sinto segura e confortável nas macas e cadeiras (participante).

Não conseguir subir na maca sem a escada (participante).

Parte do corpo fica para fora na hora de ser atendida e tomar soro (participante).

Eu já ouvi que deveria tomar soro em pé, porque nenhuma cadeira iria me caber pois eu era “muito grande” (participante).

Já tive medo de uma delas (maca) desmontar (participante).

Já disseram que a maca não aguentaria o meu peso (participante).

Médico pediu para me examinar em pé para não quebrar a maca (participante).

Também foi relatado a falta de cadeiras de rodas e cadeiras odontológicas adequadas, além de apoio de pernas na mesa ginecológica confortável para pessoas gordas.

Fiquei entalada em uma cadeira de rodas, consegui sair, mas fiquei com roxos nas laterais das pernas (participante).

Outro caso que lembro muito bem foi uma vez que estava sendo encaminhada para internação do pronto socorro, pois estava com um problema na perna. A enfermeira trouxe uma cadeira de rodas pequena, eu bati o olho e falei para ela: será que tem alguma maior no hospital? Acho que não vou caber nessa. E ela insistiu que caberia sim, que dava um jeito, para eu ir sentada de lado, que já era bom que apertava um pouco quem sabe não ajudava a diminuir o tamanho da “buzanfa”. Minha mãe ouvindo foi atrás de outra cadeira maior (participante).

Atendimento no dentista. Cadeira fazendo barulho devido a obesidade (participante).

O lugar de apoio das pernas [mesa ginecológica] é completamente desconfortável para pernas gordas (participante).

A falta de instrumentos e acessórios básicos também dificultam a acessibilidade das pessoas gordas nos serviços de saúde além de gerar um grande constrangimento, como aventais, toucas cirúrgicas, fraldas de tamanho adequado.

Aventais do meu tamanho que não me deixasse exposta durante um exame (participante).

Fui realizar um exame ginecológico e fui obrigada a tirar a minha roupa e colocar um roupão que não me servia para ficar numa sala com outras mulheres magras cujo roupão era adequado para elas, chorei muito (participante).

Num laboratório não havia jalecos para gordos e tive que brigar e chamar a gerência para não ficar com as partes íntimas aparecendo (participante).

Outro caso: fui fazer um exame de ressonância magnética. Fui direcionada para o vestiário para tirar tudo e vestir a roupa do hospital (uma calça e blusa de tecido bem grosso e elástico). As peças eram tamanho GG e a calça não me serviu. Pedi então para a enfermeira se tinha uma maior, ela falou, “nossa desculpa, você é tão bonita, nem aparenta ser tão gorda.” E me trouxe uma maior e disse “olha, agora, se essa não servir, vamos ter que te enrolar em um lençol pro exame, porque essa é a maior” (participante).

Uma outra situação foi quando fui fazer cirurgia de varizes. Não havia um avental que me coubesse de não deixasse minha bunda toda de fora. A enfermeira de forma tranquila e sem grandes alardes pegou um lençol e enrolou na minha cintura. A cadeira de rodas não me cabia também e fui caminhando até a sala de cirurgia (participante).

Lembro quando fiquei internada de não ter fralda para o meu tamanho (participante).

As participantes também relataram a inadequação das balanças (geralmente possuem limite de peso de 150 quilos). Segundo Dos Reis, Brandão e Casemiro (2021) as balanças de 200 quilos são itens menos disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde, e usar balanças que não suportam o peso das pessoas gordas podem impactar negativamente no acolhimento além de gerar constrangimentos.

UBS - uma vez ao me pesar a profissional de saúde reclamou dizendo que precisava de uma balança de açougue, pois só ela aguentaria meu peso e de outras pessoas que aguardavam. Eu estava lá para participar de um programa de reeducação alimentar. Nunca mais voltei (participante).

Ao me atender o médico não tinha balança adequada e nem materiais adequados para me examinar. Disse uma frase chocante: que em caso de pacientes muito gordos, mandava se pesarem em balança de frigorífico, aquelas que medem as peças de carnes (participante).

Assim como falta de equipamentos simples como esfigmomanômetro e manguito, o qual não cabem no braço do paciente, o que pode até mesmo interferir na aferição da pressão arterial.

E já deixei de ser atendida porque o tensiômetro não fechou em meu braço e não tinha um maior no local de atendimento (participante).

No meu último exame cardiológico, não havia equipamento para medir pressão que cabia no meu braço, a balança não conseguia registrar meu peso e a esteira não aguentava meu peso também (participante).

Fui ao um cardiologista pois tive um pico de pressão alta sem causa aparente. Fui para um check-up. Eles não conseguiram medir minha pressão porque a bombinha não cabia no meu braço. Sai de lá com uma receita de dieta lowcarb e para eu medir minha pressão como der em casa (aparelho de pulso) (participante).

A falta de instrumentos simples como garrotes e torniquetes confortáveis para coleta de sangue, assim como o despreparo dos profissionais de saúde para atender diversos tipos de corpos, os quais se sentem mal equipados e mal preparados (WHARTON et al, 2020).

Enfermeiros que não sabem pedir pressão manualmente quando a braçadeira é muito pequena. Recentemente fiz uma cirurgia e fui furada SETE VEZES pela anestesia pois ela não estava acostumada a encontrar acessos em braços gordos. A enfermeira (gorda) que assumiu a "busca pela veia" encontrou o acesso em literalmente 15 segundos, no primeiro local em que a anestesia havia tentado furar (participante).

Num hospital onde fui realizar uma tomografia com contraste, a técnica em enfermagem com dificuldade de achar minha veia para colocar o acesso, afirmou que em pessoas gordas é mais difícil de achar a veia mesmo. Fiquei constrangida no dia. Perguntando depois de um tempo para uma amiga (técnica de enfermagem) sobre o ocorrido, ela me afirmou que não tem nada a ver o fato de eu ser gorda com a dificuldade no acesso as veias (participante).

Em uma situação que fui fazer exame de sangue a mulher que estava colhendo o exame, não achava a veia, ela estava me machucando e falando que era porque o meu braço era muito gordo, fiquei paralisada de vergonha, sai do posto chorando e com o braço muito roxo (participante).

Já fui operada sem veia pega por não conseguirem acessar, alegaram por ser devido à obesidade (participante).

E a falta de aparelhos e equipamentos de exames, como aparelhos de raio-X, máquinas de tomografia, máquinas de ressonância (geralmente com limite de 130 quilos).

Ressonância é claustrofóbico, imagina com seus braços e pernas encostando na lateral do tubo, apertando um pouco (participante).

Ressonância magnética do joelho, o espaço para fixar minha perna não fechava, fazendo com que a profissional utilizasse pesos avulsos para fixar mais ou menos minha perna na maca (participante).

Não coube no aparelho de raio X (participante).

Já deixei de fazer exames de imagens por falta de aparelho (participante).

Precisei fazer um MAPA e Teste ergométrico e na Clínica Ser e não tinham aparelhos compatíveis com meu peso e meu corpo, não pude realizar os exames (participante).

Fui fazer um teste ergométrico e sai super constrangida onde o médico falou que eu era muito gorda e a esteira não iria comportar, sendo que estava fazendo os exames pré-operatórios da bariátrica (participante).

Hospital Uniorte, a máquina de ressonância que era apenas para perna não era grande o suficiente para minha coxa, pediram desculpas, mas tive que pagar mais caro para fazer o exame em uma máquina aberta (participante).

Precisava fazer uma ressonância magnética e percorri mais de 5 clínicas e não consegui, porque todas tinham limite de peso. E em todas as clínicas eu fui menosprezada e me senti mal, até que desisti de fazer o exame e pedi ao meu médico para conseguir o diagnóstico de outro jeito (participante).

Conforme relatado, a falta de equipamentos adequados gera dificuldades de realizar exames. Alguns obstáculos para realizar exames são limite de peso para realizar teste ergométrico; dificuldades de encontrar locais que realizam endoscopia devido à necessidade de presença de anestesista; dificuldades para encontrar laboratórios que realizem colonoscopia (pois dependendo do IMC só pode ser realizado no hospital); dificuldades no pós-cirúrgico e até mesmo durante o parto.

Precisava fazer uma endoscopia e só tinha em um lugar a quase 30 km da minha casa (participante).

Eu tenho que esperar vaga para fazer endoscopia por conta de ter que ter a presença de anestesista (participante).

Não pude fazer endoscopia nem aquele exame que entra dentro do tubo porque tinha limite de peso pelo convenio (participante).

Eu fiquei na ponta do pé para minha altura ser maior e eu passar no teste do IMC para poder fazer uma endoscopia no laboratório mais perto da minha casa, porque senão teriam que me mandar para uma clínica só de gordos que usa aparelhos veterinários para exame. BIZARRO! (participante).

No meu parto, eu estava com 120kg e para acalmar a dor sempre ia ao chuveiro, tomar banho quente, só q como eu estava em trabalho de parto tinha que ficar sentada na cadeira embaixo do chuveiro, e como era uma cadeira de plástico, as pernas da cadeira começaram a dar sinal que iriam quebrar, tive que parar com a ação pois corria o risco de cair. Nem para parir a mãe gorda não encontra equipamento adequado (participante).

Essa falta de acessibilidade ao corpo gordo nos serviços de saúde pode gerar diversos constrangimentos, como por exemplo ter que realizar seus exames em clínicas veterinárias, dificultando e negando seu acesso à saúde. Nota-se a inadequação do espaço físico e dos equipamentos e não se tem identificado na prática uma adequação dos serviços de saúde a fim de qualificar o cuidado à saúde da pessoa gorda (DA SILVA, DESLANDES, 2021). Conforme Massignam, Dornelles e Nedel (2015) o acesso é um fator determinante para o uso efetivo dos serviços de saúde e irá impactar na qualidade e efetividade do cuidado. E de acordo com a Portaria nº 424, de 19 de março de 2013 reconhece a necessidade de garantir infraestrutura e equipamentos adequados para pessoas gordas nos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

4.4.2 Diagnóstico superficial e preconceito clínico

Outro aspecto muito mencionado nos relatos das participantes, foi o diagnóstico superficial resultante de suposições e preconceitos clínicos em relação a pessoas gordas. Respaldaado pelo modelo biomédico que observa o corpo por um olhar biológico e centrado na

doença, direcionando o profissional a identificar qualquer pessoa gorda como uma bomba relógio, sem mesmo realizar uma avaliação em saúde mais profunda e integral. Parece que a partir da aparência física - muitas vezes sem nem realizar uma avaliação antropométrica ou avaliar exames, hábitos, sintomas e queixas – é possível realizar um diagnóstico e determinar o nível de saúde da pessoa gorda.

A que mais me chocou foi em um cardiologista. Eu cheguei e ele perguntou o que eu queria. Eu disse que queria saber se era hipertensa porque meus pais são e também gostaria de saber como estava meu coração já que nunca havia passado num cardiologista antes. Ele disse que com certeza eu era hipertensa e que coração de obeso bate mais acelerado e por isso ele me receitou um remédio para diminuir meus batimentos cardíacos além de um remédio para hipertensão. Eu disse: Você não vai me pedir exames? Ele disse que não precisava porque minha condição era visivelmente essa e ao perceber que eu fiquei muito nervosa ele disse que estava me falando isso para me incomodar mesmo porque assim eu ia acordar e mudar meu corpo (participante).

Além de todas as vezes que procuro um médico, e independente da queixa, o primeiro "diagnóstico" é que estou muito gorda e deveria emagrecer (independente se a queixa é acne ou dor de cabeça). E sempre baseado apenas em olhar para mim (participante).

E outra situação foi em consultório médico. A mais recente é de uma consulta ao otorrino por causa de uma sinusite recorrente e a médica sem me examinar disse que era gripe por causa do sistema imunológico baixo pela obesidade. Exigi atendimento adequado, falei da recorrência da sinusite e que a consulta era recomendação de outro médico, para acompanhamento e tratamento adequado. Após os exames, foi diagnosticada sinusite alérgica, mas ela insistiu em dizer que era por eu ser obesa. Daí questionei um caso na família em que a pessoa tem o mesmo problema que eu e é magra, 55 quilos. Investigamos e descobrimos focos de mofo em nosso local de trabalho (participante).

Os profissionais acabam reproduzindo ideias preconcebidas em relação a pessoa gorda, sem ao menos ouvir o seu relato, ignorando as informações relatadas e fazendo recomendações totalmente incoerentes com a realidade exposta. É possível notar como o preconceito em relação a pessoas gordas atua nos serviços de saúde, quando um profissional adota uma recomendação totalmente fundamentada numa percepção antecipada e equivocada.

Durante tratamento de gota, a médica insistiu por três consultas seguidas que eu diminuísse o consumo de cerveja, mesmo eu já tendo dito em todas as oportunidades que eu não bebia (participante).

Outro médico (proctologista) assumiu que eu não comia direito, e ao apresentar a ele o diário alimentar que eu fazia para acompanhar com a nutricionista, o ignorou e me indicou remédios de reposição de fibra, mesmo que o diário mostrasse que eu comia bastante (participante).

Procurei um psiquiatra, que não ouviu o que eu tinha a dizer. Disse que eu roncava porque sou gorda (nunca ronquei) e que tinha que tomar sibutramina e usar um aparelho para dormir e não roncar (participante).

Conforme os relatos é comum que o atendimento das pessoas gordas seja fortemente influenciado por ideias pré-concebidas, resultando num atendimento tendencioso, incompleto e simplista que induz a precipitações e imprecisões diagnósticas. Importante pontuar que ao “[...] encarar gordura e magreza de forma simplista e maniqueísta é esvaziar todas as variáveis que existem na vida de uma pessoa” (SILVA, SANTOS, 2019, p. 719). Porém, suposições sobre irresponsabilidade e falta de força de vontade constituem a narrativa dominante sobre as pessoas gordas e afetam a qualidade dos cuidados de saúde, além de reforçar a culpa e a vergonha (WHARTON et al, 2020).

Fui em um médico (psiquiatra) que disse eu parecia ser o tipo de pessoa que deixava a vida levar e não fazia esforços para me impor e isso porque ele terminou de fazer as medidas e decidiu que por eu ser gorda era uma pessoa assim (participante).

Com endocrinologista onde eu relatei meu ganho de peso na época e a dificuldade de emagrecer, ele simplesmente não acreditou que eu fazia atividade física e uma boa alimentação, disse que era preguiça minha e que eu me alimentava errado por isso que engordei, ele não fez nenhum recordatório alimentar comigo, para concluir que eu me alimentava mal, não quis saber quais atividades que eu fazia e disse que eu estava mentindo, não me avaliou corretamente (participante).

Em consultório particular, de uma nutricionista, teoricamente com bom senso, se baseia em ayurveda. Por tudo isso, imaginei que teria consciência. Na primeira consulta mediu meu IMC (o que eu esperava que ela NÃO fizesse), ressaltou que eu tinha ultrapassado todas as faixas só sobrepeso e era obesa. E que gordura no corpo está relacionada com carência. Simplista assim (participante).

Nos atendimentos é recorrente que os profissionais realizem pré-julgamentos em relação aos hábitos da pessoa gorda, além de considerá-la desleixada, incapaz, incompetente, omissa no cuidado da sua saúde, desacreditando que esta possua e consiga manter hábitos saudáveis.

Numa clínica particular, com o endocrinologista. Eu e ele estávamos na sala e após me pesar, calcular meu IMC, ele começou a falar do comportamento sedentário associado ao estilo de vida de uma “pessoa gorda”. Associou coisas normais como assistir Netflix, comer uma fatia de bolo de chocolate, tomar uma cerveja, ao comportamento não saudável e característico de um estilo de vida que ele chamou de “coisa de gente gorda” (participante).

Segundo os relatos, as principais suposições comportamentais envolvem uma determinação antecipada de que a pessoa gorda realiza uma alimentação inadequada e é sedentária. Segundo Amparo-Santos, França e Reis (2020), essas associações contribuem para a estigmatização das pessoas gordas, pois reproduz valores pejorativos como descontrole e preguiça.

Em diversas situações relacionam alguma queixa ao meu peso ("se está com má digestão é porque come muito, de forma errada." Sem perguntar qual a minha alimentação) (participante).

Tive algumas consultas com médicos em que me senti pouco acolhida pela fala das profissionais. Como também sou negra, nunca sei se é racismo ou gordofobia. Houve um caso específico em que o médico "concluiu" que eu comia demais, sem me conhecer ou saber da minha rotina. Vivo um drama com peso há anos, nunca bati "prato de peão", como de forma equilibrada, faço atividade física 4 vezes por semana. Achei que a conclusão dele foi muito injusta, me senti muito mal. Depois que saí do consultório, chorei bastante (participante).

Uma PEDIATRA insinuou que minhas filhas (magras) não devem ter uma alimentação saudável por conta do exemplo (como frutas e verduras com abundância diariamente desde criança) (participante).

Uma vez fui ao nutricionista para tentar emagrecer, por pressão de todos e quando cheguei lá o nutricionista começou a "supor" coisas que eu comia e que eu não comia, sem ao menos eu ter falado algo. Como por exemplo: "você vai precisar parar de comer hambúrguer", "você vai ter que começar a comer verduras, mesmo não gostando"... Eu amo verduras, legumes e essas coisas saudáveis... Não sei por que o nutricionista achou que eu comia só hambúrguer. Mas é óbvio que ele achou isso por conta do meu peso (participante).

Sofri gordofobia durante um tratamento para esteatose hepática no ambulatório do Hospital das Clínicas em Salvador. Após anos de exames sem uma indicação de tratamento efetiva, a médica que me atendeu resolveu chamar a equipe de nutrição do local para me orientar quanto à melhor alimentação. Ao perguntar sobre meus hábitos alimentares a nutricionista começou a responder as perguntas que ela mesma me fazia, traçando em mim um perfil de "gorda compulsiva por comida", ignorando que eu pudesse ter outro problema (descobri hipotireoidismo anos mais tarde). Um exemplo do que ela fez comigo naquele dia: Nutricionista: - Você tem costume de comer doces? Eu: - Não, sinto mais vontade de doce na TPM só. Nutricionista: - Mas também quando come é uma caixa de bombom toda né? Eu: - Não! (completamente atônita) (participante).

Também é as pessoas gordas serem acusadas de mentir sobre seus hábitos alimentares. Talvez porque é recorrente estudos que indicam a subnotificação da ingestão energética das pessoas gordas, como estas não conseguem perder peso mesmo relatando baixa ingestão energética, conclui-se que estas sub-relatam a sua ingestão energética e superestimam a sua realização de atividade física (SCAGLIUSI, LANCHÁ JÚNIOR, 2003; BECHARA, 2011).

Uma vez eu comecei um regime por conta própria e depois de um tempo fui até uma nutricionista do postinho do município e quando ela me perguntou o que comia e tal, ela me interrompeu no meio me falando que eu estava mentindo sobre o que eu comia, e que eu tinha que falar que eu comia bastante o que eu comia e tal, e acabei por engordar ainda mais depois dessa consulta por que não quis fazer nada do que ela falou que eu tinha que fazer e nunca mais voltei nela (participante).

E além de deduzir que a pessoa gorda é sempre sedentária, o estigma ultrapassa o bom senso e faz com que os profissionais duvidem que a pessoa gorda tenha se lesionado fazendo algum exercício físico.

Tive uma lesão na panturrilha por conta do excesso de atividade física. O médico ortopedista se quer me examinou ou ouviu e disse que a lesão era por conta do meu sobrepeso e do sedentarismo. De imediato perguntei a ele se musculação 5* semana, spinning 2* e corrida 3* semana faziam de mim uma pessoa sedentária e continuei perguntando se ele iria me examinar ou apenas me acusar de ser gorda e sedentária. Ele sem graça se desculpou e pediu exames. Isso tem dois anos mais ou menos (participante).

Já fui indicado a fazer exercícios (mesmo sendo acrobata e trabalhando muito com meu corpo), a diminuir a quantidade de "besteiras" que eu comia (mesmo tendo uma alimentação super saudável por conta do meu trabalho de acrobata). Já fui indicado por profissional da Educação física a fazer treinos mais pesados do que já faço, que sei que meu corpo não dá conta por questões de acidentes e cirurgias que passei (participante).

Eu estava magra quando fazia academia e machuquei meu joelho fazendo exercícios, meses depois eu engordei e fui ao médico por conta da dor e ele disse que como eu não era atleta era impossível ter machucado o joelho com exercícios, que meu joelho estava doendo por causa do peso e o médico nem me pesou, apenas me olhou (participante).

Fui ao ortopedista com fortes dores no joelho, e o médico sem fazer nenhuma pergunta falou que era por eu ser obesa e não me exercitar, respondi na hora que em momento algum ele questionou se eu me exercitava, e falei que fazia hidro... Fiz os exames e foi diagnosticado lesão óssea (participante).

Assim como supor comportamentos, os profissionais também conseguem adivinhar doenças antes mesmo de realizar exames. Essa antecipação de doenças está fundamentada na associação do corpo gordo com o risco aumentado de desenvolver doenças. Porém, o risco epidemiológico é um cálculo para tentar identificar probabilidade de algo ocorrer no futuro, mas nem sempre a exposição se tornará uma doença, entretanto na prática os profissionais acabam confundindo uma probabilidade com uma ameaça concreta (MITJAVILA, 2002; CASTIEL, DIAZ, 2007; CASTIEL, 2007; MITJAVILA, 2015).

A “preocupação” com o risco que deveria qualificar o atendimento extrapola e se configura em preconceito com o corpo gordo. O profissional fica condicionado à ideia de que já sabe tudo sobre aquele corpo, obcecado por certos resultados que acaba ignorando condições individuais e limitando o seu atendimento e diagnóstico apenas ao peso.

Consulta de rotina com cardiologista e antes mesmo de análise dos exames laboratoriais solicitados, já afirmou que pelo peso que apresentava, estaria com alterações lipídicas e glicêmica (participante).

Em uma consulta lendo meus exames (que estavam todos normais) a médica olhou para mim e disse que quando me viu entrando no consultório tinha certeza de que eu era problema (participante).

Quando eu tinha 15 anos, cheguei em uma clínica e eu vinha com enxaqueca e um clínico geral da minha ex-cidade, Seropédica-RJ, imediatamente disse que era porque eu era gorda e provavelmente deveria ter pressão alta. A enfermeira mediu a minha pressão e estava normal e ele viu um exame de sangue e tudo normal e foi quando ele ficou sem graça (participante).

É muito constrangedor um médico te olhar e te classificar como doente sem fazer um exame, sem perguntar qual o seu problema... Já fui ao médico por causa de enxaqueca e antes que pudesse relatar o problema o médico já deduz que sou doente, que tenho colesterol alto, tudo alto! Quando na verdade meus exames nunca dão nada fora do normal, mantenho uma alimentação saudável (participante).

Normalmente acontecem em consultas médicas, que quando peço para tirarem minha pressão, já logo dizem que vai estar alta pelo excesso de peso e o resultado da pressão, normalmente é normal a baixa. Em qualquer consulta médica, que seja ortopedia ou para olhar um resfriado já solicitam exames de colesterol, glicose e afins. Aconteceu uma vez que torci o tornozelo, o ortopedista esqueceu de olhar o meu tornozelo e focou nos pedidos de exames citados acima e não solicitou nem um raio x... Fui direto para outro hospital e sim, tinha fraturado um pedacinho do meu tornozelo (participante).

Uma vez fui ao pronto atendimento de um hospital privado por conta de alguns sintomas físicos bem intensos (principalmente formigamentos no rosto, nas mãos e na cabeça e dor na cabeça). Na triagem o enfermeiro me pesou, aferiu minha pressão arterial e avisou que estava alta. O médico ao me atender ouviu meu relato dos sintomas, disse que eu sofria de hipertensão arterial, não aferiu novamente a pressão e receitou um remédio para ser administrado ainda no hospital naquele momento. Quando recebi a medicação o enfermeiro que estava me acompanhando ficou bastante assustado, pois minha pressão baixou muito e muito rápido. Alguns meses depois entendi em psicoterapia que estava tendo crises de ansiedade, precisava de um ansiolítico, não de um remédio para hipertensão naquela consulta. Não consigo deixar de pensar que se fosse uma pessoa magra os sintomas teriam sido investigados com mais cautela, mas sendo gorda alguns diagnósticos são automáticos a alguns profissionais (hipertensão, diabetes...) (participante).

Parece que só de olhar também é possível adivinhar todo o quadro clínico da pessoa gorda, os profissionais de saúde possuem a certeza de que toda pessoa gorda tem diabetes, colesterol alto, triglicérides alterados, pressão alta, além disso os profissionais apresentam dificuldades de aceitar se esta não for a realidade da pessoa atendida.

Sempre a necessidade de repetir exame de sangue porque "devo ter colesterol e diabetes", devo ter pressão alta (participante).

Uma ginecologista, ao ver meus exames perfeitos, me disse que eu tinha que agradecer muito a Deus porque meus exames eram um milagre. Além disso, me pediu um exame genético para se certificar de que eu não desenvolveria diabete futuramente. deu negativo (participante).

Uma endocrinologista pegou o resultado do meu exame de sangue e antes de abrir começou a falar que o controle alimentar e comer bem interferia diretamente nas doenças crônicas. Quando abriu meu exame, soltou um "Não pode ser", já que está tudo muito bom. Ela folgou três vezes e disse que não estava certo, enquanto eu repetia que eu me alimentava bem, comia de tudo. Enfim, do nada ela gritou um "Arrá" e apontou que a minha insulina estava alterada (estava 0,1 acima do normal) e já foi dando aquele discurso sobre excesso de açúcar e passou logo um remédio para controle da insulina. Nunca mais voltei (participante).

Pediram para refazer o exame de sangue porque o resultado foi normal. Eu disse que costuma ser normal e a enfermeira responsável disse que bom meu peso era impossível (participante).

Fui fazer uma endoscopia e cheguei junto com uma mulher magra. A mulher magra não foi pesada, eu fui 2 vezes. Tiraram a pressão da pessoa magra 1 vez, a minha

tiraram 3. Me perguntaram várias vezes se usava medicamento para afinar o sangue porque não fazia sentido na cabeça da médica eu pesar 110 quilos, ter 40 anos e ser totalmente saudável, ela achou que eu estava mentindo para ela (participante).

Os médicos nunca acreditam nos meus exames de sangue sempre usam a frase "Não pensei que fossem estar bons" (participante).

Médicos associando qualquer meu problema de saúde ao meu peso, ou ficando chocado e desdenhando de resultados de exames dentro dos padrões de normalidade mesmo eu sendo obesa (participante).

De forma simplória e generalista, os profissionais de saúde tratam todos os corpos gordos como se fossem iguais, profetizando e estabelecendo associações sem levar em conta as individualidades de cada caso. Essa concepção antecipada chega ao extremo de fazer com que os profissionais de saúde não acreditem em exames laboratoriais, pois é inconcebível uma pessoa gorda não tenha exames alterados.

Sempre ser encaminhada para falar de dieta e com nutricionista/endócrino e me pedirem exame de tireoide toda vez que piso num médico, mesmo eu dizendo que nunca deu alteração. Fora o hemograma para detectar alterações que nunca existiram. Teve ano que cheguei a fazer 6 hemogramas (participante).

Depois dos exames feitos e tudo estando ok, o médico ficou chocado, dava para ver na cara dele que ele não acreditava que tudo aquilo de exame que ele pediu estava bom, daí ele me disse que ele não podia me garantir que amanhã ou quando eu fizesse noventa anos os resultados não alterariam, e por isso eu precisava emagrecer. Nunca mais voltei (participante).

É importante lembrar que nem todas as pessoas gordas exibem as mesmas alterações hormonais (ALBURY et al, 2020). Nem sempre se pode estabelecer relações causais entre peso e processos de adoecimento, e muito menos condenar uma pessoa à morte. Até mesmo porque, as doenças crônicas são multifatoriais, não são exclusividades das pessoas gordas. Essa compulsão pela patologização do corpo gordo faz com que as pessoas gordas relatem a percepção de que o profissional fica obcecado em procurar doenças relacionadas ao peso e não consiga aceitar a ausência de comorbidades.

4.4.3 Culpabilização e advertência baseada no medo

Os profissionais de saúde têm dificuldade de reconhecer os limites do próprio modelo assistencial biomédico sem cair na culpabilização da pessoa gorda (BURLANDY, 2020). Essa culpabilização pelos profissionais de saúde aparece quando o atendimento de saúde começa com uma bronca ou sermão relacionado ao peso, demonstrando como os profissionais costumam atribuir a culpa às pessoas gordas pela sua condição.

A primeira vez que eu tenho noção foi quando fui em um alergologista, pois estava emolada por conta de um medicamento e ele disse que eu tinha que subir na balança

para continuar a consulta. Me deu um sermão, me mandou perder peso e só depois me deu um remédio para alergia (participante).

Uma nutricionista, ao ouvir que eu tinha emagrecido por volta de 20kg, olhou novamente meu peso anotado na ficha e disse "nossa, e você nunca se preocupou com a sua saúde antes?" (participante).

Quando eu tinha por volta de 8 - 9 anos o endocrinologista brigava comigo por eu não ter emagrecido (participante).

Devido a dores na lombar causada por um acidente de moto e uma anomalia na coluna, fui encaminhada para uma acupunturista. Chegando lá primeiramente respondi um questionário gigantesco com perguntas extremamente invasivas e delicadas. Quando fui chamada, fiquei mais de meia hora sentada no consultório ouvindo insultos tais como "olha o seu tamanho", "você com essa idade não era pra ter chegado nunca nesse peso", "era pra você estar vivendo a melhor fase da sua vida, mas tá aí gorda e triste se lamentando pela vida", "você acha que suas dores são por causa do acidente ou da vértebra amais que você tem? Sinto muito te dizer, suas dores são exclusivamente por causa do seu peso" entre outras ofensas (participante).

A responsabilização individual de autocuidado muitas vezes reforça essa perspectiva culpabilizadora, e como as pessoas gordas são rotulados como aqueles que não se cuidam ou que não querem se cuidar estas podem ser punidas pois falharam moralmente (BURLANDY, 2020). Além disso, a culpabilização é poderosa em controlar e manter a ordem social, pois gera julgamento, desaprovação e estigmatização. Neste caso, o transgressor sente-se culpável e merecedor de punições, pois falhou em escolher as prioridades da sua vida (CASTIEL, DIAZ, 2007).

A visão predominante de que a causa da obesidade é resultado de alterações emocionais, vício ou dependência de comida e baixa autoestima também reforça o processo de culpabilização (CORI, PETTY, ALVARENGA, 2015). Está enraizado nos próprios profissionais o discurso culpabilizante "é gorda por que quer" como se as pessoas fossem gordas por preguiça e falta de autodisciplina (CARR, JAFFE, FRIEDMAN, 2008). Como por exemplo, na pesquisa de Cori, Petty e Alvarenga (2015), onde os profissionais responderam que o problema poderia ser resolvido com "força de vontade" e o que falta é motivação para alcançar o peso ideal.

Ser diagnosticada visualmente como obesa, atribuir todo e qualquer problema de saúde à obesidade e ser responsabilizada/culpabilizada por ser gorda e doente (participante).

O médico olhar para mim, e me perguntar: "você sabe por culpa de quem você tem isto, né?" Se referindo à queixa de dor por fascite plantar... Outras vezes... Dizer que para passar as minhas dores nos ossos era só uma questão de eu "ter uma forcinha se vontade". Mesmo quando eu estava me submetendo com empenho às dietas restritivas (participante).

Um endocrinologista me acusou de não ter força de vontade para emagrecer e começou a frase dizendo "o problema de vocês gordos é esse" (participante).

A médica disse que "é uma vergonha uma garota de 24 anos estar tão gorda e com gordura no fígado" com a estagiária rindo da minha cara (participante).

O educador físico ficava me menosprezando o tempo todo, desde o momento da avaliação, dizia que eu era gorda porque queria e que eu não fazia o suficiente para emagrecer (mesmo sem conhecer nada sobre mim e se tem uma coisa que eu tenho é consciência tranquila quanto à alimentação e exercício físico) (participante).

Um cardiologista disse que uma pessoa gorda é como um viciado em drogas. Que só pode se tratar se decidir fazer isso por conta própria (participante).

Consultório médico (de plano de saúde), a médica olhava com indiferença, fazia comentários grosseiros do tipo "você é gorda porque quer". Ninguém é gordo porque quer! eu parei de ir a médica na terceira consulta. Já sei que estou mal, não preciso ser mais maltratada (participante).

Esses relatos vão ao encontro com o trabalho de Jimenez (2020), que em suas conversas com mulheres gordas sobre gordofobia na saúde relatam que a "[...] pessoa é vista como responsável por ser grande, e ser grande é algo abominável e que deve ser repreendido [...] somos castigadas por sermos gordas" (JIMENEZ, 2020, p.159). E como ser gordo é visto como uma falha moral, é comum o discurso de que a pessoa gorda está nessa condição porque "falta vergonha na cara".

Durante uma consulta com um nefrologista após uma crise de cólica renal, fui questionada sobre "não ter vergonha na cara" por ser tão gorda (participante).

Acho que uma frase clássica que eu sempre escutei "você não tem vergonha na cara não desse peso todo?" (participante).

Outro episódio com nutricionista: " Cara! Como você se largou deste jeito?" (participante).

Ao chegar na unidade de saúde do meu bairro para uma consulta com uma endocrinologista, fui encaminhada para a técnica de saúde a qual durante os procedimentos básicos falou: Você deveria ter vergonha de ter chegado a esse peso, um pouco de esforço sua situação estaria diferente. Ao indagá-la a mesma falou que também já foi gorda antes do procedimento de bariátrica e soube como era ter vergonha de si mesma por isso estava me dando umas dicas (participante).

Outro episódio com nutróloga em 2008, depois de engordar mesmo tendo tomado anfepramona por ela prescrita, e ter feito dieta: "você deveria se olhar no espelho e ver a mulher horrorosa que você é, e tomar vergonha na cara para emagrecer" (participante).

Uma outra forma de culpabilização mencionada, foi em relação às mães das crianças gordas. Segundo Lupton (2018), especificamente as mães são vistas como as principais responsáveis em monitorar o peso de seus filhos e filhas. Essa responsabilidade acompanhou o momento que as mulheres começaram a trabalhar fora de casa, as quais tornaram-se alvo de críticas como negligência aos seus filhos (não garantindo uma dieta saudável) (LUPTON, 2018).

Já passei por outros profissionais que sem sequer olhar meus exames me perguntaram se eu estaria querendo morrer. Um outro que disse que eu queria matar meu filho pois ele também estava acima do peso. E outras inúmeras situações que nos deixa constrangida por estar acima do peso e precisar do serviço de saúde (participante).

Era uma pediatra, que sempre cuidou de mim, na época não tinha noção nenhuma e sempre acreditei no diagnóstico de morte, foi uma tortura para minha mãe, pois ela sempre achou que foi culpa dela eu ter engordado e a médica fazia questão de enfatizar isso (participante).

Por diversas vezes, mas a que mais me marcou foi um endocrinologista que questionou minha mãe por eu ser obesa e ela ser magra! Acusou minha mãe de ter negligenciado minha saúde, até acusações de abuso ele fez sem ao menos me conhecer (participante).

Os médicos eram rudes e culpavam minha mãe por eu ser criança obesa (participante).

Por diversas vezes, mas a que mais me marcou foi uma endocrinologia que questionou minha mãe por eu ser obesa e ela ser magra! Acusou minha mãe de ter negligenciado minha saúde, até acusações de abuso ele fez sem ao menos me conhecer (participante).

As mães são retratadas como irresponsáveis, permissivas, fracas, incapazes de disciplinar seus filhos (fora do controle) como se houvessem falhado em protegê-los (LUPTON, 2018). A culpabilização das mães pode chegar ao ponto de acusações de abuso infantil e até mesmo ameaças para remover as crianças gordas de suas famílias (LUPTON, 2018). Além da responsabilização das mães, a culpabilização das pessoas gordas já inicia durante a infância e/ou adolescência e está acompanhada de prognósticos sobre o futuro de forma a aterrorizar a criança gorda.

Cheguei uma vez a ir em um endocrinologista na época que ainda usava o plano particular, quando criança. O médico me humilhou, disse que eu era um caso urgente, que eu era feio, que ninguém jamais ia me desejar daquele jeito e que eu tinha urgentemente que emagrecer, caso contrário eu seria um adolescente solitário, triste e feio. Foi terrível, eu lembro que chorei escondido depois quando cheguei em casa (participante).

Quando criança escutei que se depois que eu menstruasse nunca mais iria emagrecer e seria uma adulta com problemas de saúde e obesa (participante).

A endócrino pediátrica que me acompanhava quando eu tinha 8 anos por causa de puberdade precoce e que abriu uma folha quadriculada na minha frente, com a minha curva de crescimento e disse que se eu não emagrecesse até determinada idade, eu nunca mais ia conseguir ser magra (participante).

[...] além de profissionais de educação física na academia onde apertaram a minha barriga mostrando que eu deveria "me livrar disso", e de um professor de educação física do meu colégio onde me disse que eu iria morrer antes dos trinta anos (participante).

De acordo com Albury et al (2020), ameaçar sobre os riscos de complicações futuras não é útil, pois intimidar os pacientes é desnecessário e potencialmente contraproducente

(WARD, GRAY, PARANJAPE, 2009). Porém, conforme relatado pelas participantes da pesquisa, o atendimento de pessoas gordas está acompanhado de terrorismo psicológico ao longo de toda sua vida, como uma forma de convencer a pessoa da necessidade de perder peso.

Em um consultório, há muitos anos, o médico pediu que eu tirasse as roupas para pesar e após examinar meu corpo exclamou "Menina, o que você fez com o seu corpo? Você o destruiu, agora ele nunca mais será o mesmo! Está horrível! Mas não se preocupe, vamos tentar dar um jeito. Temos vários tratamentos para oferecer." Comecei a chorar na hora e ele completou: "Chorar é bom, mas não resolve" (participante).

Ainda quando pequena, após o diagnóstico de dm1, a nutricionista que me consultava frisava em todas as consultas, que aconteciam de 3 em 3 meses de que eu estava gorda, e precisava emagrecer e ficava frisando sempre nas consequências que o diabetes poderia me trazer como câncer (ela sempre falava isso), perda de membros como pé, perna e por aí vai (participante).

Eu tinha sofrido uma queda e machucado meu pé e fui à clínica de ortopedia. O médico em questão disse para mim que eu nunca mais poderia voltar a dançar e nem nunca seria uma boa profissional de educação física por ser gorda (sim, ele usou essas palavras. E eu faço faculdade de educação física). Sai chorando de lá, desolada, porque já estava sensível por estar machucada e pela dança ser a minha vida (participante).

Alguns anos atrás na minha primeira consulta com a ginecologista ela só falou "você precisa emagrecer porque daqui a pouco você não vai nem conseguir andar" (participante).

Dentre várias consultas que fui levar minha filha, duas me chamaram atenção. Em um otorrino, que invés de consultar minha filha ficou dizendo que eu ia morrer que estava muito gorda e no pediatra dela, que consultou ela e disse não pode puxar a sua mãe, olha o tamanho dela e aí por diante começou, tem que emagrecer se não vai morrer (participante).

Não vou entrar em grandes detalhes, pois acredito que não acabe aqui, mas tive uma época muito ruim de depressão, e acabei tomando diversos remédios que tinham no armário da minha casa, inclusive uma caixa de desobesi-m (acredito que esse era o nome do remédio). Acabei parando na UPA para fazer lavagem estomacal. Devido aos medicamentos, eu não lembro de tudo daquele dia, tenho apagões na minha memória. Mas lembro muito bem do médico perguntando se eu tinha feito aquilo para emagrecer. O que garanto que não foi minha intenção. E lembro dele focar no meu peso e começar uma longa conversa sobre como a obesidade é perigosa (participante).

Disse que meu corpo é como um carro que está carregando sete pessoas dentro, os pneus estão estufados, não tem como uma hora o carro vai parar (participante).

Médico disse que se eu realmente amasse minhas filhas tinha que emagrecer porque eu estava muito gorda (participante).

Meus exames clínicos geralmente são muito bons. A resposta comum dos médicos, ao lerem os exames, com pouca variação, é: "Mas com seu peso, você sabe que isso muda de uma hora pra outra e que você vai morrer mais cedo, né?" (participante).

Mesmo a maioria dos estudos demonstrando que o uso de táticas de intimidação não é eficaz e reduz a receptividade aos aconselhamentos dos profissionais de saúde (WARD, GRAY, PARANJAPE, 2009), parece ser comum esse tipo de abordagem com as pessoas gordas.

Eu indo no angiologista pela segunda vez, pelo SUS, e ele gritando comigo sobre eu ter engordado e "onde eu ia parar". Ainda complementou que se eu não fizesse logo a bariátrica (que eu não queria fazer) eu poderia logo morrer (participante).

Uma cardiologista praticamente gritou me pedindo para sumir da frente dela e só voltar quando eu emagrecesse e que do jeito que eu estava, ela não queria perder tempo. E que provavelmente eu não voltaria pois iria morrer de enfarto (participante).

Um cardiologista já me disse que eu não chegaria aos 50 anos (na época em que eu ainda estava na categoria "sobrepeso"), apesar de eu ter feito todos os exames e nenhum apresentar qualquer patologia ou sinal de patologia (vale dizer aqui que eu nunca mais voltei a um cardiologista) (participante).

Tenho problemas de circulação que não foi diagnosticado, fui num médico de família (guru do meus pais) para ver se ele descobria algo... eu como muito pouca carne, não tomo leite por ser intolerante e sempre procuro me alimentar bem pois ainda sigo o tratamento da anorexia mas engordei 20kg desde que comecei o acompanhamento... o médico apenas me pesou, aferiu minha pressão (13/8) e começou a dizer que eu devia parar de comer batata frita e refrigerante... não comer bolo e doces e praticar atividades que não me dessem fome (ele recomendou 2 horas de caminhada leve todos os dias -sendo que faço 1h30 de musculação 3 vezes na semana e que trabalho das 8h às 17h e estudo das 19h às 23h de segunda a sexta -coisa que eu já tinha comentado com ele). Ele comentou que eu devia rever minhas prioridades ou morreria por obesidade antes dos 30 anos. Outro caso foi no gastro pois tenho muito refluxo e azia por vomitar por anos seguidos... ele me recomendou uma dieta "leve" que resolveria o problema. Todos os casos também foram acompanhados de machismo e foram feitos por médicos homens (participante).

Já adulta, o cirurgião que fez a retirada de material para a biópsia do linfonodo foi ao meu quarto após a cirurgia me dizer que eu não ia morrer daquilo que me levou a fazer biópsia e sim de obesidade, pois ele teve muito trabalho comigo na mesa de cirurgia por ter apneia (participante).

Conforme os relatos os profissionais de saúde dão uma sentença de morte à pessoa gorda sem nem conhecer o caso clínico, utilizando-se da sua autoridade técnico-científica. Numa explícita tentativa de convencimento e colaboração do paciente utilizando coerção e ameaça (MARTINS, 2004; AGUIAR et al, 2013). Disfarçada de mera preocupação com a saúde da pessoa gorda, a culpabilização e advertência baseada no medo são utilizadas como táticas de cuidado em saúde. Mas é necessário que os profissionais de saúde tenham consciência das consequências de suas abordagens baseadas no medo e na culpa, pois estas geram traumas e pavor de ir aos serviços de saúde.

4.4.4 Abordagem violenta

Conforme Da Silva e Deslandes (2021), as pessoas gordas são mal acolhidas e mal atendidas pelos profissionais de saúde, pois a busca por cuidado é acompanhada de ameaças, constrangimentos, humilhações. São inúmeros os relatos de pessoas gordas hostilizadas, envergonhadas, ridicularizadas e desrespeitadas por profissionais de saúde (SILVA, SANTOS, 2019). Essa forma de abordagem também foi relatada pelas participantes da pesquisa.

Recentemente fiz uma cirurgia e ao prescrever o medicamento o médico disse ridicularizando na frente de várias pessoas que eu tinha que tomar 2 comprimidos por ter mais de 70 kg, mas que normalmente era só um. Ficou o tempo todo falando isso (participante).

Recentemente, em uma unidade básica de saúde do meu bairro, passei por um grande constrangimento quando o enfermeiro falou em alto e bom som que eu estava 40 quilos acima do meu peso segundo parâmetros do IMC, que segundo ele era um absurdo (participante).

A pesagem antes da consulta, que chamam de triagem, sempre há uma certa humilhação e opinião não solicitada (participante).

Por diversas vezes na adolescência era colocado por endocrinologistas para realizar pesagem na sala de espera, acontecendo de o médico rir e falar o peso alto, com pessoas conhecidas e desconhecidas por perto (participante).

Segundo os relatos das participantes, é recorrente (e já se inicia na infância) a utilização de uma abordagem hostil e atravessada por desrespeito, que beira a violência, durante o atendimento de saúde das pessoas gordas. Conforme Aguiar et al (2013), o foco somente no corpo biomédico e o não interesse pela pessoa conduzem o atendimento para um fracasso técnico e prático que pode terminar em violência. Os mecanismos de violência podem ser muito sutis, disfarçados e mais difíceis de serem percebidos na relação entre profissional e paciente, principalmente devido à relação hierárquica (AGUIAR, D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, 2013).

Além disso, a violência institucional pode ser travestida de prescrição/recomendação para o “bem” do paciente – dificultando que o paciente identifique essa prática como um tipo de violência - fato que é invisibilizado e banalizado no cotidiano dos profissionais (AGUIAR, D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, 2013). Como por exemplo, um relato recorrente foi o profissional de saúde mandar “fechar a boca”, pode parecer inofensivo, mas está acompanhado de ironia e agressividade.

Fui à dermatologista para cuidar de um problema de pele e a médica passou toda a consulta falando do meu peso e, inclusive, esqueceu de me prescrever a medicação para a pele. Outra vez fui também a outra dermatologista para fazer uma avaliação de umas manchas na pele que estavam mudando de cor e tamanho. Ela olhou para mim e disse "precisa fechar essa boquinha, né? Precisa perder peso" (participante).

Certa vez eu havia emagrecido vinte quilos e fui a uma cirurgiã plástica para saber se podia fazer abdominoplastia. Ela olhou para mim e disse: "continue com a boca nervosa fechada e perca mais 5 quilos, aí volte" (participante).

Consultório do plano de saúde: Tenho ovários policísticos e fui levar o resultado da ultra para uma nova ginecologista porque a minha havia saído do plano. Me enfiou anticoncepcional, que não trata nada, e disse: vai ser até bom né, porque no tratamento você vai emagrecer e me mandou fechar a boca (participante).

O médico psiquiatra me levou a dizer que o fato de eu ter fobia social era minha aparência. Ele desconsiderou a minha resposta de que eu não sabia o porquê, e ficou elaborando questões sobre o meu o corpo. ele perguntava se eu não me achava feia, se eu não me incomodava com meu corpo e eu negando tudo. não porque eu não tenho

questões como meu corpo, mas sim porque como eu já tinha dito eu não sabia identificar o motivo de minha fobia social. Até que depois de tanto forçar eu resolvi "admiti" que o problema era meu corpo para ver se ele me deixava em paz, e me indicaria tratar na psicoterapia né. Mas não, depois que eu "admiti" algo que nem era verídico, ele apenas me indicou fazer dieta, com um tom irônico de como quem diz: "sua fobia social vai ser resolvida se você fechar a boca" (participante).

Em janeiro de 2018 eu fui ao ortopedista por conta de dores no joelho direito. Eu havia sofrido um acidente de moto em 2014 e desde lá eu comecei a ter essas dores no ligamento do joelho. Eu fui até o consultório do Dr. Paulo, especialista em joelhos, antes que eu pudesse contar minha história e dizer sobre o acidente, ele já começou a fazer insinuações sobre meu peso e de como esse era o único motivo para eu ter dor. Eu tentei questionar, falar do acidente, ele me cortava e dizia que isso não importava, o que eu tinha que fazer era fechar a boca: "Você consegue ir a uma festinha de criança e ficar sem comer um salgadinho? Pois vai ter que aprender". Ele não me conhecia, não me perguntou nada do histórico, não quis nem ouvir as coisas sobre as dores, a frequência, intensidade, ele ficou me ridicularizando, perguntando se eu tinha força de vontade, foi horrível! Eu nunca tinha sofrido um episódio tão descarado de gordofobia, sai de lá aos prantos! (participante).

Segundo Aguiar, D'Oliveira, Schraiber (2013), os profissionais de saúde se utilizam de piadas, brincadeiras e jargões de humor, acompanhados de um elemento agressivo, para aliviar a tensão da socialização entre profissional e paciente. O trabalho de Sampaio (2018) teve por objetivo investigar como o discurso gordofóbico pode ser mascarado de discurso humorístico, situação também relatada pelas participantes da pesquisa.

Tinha um médico que sempre brincava comigo com certas piadinhas gordofóbicas, eu levava na esportiva e ria também, mas ele não fazia ideia do quanto isso me machucava por dentro, ficava mal, saía do consultório achando meu corpo horrível (participante).

As piadas não são ingênuas, apesar de serem revestidas de tom de brincadeira, elas "[...] "brincam" com temas sérios expressados num discurso velado, revelador do verdadeiro dizer" (SAMPAIO, 2018, p.21). Segundo Sampaio (2018), a piada retrata o ridículo e tem a função de abjeção, ou seja, um discurso degradante, preconceituoso, agressivo, ridicularizante, cruel que provoca desconforto e estereotipa a pessoa gorda. Sendo assim, a gordofobia se expressa no gênero piada, enquanto um discurso opressor que fomenta e dissemina o ódio e intolerância (SAMPAIO, 2018).

Os comentários são constrangedores, maldosos, desagradáveis e ofensivos, que na realidade podem se configurar enquanto agressões verbais, físicas e psicológicas. Agressões que utilizam de linguagem ofensiva com o objetivo de rejeitar, aterrorizar, humilhar, isolar, criticar, menosprezar e ofender (MINAYO, 2006). Nos relatos abaixo, é possível identificar alguns comentários totalmente desnecessários realizados por profissionais de saúde:

Eu fui a um endócrino que já me acompanhava há anos, mas ao qual eu não ia por pelo menos um ano, porque ele sempre me colocava pra baixo, enfiava remédio e falava tudo de ruim sobre o meu corpo. Eu tinha engordado ainda mais desde a última

consulta e, quando ele me viu, me informou que não havia me reconhecido, pois eu estava deformada. Eu me segurei na hora, fiz a consulta e, assim que pisei no corredor do prédio, comecei a chorar copiosamente. Só me dei conta da violência da fala e da gordofobia anos depois (participante).

Eu fui na UPA porque sofro de crises de ansiedade e ataques de Pânico. Então, na triagem uma enfermeira mediu minha pressão e acredito que com o intuito de me distrair após o ocorrido ela disse o seguinte: "pra que ter ansiedade, tu és tão linda de rosto só precisa de uns quilinhos a menos". Sim galera, de uma ENFERMEIRA uma profissional da saúde me dizendo que não precisava dos meus ataques de Pânico porque eu era linda. E além de tudo foi gordofóbica (participante).

Também de outra nutricionista: "veste preto e vai para a academia, assim disfarça seu peso" (participante).

Aos 18 anos fui a um cardiologista fazer exames, e fiz o exame da esteira. Nesse procedimento precisei tirar a camiseta, e o médico começou a falar do meu corpo como era "feio", que eu tinha "seios" e várias estrias, que era um absurdo, que eu precisava emagrecer. Que o filho dele da mesma idade tinha um físico x, fulano y. Fiquei muito mal (participante).

Fui ao ginecologista para fazer exames de rotina, e disse que gostaria de mais alguns exames, relatei que meus pelos aumentaram e o fato de estar fazendo dieta e academia e mesmo assim não conseguia emagrecer, alguns sintomas que poderiam ser ovário policístico, ele me olhou e disse: dá para ver que você gosta de comer (participante).

O primeiro que consigo me recordar, eu devia ter 14 anos, fui em um UPA, próximo a minha casa, lá fiz uma coleta de sangue e quando me levantei desmaiei, a 1º coisa que ouvi quando acordei, da técnica de enfermagem foi " não desmaia novamente não, pois você está muito pesadinha" (participante).

Em um consultório de cardiologia, pois estava com os BPM altos por causa da ansiedade e queria saber se poderia tomar algum medicamento e se estava tudo bem com meu coração, resumidamente ele falou que eu tinha que emagrecer 15 quilos e depois voltar lá, porque uma pessoa saudável tem X batimentos. Disse que se tenho tempo para comer tenho para fazer exercícios (participante).

Quando tinha 12 anos precisei me consultar com endocrinologista na policlínica da minha cidade para solicitação de exames de rotina por que passaria por uma intervenção cirúrgica. a médica me mandou entrar no consultório e, antes de averiguar algo relacionado a especialidade dela, olhou para mim e fez o seguinte comentário: hoje só veio obeso para mim viu? e riu. depois me pediu para subir na balança e aferiu minha altura, calculou meu IMC. olhou para mim e disse que só passaria os exames caso eu perdesse 4 quilos em uma semana e puxou uma dieta da gaveta. quando eu ia saindo, me perguntou se eu namorava, eu disse que não. Ela respondeu: é devido seu peso, ninguém quer se relacionar com um "gordinho" (usou aspas), acredite eu mesmo não deixaria minha filha nem ser sua amiga. e me pediu para sair da sala (participante).

Teve uma psicóloga que me disse que ninguém pode ser feliz gordo, e outra disse que parte do meu problema era que eu ficava tentando ser "uma gordinha feliz" (participante).

Uma vez um médico falou que eu estava comendo muito churrasco e pegou na minha papada. Eu tinha ido me consultar sobre redução de seios, tinha 20 anos (participante).

A última, foi minha ex-psicanalista, que me disse que meu corpo era um 'excesso', um 'exagero' e que seria inevitável que todos os profissionais da saúde o tratassem desta forma (participante).

Esses tipos de comentários não têm nada de preocupação com a saúde das pessoas gordas, na verdade expressa que os profissionais de saúde acreditam que podem dizer o que quiserem. No estudo de Ward, Gray e Paranjape (2009), foi exposto pelos participantes que a forma como as coisas são ditas é de suma importância, mencionaram a importância da habilidade de comunicação do profissional, também foi enfatizada a necessidade de o profissional demonstrar respeito, não realizar julgamentos e expressar preocupação sincera com o bem-estar do paciente. Ademais, profissionais desrespeitosos acabam agindo de forma contraproducente, pois aumentam a sensação de desesperança e atrapalham no engajamento do tratamento (WARD, GRAY, PARANJAPE, 2009). Além de comentários desnecessários e piadinhas, há um tom de agressividade na abordagem dos profissionais de saúde.

Já fui recriminada por ter engordado depois de uma cirurgia. O médico gritava que eu estraguei o trabalho dele e que se eu estivesse daquele tamanho ele nunca teria me operado (participante).

A última vez foi na semana passada, segunda-feira. Eu estava com suspeita de covid-19 e ia passar por exames. A enfermeira me tratou mal. Primeiro que me perguntou de quantos meses eu estava, mas eu não estava grávida, me olhou com olhar de nojo e disse "achei que estava pelo tamanho da barriga". Em seguida me falou: "deve tá com covid mesmo, gordo atrai doenças" (participante).

O médico endocrinologista da equipe da cirurgia bariátrica se mostrou indignado com o fato de eu ter tido reganho de quase todo o peso após anos da cirurgia, sugerindo que eu havia "perdido a chance" e ficou perguntando o que eu comia de forma ríspida e irônica, questionando se eu me "afundava" num prato de strogonoff ou se sentava numa churrasqueira e comia até não aguentar mais, etc. Quando neguei que me comportava assim ele mostrou que não acreditava, então como eu "tinha deixado ficar desse tamanho de novo", sugerindo relaxamento (participante).

Essa agressividade pode acabar em insultos que reforçam estereótipos negativos em relação às pessoas gordas como largadas, preguiçosas, relaxadas, carentes, mentirosas, gulosas e desajeitadas. Ou seja, o profissional de saúde extrapola o plano técnico-científico, deslizando seu juízo profissional para o plano da moral (SCHRAIBER, 2008). E ao emitir um juízo moral decorrente da aparência há um reforço dos estigmas relacionados ao peso.

No consultório particular o médico disse que eu estava com a imunidade baixa porque era preguiçosa, que eu precisava fazer atividade física e que meu peso já mostrava isso (participante).

Fui xingada por um médico por ser "largada", e durante a gravidez uma técnica disse que eu nem parecia grávida, com ar de deboche (participante).

Em um outro momento, após ter passado por um período conturbado de chegar ao peso ideal e ganhar mais que o dobro do que tinha, fui à uma nutricionista na esperança de começar uma reeducação alimentar. Na consulta expliquei para ela que estava com ovários policísticos e que minha endocrinologista trabalhava com o fato de que isso poderia ser uma das causas de eu ganhar peso muito rápido e não conseguir perder ou

manter o peso. Ela simplesmente falou que eu era mentirosa e uma relaxada, que ela tinha o mesmo problema e era magra, eu estava gorda por ser relaxada (participante).

Esses achados corroboram com Rubino et al (2020) que descrevem que os estereótipos baseados em peso incluem generalizações como: pessoas gordas não possuem força de vontade e disciplina, são incompetentes e desmotivadas para cuidar da sua saúde. Outra forma de agressão relatada pelas participantes, é quando os profissionais utilizam da palavra “gorda” de forma ofensiva.

No SUS aconteceu uma vez de uma enfermeira comentar como eu "imensa de gorda", na época eu tinha 110 quilos (participante).

Em uma realização de ultrassom torácico, recebo com rispidez orientações de como me posicionar para o exame. Após, pergunto ao médico que o realizou se há alguma alteração. Com grosseria e ironia ele responde que "AINDA não, mas se eu continuar gorda como estou é claro que terei em breve muitos problemas" (participante).

Eu estava a alguns dias com perna inchada e braços também muito inchados. No início suspeitei ser por calor, porém estava preocupada pois minha família tem histórico de trombose. Fui ao clínico geral do plano de saúde que pagava acompanhada de meu companheiro. Ao chegar lá, me sentei e contei tudo isso para o doutor. Ele segurou um sorriso de deboche e disse: “você está inchada porque você é gorda”. Na hora eu ainda voltei a explicar a ele dizendo que não era esse meu normal, que eu estava sentindo estranha e se ele não iria me examinar por conta do risco de trombose. Ele pegou um palito de madeira que usam para colocar na boca e apertou a minha perna e disse que eu estava assim porque estava gorda mesmo, que eu precisava era emagrecer. (Eu sou uma gorda menor). Meu companheiro na hora percebeu meu constrangimento, eu segurei o choro e disse ok. Ele me tirou rapidamente dali, pois não sabíamos como reagir...não imaginávamos que um médico faria isso comigo. Saindo da sala, pedi ao meu companheiro para ir ao banheiro e chorei muito (participante).

A abordagem hostil e agressiva pode chegar ao ponto de desumanizar, animalizar e bestializar a pessoa gorda. Ao fazer essa comparação da pessoa gorda com um animal, o profissional ignora a sua humanidade, desconsidera suas múltiplas dimensões e reduz a sua existência ao seu peso. Esse tipo de violência foi relatado pelas participantes até mesmo quando eram crianças.

[...] com 19 anos minha mãe me levou na endócrino para tomar remédio e ela me chamou de hipopótamo (participante).

O médico ortopedista me disse para passar fome que estava gorda igual uma porca (participante).

Quando tinha uns 14 anos, um médico que minha tia me levou, se não me engano, endocrinologista (era para perda de peso mesmo), me chamou de jaca, molenga e coisas do tipo. Eu só me recusei a voltar nele (participante).

Um médico que me tratava e a minha família, quando eu tinha em torno de 8-9 anos, me chamava de balofa e atribuía qualquer problema que eu tinha ao meu peso ou alimentação (participante).

No consultório de uma nutricionista, eu e meu filho (com 7 anos na época), fomos insultados com o discurso de que comíamos como porcos, por ingerir alimentos muito processados. Não satisfeita ainda, se dirigiu ao meu filho dizendo que ele estava ficando com corpo de menina por estar acima do peso, se referindo ao peito. Em outra ocasião fomos constrangidos pela pediatra de uma clínica particular pelo peso do meu filho. Ela foi agressiva com palavras ao me culpar pelo peso dele (participante).

O profissional atribui à pessoa gorda traços físicos e características comportamentais de animais, desumanizando-a, ou seja, a pessoa gorda perde os atributos de ser humano. E a desumanização da pessoa gorda dá a permissão de humilhar, desrespeitar, inferiorizar e envergonhar, pois ao perder a humanidade também perde os seus direitos. Porém, esse tipo de abordagem fere o Código de Ética Profissional, pois é vedado tratar o ser humano sem civilidade, desrespeitar a sua dignidade ou discriminá-lo (CFM, 2010, p. 37). Benedetto e Gallian (2018) indicam que o enfoque biomédico do ensino e da prática das ciências de saúde também contribui para o processo de desumanização.

Sendo assim, a degradação da qualidade ética nas interações entre profissional e paciente em grande parte é responsável pela crise de confiança e quebra de vínculo (AGUIAR et al, 2013). Conforme Deslandes (2004), ir contra a violência é o primeiro passo para resgatar a humanidade do atendimento, pois a violência representa a negação do outro em sua humanidade. De acordo com Armendane (2018), as atitudes de cuidar e respeitar são maneiras de valorizar intrinsecamente os seres humanos. O ato de cuidar pretende preservar e proporcionar bem-estar, sem impor procedimentos ou concepções e desconsiderar sua autonomia. Para isso é necessário um cuidado respeitoso que valoriza pressupostos de “não produzir danos”, “não causar sofrimento físico”, “não ofender”, por isso os profissionais de saúde precisam aprender, além de tratar e curar, como cuidar e respeitar (ARMENDANE, 2018).

“Além de todas essas humilhações e desrespeitos sofridos, que causam sérios prejuízos à integridade moral dos pacientes, a abordagem apresentada chega a ser periclitante em muitos casos” (SILVA, SANTOS, 2019, p. 717). E devido à violência verbal e psicológica que pessoas gordas estão expostas nos serviços de saúde, há uma fragilização do seu direito à saúde, agravando as desigualdades em saúde (RANGEL, 2018). Portanto “[...] fica claro que os profissionais da saúde não estão preparados para o tratamento humano das pessoas gordas. A estigmatização é tão forte e naturalizada que a metodologia no trato desses corpos é cheia de preconceito e descaso com suas queixas” (JIMENEZ, 2020, p.159).

4.4.5 Desprezo das queixas e exclusividade do peso

O profissional de saúde vê a pessoa gorda como um problema, um corpo grande e cheio de gordura que requer intervenção. Para os profissionais, parece que o mais importante em um atendimento em saúde de uma pessoa gorda é apontar os riscos da obesidade, a partir dessa concepção o profissional acredita que antes mesmo de se comunicar já sabe o que é melhor para ela e recusa-se a ouvi-la. Conforme Santos et al (2010), a comunicação é determinante na qualidade e na segurança na prestação de cuidados de saúde, pois é essencial para estabelecer o diagnóstico. Porém, as participantes da pesquisa relataram que suas queixas e sintomas são deixados em segundo plano para focar na perda de peso, como se esta fosse a única solução para todos os problemas de saúde.

É recorrente ter a minha queixa deslegitimada em função do meu peso (tudo vai passar se eu emagrecer... como se fosse o único motivo e tratamento) (participante).

Qualquer diagnóstico era vinculado à obesidade, desde dor de garganta ou gripe, o peso era sempre um fator central na consulta (participante).

Chegar na consulta por estar com qualquer coisa e eles relacionam com o peso. Já cheguei com infecção urinária e o médico começou o discurso falando em dieta (participante).

Uma vez quebrei o dedo do pé num acidente de bater o pé na quina e o médico começou a me falar de emagrecimento. Era 100% não relacionado e ele usou a maior parte da consulta (participante).

Qualquer que seja o motivo que procuro atendimento, sempre falam do meu peso. Já quebrei o pé em uma escada e quando cheguei no hospital o médico fez vários comentários sobre meu peso. Isso é colocado em pauta em qualquer atendimento que eu faça (participante).

Estava com uma infecção, diarreia e vômitos. A médica abriu meu histórico do SUS e viu meu colesterol alto e começou a criticar meu peso para uma amiga magra que me acompanhava. E não era por causa da obesidade que eu procurei a UPA. No fim, não voltei buscar os exames e paguei uma clínica particular onde fiz o mesmo exame no dia seguinte (participante).

Eu tentei convencer meu marido a receber orientações nutricionais para hipercolesterol, fui à consulta com nutricionista com ele. A profissional não deu atenção ao hipercolesterol do meu marido, mas disse que (somente) a minha obesidade era um problema, mesmo não tendo nenhuma alteração nos exames. Saímos da consulta sem nenhuma orientação sobre controle do colesterol (participante).

Segundo Santos et al. (2010), já no início da consulta não é dada oportunidade para o paciente se expressar abertamente, poucos são os pacientes que conseguem completar a sua queixa inicial, pois é comum o profissional interromper logo nos primeiros segundos e direcionar a consulta para um problema específico. Desta forma, os pacientes ao tentarem verbalizar suas preocupações ou necessidades são ignorados ou interrompidos pelos

profissionais, e esse constrangimento na comunicação tem consequências no agravamento de saúde de alguns pacientes (SANTOS et al, 2010).

E além de desconsiderar a demanda inicial da consulta, nunca é solicitado consentimento e indagada a disposição da pessoa gorda em tratar dessa questão. Outros estudos apontam essa necessidade de buscar permissão para discutir o peso da pessoa (ALBURY et al., 2020). Ou seja, o profissional deveria primeiro avaliar a prontidão do paciente para discutir sobre seu peso e averiguar suas experiências anteriores (WARD; GRAY; PARANJAPE, 2009). Pois, a constante perseguição e insistência sobre o peso foi relatada enquanto um impacto negativo na confiança (WARD; GRAY; PARANJAPE, 2009).

Ademais, os profissionais de saúde devem evitar a tendência de estereotipar seus pacientes, pois nesse processo de formação da imagem do outro, a primeira impressão geralmente está repleta de estereótipos e pressuposições que irão prejudicar a comunicação e diminuir a qualidade do vínculo (CERON, 2010). É possível identificar essas antecipações nos problemas de saúde, nas recomendações e nos encaminhamentos das participantes:

Eu tive um rompimento de tímpano do ouvido direito há dois anos. E depois disso senti que estou ouvindo menos do tal ouvido. Fui a uma otorrino para que ela olhasse o ouvido. Quando eu entrei no consultório, antes do bom dia, ela me disse "que dieta você está fazendo?". Eu fiz cara de confusão e perguntei por que ela estava falando aquilo. Ela respondeu que "pessoas com o seu perfil" sempre aparecem aqui para reclamar de ronco e que isso era "falta de uma boa dieta". Aí eu falei que ia anotar isso para quando eu roncasse, mas que naquele momento eu estava lá para ver o meu ouvido. Como era um dia de trabalho, ela já tinha atrasado muito, tive que me submeter à consulta para ter um atestado de comparecimento. Não cheguei a voltar para mostrar os exames que ela pediu (participante).

Quando passei com um endocrinologista. Eu tinha virado vegetariana e fui ao médico para fazer os exames e ver se estava tudo bem. Antes de qualquer coisa ele já foi me pesando e me falando sobre emagrecimento, sendo que eu nem tinha falado que estava lá para isso. Zombou da alimentação vegetariana, dizendo que se o homem tivesse vivido com os dinossauros eles provavelmente ainda estariam vivos, pois as pessoas fariam eles se reproduzirem para comer! Ele não perguntou se eu tomava remédios, nem se eu queria usar remédios para emagrecer e já me passou uns 3 ou 4, que eu deveria tomar várias vezes ao dia. Me passou uma lista do que fazer de exercícios e orientações de alimentação. Nessa lista, tinha o seguinte: "Assistir TV apenas na esteira, para aproveitar o tempo para se exercitar". Eu não segui nenhuma das orientações dele, fiquei indignada e nunca mais voltei (participante).

A segunda vez, tenho sinusite crônica, e em uma crise com muita dor de cabeça, muito congestionada fui ao pronto socorro, falei para o médico dos sintomas e que já tinha esse problema, e ele perguntou, "já foi num nutricionista?" Eu morrendo de dor disse sim, "você faz exercício físico?" Disse sim por que? "Ah porque precisa de acompanhamento para não machucar seu joelho devido ao peso, vou encaminhar você para o nutri... blá, blá...". Na primeira situação, aguentei quieta e chorei, dessa segunda vez eu o interrompi e fiz um escândalo porque eu estava no meu limite de dor, precisava de remédios, ele ignorou tudo que falei... eu só disse me dá logo a medicação aos berros... ele pediu desculpa disse que eu tinha entendido errado. Eu saí e fiz reclamação dele no hospital. Hoje estudo nutrição por causa disso e espero ajudar as pessoas gordas terem saúde sem cobrança, sem neura (participante).

Fui a uma consulta ginecologista e sai com encaminhamento para uma nutricionista (mas eu já ia), fui no clínico geral pedir exame de sangue e sai com encaminhamento para nutri (eu já ia na nutri), tive um ataque de ansiedade no final do semestre em sala de aula por conta do supercarregamento de atividades no meu dia-a-dia, sai do UPA com encaminhamento para nutri (eu ia na nutri já), tentei suicídio quando estava no pior da depressão e a psiquiatra me mandou para a nutricionista (eu já ia para nutri) (participante).

Segundo Santos et al (2010), recolher informações dos sintomas e dados da história do paciente é imprescindível para realização do diagnóstico, afinal o paciente é o melhor especialista do seu corpo, por isso cabe ao profissional ouvir a sua história e a sua perspectiva da doença. Mas além de não ouvir o que levou a pessoa a procurar o serviço de saúde, o atendimento geralmente se limita ao peso ignorando condições anteriores ou sintomas relatados.

Sem nem sequer ouvir meu relato sobre o que me levava à consulta, o médico disse que tudo era consequência de excesso de peso. E que o único tratamento a fazer era dieta e pronto. Isso é relativamente comum a ponto de eu perguntar a um médico se magros não adoecem e são eternos (participante).

Fui pedir exames no cardiologista, ele me olhou e disse que eu estava gorda e precisava emagrecer. Mesmo antes de ver resultados, analisar alguma coisa sobre mim, ele só sabia meu nome. No fim das contas, minha saúde estava ótima e meus problemas eram de ansiedade (participante).

Médica aferiu minha pressão apertando muito meu braço e justificou que 13/8 era por conta da obesidade, como se fosse pressão alta. 2. Médica disse que minhas dores nas costas eram por conta do meu peso, não considerou que eu trabalho por mais de 12h de pé. Diminuí a carga de trabalho e as dores terminaram, o peso continuou o mesmo (participante).

Fui diagnosticada com uma doença neurológica rara, degenerativa que não tem cura. Os tratamentos para os surtos são feitos com altas doses de corticoide, durante muitos dias de internação. Na primeira internação de 10 dias, sai com quase 15kg a mais do hospital e muitos problemas secundários ao tratamento. E após isso, já sofri muitos casos de gordofobia médica, lembro de um que me marcou. Um dos problemas que adquiri foram na pele, eram erupções, acne e dermatites. Meu neurologista comentou sobre tratamentos dermatológicos que podiam aliviar esses efeitos colaterais do tratamento... procurei um dermatologista, que ao me ver, nem me examinou, não fez pergunta alguma. Só disse que isso era da obesidade, que podia passar vários produtos da pele, mas minha gordura ia continuar pulando na pele. Expliquei a situação, falando em tom mais alto e até um pouco agressivo, pois fiquei realmente ofendida. Ele então escreveu 3 receitas de remédio, produtos de higiene e exames para verificar possíveis alergias (participante).

Outra ocasião foi uma nutricionista, sabendo do meu quadro de bulimia, receitou uma dieta restritiva e me pressionava toda consulta a emagrecer mais (participante).

Os profissionais também costumam duvidar das descrições dos pacientes e essa tendência de descredibilizar as queixas podem se traduz em uma inadequada prestação de cuidado (SANTOS et al, 2010). No estudo de Ward, Gray e Paranjape (2009), os participantes

expressaram frustração e raiva quando o profissional de saúde atribuiu todas as suas queixas ao peso, sem realmente investigar os sintomas.

Tenho hipertensão e cistos muito pequenos nos rins (que não me causam problema, apenas tenho que fazer acompanhamento) que são doenças hereditárias, mas meu nefrologista insiste que é por causa da minha gordura (participante).

Fui encaminhada por uma ginecologista a uma endocrinologista, antes mesmo de ver os resultados dos exames, a Endocrinologista já me passou Dieta... No ortopedista, tenho lesões nos joelhos que adquiri aos 17 anos, devido a erro de um instrutor de academia, e algumas vezes que o problema se agravou e precisei ir ao ortopedista, antes de perguntar histórico, assim que falo da dor, já dizem que é por excesso de peso (participante).

Fui ao um otorrino reclamar que de vez em quando fico com nariz entupido e não consigo engolir, a resposta foi: isso tem a ver com a gordura. Após pedir um exame ele concordou fazer um nasofibrosopia. O resultado foi uma anatomia pequena, excesso de cátar e para finalizar porque também é gorda (participante).

Tenho problemas de enxaqueca, diversas vezes fui ao hospital com crises e sempre me falam do meu peso, mesmo antes de eu dar meu histórico clínico (participante).

Enfim, sem contar os ortopedistas que é de PRAXE, como quando eu estava brincando e caí dentro de um bueiro (kkkkkk) e ouvi que se eu não fosse gorda eu não teria quebrado o pé. Hoje sei que se não fosse gorda TERIA CAIDO NO ESGOTO DIRETO (participante).

Uma das vezes foi: estava com dor no ombro, eu tenho tendinite e vivo tendo dores, naquele dia eu não aguentei de dor e fui para o hospital, o médico disse que era por conta do peso do meu braço (participante).

Numa consulta com dermatologista ela disse que meus pés ressecados eram relacionados ao problema de peso (participante).

Minha ginecologista falava que os problemas que eu tinha eram por conta da obesidade, e simplesmente quando mudei o método anticoncepcional o problema foi resolvido (participante).

Atualmente fui ao médico, por conta de crises de ansiedade. Conteí minha história clínica para o médico e ele disse que tudo isso está relacionado com a obesidade, que eu não tenho endorfinas é que tudo o que sinto é consequência do peso elevado. Não precisei de outros testes clínicos, e logo recebi a receita de medicamentos para controle de ansiedade e peso. Indicação de psicoterapia? Encaminhamento? Nada... apenas medicamentos e um “tome vergonha na sua cara” (participante).

Uma vez, fui a uma consulta com dermatologista devido a uma doença crônica que já tinha diagnosticado antes, a rosácea, que geralmente é por causa genética. Durante a consulta, o dermatologista falou que eu deveria emagrecer pois era a causa do problema, porque o excesso de gordura fazia isso, eu respondi que quando fui magra e pesava 30 quilos a menos estava ainda pior a situação da minha pele devido a rosácea, então ele falou que seria por causa dos exercícios que ajudariam (já não era mais o excesso de gordura) (participante).

Em consultório de angiologia, na primeira consulta, antes mesmo de verificar ou avaliar qualquer exame o médico já informou que meu problema estava ligado ao excesso de peso, é que deveria procurar um endocrinologista, que com força de vontade e exercícios meus problemas desapareceriam (participante).

Pode-se observar que há uma tendência de o peso ser o culpado por todos os problemas de saúde da pessoa gorda (PUHL, HEUER, 2010; OBARA, VIVOLO, ALVARENGA, 2018), o que pode impedir a pessoa gorda de resolver problemas de saúde comuns, pois o atendimento fica restrito ao peso. Conforme Rangel (2017) é comum que o problema de saúde seja atribuído ao excesso de peso de antemão, comprometendo um exame mais acurado sobre o estado de saúde da pessoa gorda, podendo até mesmo mascarar outras possíveis causas.

São inúmeros os casos de mulheres que vão a consultórios e ambulatórios com queixas de dores, manchas ou simplesmente para aferir a pressão, e recebem um tratamento extremamente ofensivo, com um diagnóstico pronto de "obesidade". Por consequência, muitas mulheres deixam de frequentar o médico e, até mesmo, desenvolvem doenças não diagnosticadas, uma vez que, quando atendidas, o foco sempre recai no corpo gordo (JIMENEZ, 2020, p. 158).

Essa exclusividade do peso enquanto causa de todos os sintomas e o emagrecimento como o único tratamento, pode ser observado nos relatos das participantes.

Tenho várias situações, mas a mais recente aconteceu em dezembro do ano passado. Eu fui ao oftalmologista para trocar os óculos e, junto com a minha receita, ele entregou o cartão de uma nutricionista e disse que "emagrecer ajudaria muito". Respondi que não sabia que miopia era uma doença exclusiva de pessoas gordas (participante).

O endocrinologista que cuidava da minha tireoide morreu e fui em outro porque eu tinha retirado um nódulo da tireoide. Eu fui só para pedir os exames e saí de lá com receita de remédio faixa preta, mais uma dieta e sem pedido de exame (participante).

Vou citar a mais recente, fui consultar com um dermatologista pois estava com uma micose na unha. Do nada o médico começou a falar em dieta e exercício físico. A micose na unha e o meu peso não tem relação nenhuma. E ele falou como se fizesse parte do tratamento (participante).

Fui diagnosticada com neuroma de Norton e fascite plantar e a maioria dos ortopedistas me mandava emagrecer. Hoje peso muito mais e raramente tenho crises porque não fico mais 4h em pé por dia no transporte público usando calçado não ortopédico, nenhum nunca perguntou qual era a minha rotina. O neuroma inclusive eu adquiri fazendo atividades física na academia de maneira errada (participante).

Já ouvi, em pronto socorro, para atendimento de um dedão do pé quebrado, que "meu peso não ajudava". Já procurei atendimento para dores de cabeça e ouvi que "primeiro era importante emagrecer" (participante).

Eu com uma inflamação no ombro esquerdo devido ao meu trabalho e o médico disse que o segredo era emagrecer. Só depois da ressonância ele foi levar o caso a sério (participante).

Em um dentista particular, manutenção de aparelho fui informada que se eu usasse direitinho (sem tirar, aparelho móvel) seria ótimo porque iria perder peso, ou seja, benefício duplo. Estava tratando mordida cruzada (participante).

Já fui ao médico, pois estava com febre, garganta inflamada e vomitando e o médico me pesou e disse que eu precisava perder peso (?) (participante).

São muitos casos, mas o mais recente: Eu fui fazer um exame de vista e o oftalmo do SUS e ele me sugeriu emagrecimento. Obs.: eu tenho astigmatismo, até hoje não entendi a relação (participante).

No estudo de Ward, Gray e Paranjape (2009), os participantes expressaram o desejo de que o atendimento voltado para suas queixas e que a perda de peso não seja o único tratamento possível. As falhas na comunicação limitam a troca de informações tanto em quantidade como em qualidade aumentando a probabilidade de realizar diagnósticos imprecisos e propor tratamentos inapropriados que podem impactar na segurança do paciente (SANTOS et al, 2010). Como por exemplo, quando o emagrecimento é o único tratamento recomendado, quando o profissional não dá nenhuma outra orientação em relação ao problema apresentado, quando diz que nenhum outro tratamento terá efeito e que não tem nada para fazer além de emagrecer.

Sentia dor e formigamento no braço direito constantemente, com piora noturna e me foi informado que era pelo excesso de peso que comprimia o membro e causava o formigamento, sem exame clínico, sem anamnese, sem indicação de nenhuma conduta além da perda de peso, com a ressalva que se eu perdesse peso e o problema continuasse deveria voltar para investigar outras causas. Médico de unidade básica de saúde (participante).

Fui ao endocrinologista para tratar minha pele, que estava com cravos e espinhas. A médica, sem perguntar meus hábitos alimentares, disse que enquanto eu não emagrecesse eu teria esse tipo de problema. Fui a outro médico, que me indicou o tratamento e resolveu meu problema (participante).

Outra vez, mais velha, um ortopedista me disse que meu problema no joelho só melhoraria se eu perdesse peso, sendo que na época nem tinha sobrepeso (participante).

Já ouvi que não tinha como fazer mágica, que enquanto não emagrecesse não teria tratamento algum que surtiria efeito em mim (ao consultar por uma infecção intestinal) (participante).

Em uma outra situação, eu tive uma contratatura muscular lombar, procurei ponto socorro devido a intensidade da dor e por não ter melhorado em 2 dias. A dor, foi provocada por um exercício orientado em academia (infelizmente sem a proximidade necessária para corrigir algum evento erro?), o médico disse que a dor foi provocada pelo sedentarismo e obesidade, que o que resolveria seria emagrecer. Achei gordofobia, pois a dor lombar estava claramente associada a um exercício específico feito em academia, e eu já fazia regularmente a pelo menos 3 meses (participante).

A última vez foi numa ida ao uroginecologista no Hospital do Servidor Público Estadual de SP em outubro de 2019, devido a um problema de incontinência urinária. O médico, um residente, afirmou que eu estava com "excesso de peso" (eu sequer subi em uma balança, e tive meu histórico de miomas uterinos simplesmente ignorado) se eu não fizesse dieta e exercícios para emagrecer de nada adiantaria fazer o tratamento ali. Embora afirmasse que já estava passando por um tratamento multidisciplinar para depressão e transtorno alimentar, ele não deu atenção e insistiu para que eu passasse por um nutricionista daquela instituição médica. Nem preciso dizer que até hoje não retornei lá, né? (participante).

Que a minha síndrome dolorosa não existia, que era só emagrecer e a dor ia sumir. Que as medicações para dor deveriam ser cortadas para não engordar (participante).

Qualquer sintoma que eu tenho relacionam com a obesidade. Já tive amidalite e falaram que eu precisava emagrecer. É uma infecção bacteriana, e a recomendação que me deram foi: emagreça (participante).

Caso 1: tenho Joanete no meu pé, ao buscar um tratamento na clínica particular ortopédica do meu bairro foi me passado que enquanto eu não emagrecesse não haveria tratamento possível (participante).

Sentia um nódulo na garganta e o médico me disse que se eu emagrecesse passava e sequer me examinou. Até hoje não investiguei o problema (participante).

Então gostaria de falar sobre o que houve com a minha esposa. Quando ela era um pouco mais nova, ela era gorda, mas bem menos que atualmente, fazia 3h de exercícios três vezes na semana, e um dia, em uma aula de jiu-jitsu, ela caiu de mal jeito e pinçou o ciático, precisando ficar internada e imóvel por um tempo considerável. Para começo de conversa, não houve um cuidado com relação à parada abrupta de atividade física, o que resultou em um ganho de peso considerável. Quando ela foi ao ortopedista, após já ter melhorado parcialmente, queixando dor no joelho e no ciático que havia sido lesionado, ele disse que ela tinha que emagrecer, não havia mais nada a ser feito além disso (participante).

Acredita-se que emagrecimento será resolutivo para todas as queixas, como se todos os problemas de saúde fossem sumir se a pessoa fosse magra. Essa convicção está baseada na abordagem normativa de peso, onde o emagrecimento é visto enquanto única solução para obter saúde (TYLKA et al, 2014). Mas é urgente que as consultas e atendimentos não sejam reduzidas na repetição da necessidade de perda de peso, pois esta conduta pode ocasionar um descaso com as outras condições de saúde da pessoa gorda. Além de que o foco no peso pode favorecer a sobremedicalização da pessoa gorda, que está mais vulnerável a intervenções de forma indiscriminada e compulsória.

4.4.6 Prescrição indiscriminada e compulsória de intervenções

Na parte sobre medicalização já foi debatido sobre as experiências das pessoas gordas em relação a dietas, medicamentos e cirurgia bariátrica. Nesta parte, será possível observar, a partir dos relatos, como as prescrições de tratamentos para obesidade podem se configurar prática profissional inadequada, quando realizadas de forma indiscriminada e compulsória. Por exemplo, os profissionais da saúde acreditam que devem e que estão capacitados para realizar indicações de dieta, porém a prescrição de dieta é uma atividade privativa do nutricionista, porém, conforme os relatos, a prescrição de dietas (geralmente dietas prontas) é realizada em qualquer consulta. O que constitui enquanto uma imperícia que é quando o profissional realiza um procedimento para o qual não é habilitado (BITENCOURT et al, 2007).

Indicação de dieta por profissionais não relacionados à área, como ortopedista (participante).

Outro relato recorrente foi em relação à prescrição indiscriminada de medicamentos para emagrecer, onde os profissionais recorrem até a táticas de convencimento inconvenientes, como pode-se observar abaixo:

Já ouvi de médico em consultório, quando tinha cerca de 20 anos, que eu precisava tomar remédio para emagrecer porque senão nunca ia transar (participante).

Nota-se que qualquer contato com o serviço de saúde se volta para uma perseguição em relação ao peso e tem como tratamento preferencial a prescrição de medicamentos, muitas vezes realizada de forma precipitada e desprezando as queixas.

Estava menstruada e achei que meu absorvente interno tinha entrado muito e eu não conseguia tirar ele. Como estava com dor acabei procurando um local e pagando uma consulta particular, já que todas as emergências do SUS acabam tendo uma fila de espera muito grande. No final das contas, foi muito rápido, com o exame no consultório, diagnosticado que eu estava com alergia ao absorvente interno. Todo o procedimento esse diagnóstico não durou mais de 30 minutos. Agora o discurso sobre o meu peso, sair de lá com trocentos mil exames e com receita para remédio de emagrecer (sibutramina), mesmo sem eu pedir, durou mais de horas. No final, paguei por uma tortura (participante).

A pior de todas, no entanto, ocorreu quando procurei uma endocrinologista para investigar uma possível disfunção hormonal. Ela viu meus exames (normais, passados por outra médica) e eu que não abri a boca para falar em emagrecer com ela (estava realmente investigando se estava com disfunção hormonal) tive que assistir ela puxando um estojo cheio de canetas de remédio para aplicação via injeção para emagrecer. Isso sem ela me perguntar se eu estava interessada. Ela disse que os efeitos colaterais podiam ser vomito, enjoo (eu fui ler a bula depois e vi que podia ser até câncer de mama!) mas eu ia ficar bem magrinha. Acho que esse foi um dos piores dias da minha vida. Me senti desrespeitada! Cheguei em casa e chorei. Isso porque estou acima do peso e considerada obesa pelo IMC (obesa perto da linha do sobrepeso), mas uso manequim 42 e tenho um corpo com “padrão” socialmente aceito, além de malhar e comer bem com acompanhamento nutricional. Mas nenhum médico se incomoda em perguntar isso. Inclusive quando fui à endocrinologista estava com roupa de academia pois ia malhar depois (participante).

Em uma clínica particular, com uma nutricionista, onde fui procurar acompanhamento para melhorar minha alimentação e, sem solicitar nenhum exame e nenhuma conversa prévia, a nutricionista me receitou remédio formulado para inibir apetite, pois ela presumiu que eu estava ali para emagrecer (participante).

No consultório do meu GO, na primeira vez que me consultei lá, ele já me prescreveu sibutramina, como fui tratar de ovários policísticos, ele dizia que a causa era eu ser gorda (eu tenho 1,65m e, na época, pesava 70kg) (participante).

No começo desse ano fui a um nutrólogo pois queria fazer um checkup de vitaminas e afins (me sentia muito cansada) quando falei o que sentia o médico simplesmente disse que era o peso. Sai de lá sem nenhum pedido de exame, mas com 2 receitas de medicamento para emagrecer! (participante).

Nota-se que os medicamentos foram prescritos com banalidade e o foco no peso pode acabar desviando o atendimento à prescrição de medicamentos emagrecedores, que dependendo da forma que for realizado pode se configurar enquanto imprudência – quando o profissional age sem cautela, sem se preocupar com as possíveis consequências (BITENCOURT et al., 2007). A prescrição pode ser imprudente quando se fundamenta em um diagnóstico superficial e muitas vezes atravessado por preconceitos clínicos em relação à pessoa gorda.

Prescrição de remédios para hipertensão sem nenhuma investigação, só por ser gordo (participante).

Fui ao um neurologista por causa da minha enxaqueca e ele sem fazer exame algum, não me pesou, não aferiu minha pressão, nada. Me receitou um remédio para que eu ficasse menos ansiosa porque eu precisava emagrecer. Em momento algum da consulta eu relatei ansiedade ou manifestei interesse em perder peso (participante).

Uma ginecologista que eu fui já me receitou a metformina sem nenhum exame, porque para ela eu tinha resistência à insulina por causa do peso. Eu não tenho RI. Ainda bem que nem comecei a tomar isso (participante).

A prescrição de medicamentos também pode se configurar imprudente quando são prescritos inadequadamente, e segundo os relatos, é comum a prescrição “desviada”, ou seja, de medicamentos não oficialmente aprovados para tratamento da obesidade, mas que possuem efeitos colaterais de perda de peso.

Em uma consulta com a dermatologista, ela me passou uma medicação para diabéticos (sendo que eu não tenho diabetes), dizendo que tal remédio ajudava no emagrecimento. E esse não foi o intuito da minha consulta, e eu não fiz uso dessa medicação (participante).

Sofri um acidente e machuquei o joelho, desde então tenho dores frequentes. Em uma consulta onde o objetivo era receber um medicamento para a dor ou encaminhamento para o especialista, o médico me receitou um medicamento para emagrecer, medicamento esse que é utilizado para o tratamento de diabetes (participante).

A última vez que consultei um endócrino em uma clínica do meu plano, onde buscava orientação para encerrar o uso de sibutramina me foi oferecido outras medicações (injeções para diabetes, sendo que não sou diabética) e foi ressaltado o quanto eu não devia engordar (participante).

Além disso, os prescritores podem ser negligentes, tanto em relação à motivação da consulta como em ignorar os efeitos adversos dos medicamentos. Segundo os relatos, é comum a insistência para começar e continuar tomando os medicamentos mesmo relatando uma efeitos adversos.

Uma endocrinologista insistiu para continuar tomando a sibutramina, mesmo eu relatando o tanto que me senti mal com uso, saí de lá com a receita na mão, porque eu tinha que ter força de vontade (participante).

Outra endócrino que me tentou passar sibutramina e disse que para emagrecer a gente tinha que sofrer mesmo, que ela mesma naquele dia só tinha comido um tomate e um ovo, e já eram umas 16h. Isso para uma pessoa que tinha histórico de distúrbio alimentar. Esse último endócrino no Rio que me passou liraglutida e glifage que dias que eu estava exagerando e deu a entender que eu era fraca por não estar aguentando o tratamento, sendo que eu estava vomitando quase todos os dias e tinha dia que eu não conseguia sair da cama, que eu passava mais de 24 horas sem conseguir comer nada, que eu não conseguia ir trabalhar (participante).

Médico insistir no uso de medicamento para emagrecer, após minha recusa de bariátrica, quando verbalizei estar apenas interessada no monitoramento da condição da minha tireoide (sofro de Tireoidite de Hashimoto) (participante).

Um psiquiatra disse que o meu peso fazia com que eu ficasse ainda mais deprimida quando olhava no espelho, quando não conseguia comprar roupa e que eu precisava emagrecer para melhorar meus transtornos psiquiátricos, e este foi o primeiro médico a me passar Victoza - e querer aumentar a dose a cada consulta, apesar de eu dizer que o remédio me fazia sentir muito mal e eu vivia com enjoo e dor de cabeça. Segundo ele: valeria a pena, "você não imagina o quanto as pessoas estão emagrecendo com esse remédio" (participante).

Relembrando que os prescritores deveriam acompanhar as possíveis intercorrências negativas e suspendê-lo se for desfavorável ao paciente. Porém, o que foi relatado é que insistência para tomar o medicamento poderia chegar a ferir a autonomia da paciente. Isto, porque a paciente é subordinada e passiva na decisão do seu próprio processo terapêutico (BRICARELLO, CASTRO, 2011).

As duas últimas vezes foram as mais graves, em um dos casos fui até a endocrinologista para observar as minhas taxas hormonais pois tenho Hipotireoidismo e a médica queria desde já receitar medicação para que eu viesse a emagrecer, eu alertei que não pretendia tomar nenhum remédio para emagrecimento, por diversos motivos mas principalmente porque eu estou tentando engravidar, mesmo assim ela receitou um beta HCG pra que eu averiguasse se estava grávida ou não e caso não estivesse iria receitar medicação para emagrecer (ignorando a minha vontade já relatada) (participante).

É preciso valorizar a autonomia do paciente em relação à escolha da terapêutica e procedimentos, tanto profissionais como pacientes devem ter espaço e voz no processo, assim como respeito às diferentes demandas e objetivos, pois ambos são corresponsáveis nesse processo (SOARES, CAMARGO JR, 2007). Ainda conforme Soares e Camargo Jr (2007), a autonomia deve ser relativa e relacional, inseparável da dependência, ou seja, não há autonomia absoluta. Isso, no processo saúde/doença, significa defender o fortalecimento da relação profissional e paciente. Desta forma, é preciso superar a dimensão autoritária e paternalista dessa relação, assim como evitar que seja uma relação de dependência e sujeição, e sim uma relação de cuidado e proteção (SOARES, CAMARGO JR, 2007).

Pode-se verificar com os relatos, que as prescrições de medicamentos podem ser abusivas e nem sempre cumprem os critérios de indicação. Este fato também pode ser

observado na prescrição compulsória de cirurgia bariátrica a praticamente qualquer pessoa gorda. Conforme os relatos, a cirurgia bariátrica foi indicada mesmo quando a paciente não cumpria os critérios de indicação e foi realizada a partir de um diagnóstico superficial.

Eu procurei um médico clínica geral para fazer check up de rotina. Mediram minha pressão e estava alta, o médico recomendou que eu fizesse bariátrica, que tinha indicação já que estava com PA. Mas a verdade é que estavam medindo errado com a braçadeira menor que meu braço e eu tenho pressão baixa (participante).

Na mesma clínica indo em duas especialidades diferentes recebi recomendação de bariátrica sem nenhum exame prévio e ainda ouvi que umas manchas no meu corpo eram resultado do meu suor corpo gordo e era resistência insulínica que outra médica diagnosticou (participante).

Uma endocrinologista do Rio (quando ainda morava lá) que me deu um encaminhamento para uma psicóloga que atendia grupos que estavam se preparando para a bariátrica, mesmo eu dizendo que não tinha nenhuma intenção de fazer a cirurgia, e mesmo eu não cumprindo os critérios (participante).

Com uma certa frequência ao me consultar com um profissional médico recebo a indicação de realizar uma cirurgia bariátrica. Não importa se fui consultar a respeito de uma dor de garganta, a indicação aparece. Indicam sem eu manifestar nenhum interesse ou curiosidade sobre o tema, ou mesmo sem ter acesso a algum tipo de exame meu. Tive pedra na vesícula, segundo o cardiologista do risco cirúrgico a causa era obesidade e a solução era bariátrica (participante).

Recomendar um procedimento cirúrgico potencialmente perigoso pode se configurar prática imprudente, pois pode indicar uma intervenção cirúrgica desnecessária. Aqui também pode-se observar o desprezo da motivação da consulta e o desvio de qualquer atendimento para indicação da bariátrica, muitas vezes, fora da especialidade médica em questão.

A última e mais recente foi quando fui ao oftalmologista trocar o grau dos meus óculos e ele me recomendou (de novo) fazer a cirurgia bariátrica (participante).

Um dia também fui a um ortopedista, invés dele consultar o que precisa, ficou tentando me vender uma bariátrica...enfim tenho pavor de médico (participante).

Outra vez tive um rompimento de ligamento no joelho e foi recomendado cirurgia para reconstrução. Minha mãe insistiu que eu tivesse uma segunda opinião e fui em um ortopedista amigo da família. Ele me recomendou bariátrica e disse que com o meu peso eu não podia viver. Não falou da cirurgia ortopédica (participante).

Eu já fui ao oftalmologista e ele disse que eu precisava emagrecer, mas era algo recorrente em todas as áreas (inclusive psiquiatria, e uma das razões do meu peso era um remédio de bipolaridade que tomava na época). Ela disse que poderia facilitar uma bariátrica para mim (participante).

Desde quando fui marcar uma cirurgia para extrair uma pereba que formou uma infecção nas minhas costas e poderia ir para o pulmão e o médico me disse que eu deveria emagrecer, que meu problema com o peso era muito mais grave do que este, até quando fui ao PS para tratar uma bartholinite e o médico disse que eu deveria fazer bariátrica (uma coisa nada tem a ver com a outra) (participante).

Durante uma consulta de dermatologia me mandou fazer bariátrica (participante).

Uma das vezes foi em uma emergência por uma médica que inclusive era ex gorda. Eu estava sentindo várias dores de estômago com conta da minha gastrite e ela começou a falar de alimentação, como se eu me alimentasse errado sem ao menos me perguntar. Disse que pessoas como eu costumam sentir isso e que ela mesmo sentia quando comia muito (sendo que eu não tinha me alimentado naquela manhã) perguntou se eu já pensei em fazer bariátrica falou da vivência dela após a cirurgia e eu ainda sentindo dor sem ter feito nenhuma avaliação. Disse que ia me sentir melhor depois da bariátrica. No final de tudo veio me falar que ia passar um Buscopan e uma ranitidina e procure um especialista. Não me passou nenhum exame nada a consulta foi para fazer sobre as vantagens de uma bariátrica (participante).

Os prescritores apresentam a cirurgia bariátrica como único recurso de tratamento, ignorando as diversas complicações associadas ao procedimento.

Uma vez, conversando com um médico renomado, fora do ambiente de consultório, perguntei sobre se ele indicaria algum médico ou tratamento para minha obesidade. Ouvi, depois dele me olhar de cima a baixo: no seu caso não tem jeito não, só cirurgia (participante).

Me lembro de uma situação em que fui em um cardiologista fazer exames de rotina. Antes mesmo de me passar os exames já falou que eu precisava de uma bariátrica, na época eu tinha 18 anos e pesava 90 quilos, não tinha histórico de doenças e estava ali para um check up. Após fazer os exames e voltar ao médico, ele continuou batendo na tecla de que só uma bariátrica resolveria a situação e que eu, pelo estado que estava, não conseguiria sequer fazer exercícios físicos, um detalhe muito importante é que meus exames estavam ótimos, mas ele não se importou com isso (participante).

Mas a situação que mais me marcou e me deixou abalada por muito tempo, foi a endocrinologista (em 2019). Eu estava em um período de consulta com diversos profissionais para entender o porquê de mesmo fazendo todo o acompanhamento nutricional correto e exercícios físicos, não conseguia alcançar nenhum resultado. Na verdade, piorava, então eu sabia que algo estava errado. Numa dessas consultas, a endocrinologista citada, nem mesmo olhou meus exames ou ouviu meu relato, assim que eu entrei no consultório ela só olhou para mim e concluiu que meu problema era obesidade e que eu estava ali porque queria perder peso (não cogitou em nenhum momento que eu poderia estar ali por outro motivo). A primeira frase que ela me falou foi que minha única solução era cirurgia bariátrica, pois "pessoas como eu" não conseguiriam perder peso de outra forma. Ela nem sequer me perguntou se o motivo de eu estar ali era esse, não olhou meus exames (que estavam todos normais, nem uma mínima alteração eu tenho, em nada, justamente por ter uma vida saudável) e simplesmente me julgou e concluiu que meu problema era falta de força de vontade. Eu não consegui nem reagir, mesmo eu sendo uma pessoa esclarecida, aquilo me abalou por um bom tempo. Não voltei mais nela e hoje estou sendo acompanhada por outra médica excelente (na verdade vários médicos) e encontrei um diagnóstico correto. Inclusive a minha endocrinologista atual, disse que bariátrica seria a última das opções no meu caso, pois iria me trazer consequências ruins já que fora meu peso eu sou extremamente saudável (participante).

A última vez foi no consultório do endocrinologista que disse que quando ele e a esposa vão a uma doceria e não sabem o que pedir, ficam olhando para ver se tem alguma mulher gorda e aí reparam no que ela pediu, porque gordo gosta de doce, então não ia gastar com algo ruim. Na mesma consulta ele disse que a única saída para mim era a cirurgia bariátrica (participante).

Nota-se que uma abordagem carregada de estigmas e insistente em relação à intervenção cirúrgica, utiliza-se do convencimento, de uma postura impositiva e respaldo da sua autoridade médico-científica, a ponto de contrariar a autonomia da paciente. O paciente é desprovido de autonomia e de escolhas sobre o seu próprio processo terapêutico numa dinâmica de imposição, humilhação e até mesmo de ameaças (DA SILVA, DESLANDES, 2021). Essa postura pode ser observada nos relatos abaixo:

Minha proctologista fala do meu peso e de que sou uma fracassada por ser gorda (ela usa o termo “obesa”) e tenta me convencer a fazer a bariátrica há 4 anos, mesmo o médico de confiança que ela indicou concordando que, se eu não quero fazer, não tem por quê. Essa médica só para de falar quando eu começo a chorar, mas não largo dela, pois é ela que faz meu encaminhamento para o programa do SUS, onde pego meu medicamento para Doença de Crohn (uma doença que supostamente “só dá” em pessoas magras, segundo ela) (participante).

Estava fazendo um tratamento dermatológico e todas as vezes que ia ao consultório, a médica me perguntava se eu não pensava em fazer uma cirurgia bariátrica (participante).

Uma delas foi quando fui ao clínico (pelo plano de saúde que eu tinha na época) para que ele me encaminhasse com guias médicas para exames de rotina e ele disse que eu tinha que “ir pra faca” (sim, essas foram as palavras) porque no estado que eu estava não tinha mais volta etc. Além do que, eu só queria fazer exames de rotina e ele ficou tentando me convencer a fazer uma cirurgia bariátrica. E por essas e outras que eu evito ir ao médico me consultar sobre quaisquer coisas, porque sei que eles sempre colocam qualquer problema em cima do meu peso e tudo gira em torno disso (participante).

Em uma ocasião buscando um tratamento para esse episódio do relato acima, um ortopedista me recomendou bariátrica. Eu respondi que eu não tenho nem o peso suficiente e nem comorbidades. Ele respondeu que ele poderia me fazer um laudo dizendo que estou me machucando por causa do peso, tendo entorses. Eu disse que eu tinha consciência do meu peso, mas que eu achava que a bariátrica não é algo que eu considere agora, fora o compromisso de assumir para o resto da vida, tomar remédios e suplementos. Ele respondeu que era melhor os remédios de uma bariátrica do que os remédios para a pressão e colesterol que a obesidade faz a gente tomar. Eu respondi que eu não tenho esses problemas de saúde. Ele respondeu “ainda”. Aí ele quis amenizar e me contou um maravilhoso conto de um amigo dele que era triste, desanimado, não namorava, era gordo, mas não tão gordo, que resolveu fazer a cirurgia, mas descobriu que o plano não cobria, porque ele não tinha peso suficiente. Aí ele decidiu engordar uns 20 ou 30 quilos para poder fazer a cirurgia pelo plano e hoje ele é super saudável e feliz. Eu perguntei se ele estava me orientando a engordar para poder fazer cirurgia para emagrecer. Ele não gostou e respondeu que ele estava tirando um momento do dia dele, de uma consulta, um momento do trabalho dele, para me contar uma história pessoal que poderia me ajudar. Que se ele fez isso é porque ele se importa, ele fez muito mais do que a obrigação dele. Não voltei mais nele (participante).

Uma outra vez que também não faz muito tempo foi no endocrinologista. Ele ficou a primeira consulta toda falando de cirurgia bariátrica. E ele falou que o movimento body positive era para reforçar as pessoas a se aceitarem gordas e não cuidarem da saúde. Na consulta de retorno (sim eu sou teimosa), dei uma aula para ele do porquê o movimento é importante e ele nunca mais citou isso para mim. Sim, ele continua sendo meu médico porque ele me escutou, considero ele muito competente na área

dele e fico feliz que ele nunca mais comentou sobre bariátrica comigo. Sempre que eu preciso fazer meu check-up ele é super atencioso (participante).

Fui procurar uma endocrinologista para verificar como estava minha dosagem hormonal e ela já foi calculando o IMC e dizendo que eu era obesa e deveríamos marcar os exames pré-operatório para uma bariátrica, e eu disse que não porque eu sou uma obesa saudável e ativa e não ia fazer bariátrica, então ela rispidamente me questionou quem era a médica. E eu disse que eu era saudável sim. Então ela pediu vários exames e quando eu voltei e ela viu ficou toda sem graça por meus exames estarem todos OK. Detalhe ela não pediu nenhum exame para verificação hormonal que foi o que me levou até lá (participante).

É importante pontuar que o paciente deve ser ativo nas decisões sobre sua própria saúde (BRICARELLO, CASTRO, 2011; ARAÚJO, BARBOSA, 2017). E a imposição de um tratamento também pode se configurar uma violência (DA SILVA, DESLANDES, 2021). O profissional de saúde não pode utilizar-se de uma abordagem coercitiva e tentar forçar o paciente a realizar a bariátrica.

[...] ao entrar no consultório o médico me encarou e antes de ser recepcionada com um "bom dia ou boa tarde" ele me falou " Você vai morrer!" Após isso me chamou de "Gorda" eu disse não me importar pois essa é uma característica minha, ao aferir minha pressão arterial mentiu, falou que estava muito mais alta mesmo eu não tendo problemas com a pressão. Não costumo fazer ingestão de açúcar por uma questão de gosto mesmo, não por nenhuma imposição, o médico gritou comigo e me disse ser impossível uma pessoa com meu peso não comer açúcar. Eu sou uma pessoa muito bem resolvida em relação ao meu peso e corpo, mas imaginei pessoas com depressão ou que não estão satisfeitas ouvindo esse tipo de coisa... ao final da consulta ele tentou me forçar a optar pela cirurgia bariátrica. Eu estava com a minha mãe dentro do consultório ela ficou estarecida com o ocorrido fizemos uma reclamação (participante).

Outra forma indireta de convencimento é a utilização de uma abordagem hostil que faça o paciente acreditar que a bariátrica é sua única opção.

Fui a uma consulta de endócrino. Pelo meu plano de saúde. Sempre tive sobrepeso, porém sempre saudável, nunca tive um exame alterado. Engordei uns 10 kg em 6 meses. E fui nessa médica, chegando lá ela me pesou e disse que eu estava obesa e perguntou por que eu estava ali. Disse que fiquei preocupada com meu aumento repentino de peso e se poderia ser algo hormonal. Ela me perguntou se eu malhava: disse que não. Ela perguntou se minhas caminhadas eram até a padaria. Disse que eu estava obesa e que pela minha idade (na época 26 anos) que eu deveria me preocupar, porque depois dos 30 eu não conseguiria mais. Me tratou de uma forma horrível, me passou alguns exames e acompanhamento com nutricionista. Fiquei arrasada. Fui embora chorando. Já tiveram situações ruins e mais sutis, mas essa para mim foi a pior e mais marcante. Por causa disso me senti desesperada e logo após dessa consulta sai determinada a fazer a bariátrica (participante).

Outra faceta da gordofobia médica associada à bariátrica tem relação ao estigma dos próprios profissionais de que a cirurgia é uma saída fácil. E mesmo que muitas pessoas gordas se submetam à cirurgia para reduzir o estigma de peso, esse estigma pode persistir, pois a

cirurgia pode ser vista como uma opção preguiçosa para perder peso, supondo que é uma perda de peso que não requer esforço e disciplina (CHRISTOPHER et al, 2005).

Saí humilhada e chorando do consultório quando uma gastro que nem me examinou falou que eu ia fazer bariátrica por preguiça e falta de vergonha na cara, pois se eu quisesse teria emagrecido (participante).

[...] as técnicas de enfermagem que eu encontrei no percurso pré e pós cirurgia me questionaram dos motivos de ter optado pela cirurgia, já que poderia me esforçar e fazer dieta (participante).

Sendo assim, as pessoas gordas que se submeteram à cirurgia bariátrica continuam sendo vistas como preguiçosas e sem força de vontade, diferentemente daquelas que perderam peso a partir de exercícios e dieta associados a percepções de responsabilidade e esforço pessoal (MATTINGLY, STAMBUSH, HILL, 2009; FARDOULY, VARTANIAN, 2012). É muito preocupante que a prescrição de tratamentos farmacológicos e cirúrgicos estejam sendo realizadas de forma indiscriminada, inadequada e praticamente compulsória, e isto também se configura em uma prática negligente (CHRISLER, BARNEY, 2016), pois demonstra irresponsabilidade e coloca as pessoas gordas em risco de sobremedicalização.

4.4.7 Negligência

A gordofobia por parte dos profissionais de saúde também pode resultar em diagnósticos superficiais, erro médico e negligência (CHRISLER, BARNEY, 2016; SILVA, CANTISANI, 2018). De acordo com Aguiar et al (2013), negligência seria um erro técnico, omitir ou não esclarecer informações importantes, assim como abandonar o paciente, desqualificar, desprezar ou ignorar as suas queixas. Ou seja, quando o profissional age com descuido, não oferece os cuidados necessários, sugerindo um ato omissivo portanto negligente (BITENCOURT et al, 2007; MINOSSI, 2009; AGUIAR, D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, 2013). De acordo com os relatos, alguns profissionais de saúde já haviam negado realizar atendimento, tratamento ou até a realizar cirurgias devido ao seu peso.

Um médico angiologista disse que só me atenderia novamente se eu emagrecesse (participante).

Meu médico ginecologista disse que não faria diferença me examinar e passar medicamento para um problema de verrugas genitais enquanto eu continuasse gorda. Tive que trocar de médico para ser tratada (participante).

Uma vez tive uma gripe muito forte e na emergência me recomendaram depois procurar um especialista, por suspeita de pneumonia. Quando fui ao pneumologista, ele sequer quis ver meu raio x de tórax, me "receitou" comprar um tênis para caminhar e voltar ao Vigilantes do Peso (participante).

Eu fui ao hospital sabendo que estava com cistite, no meio da madrugada com muita dor. No decorrer da consulta o médico não solicitou exames, apenas me passou medicamento para dor e me indicou o livro "Barriga de Trigo", alegando que o ganho de peso se dava pela ingestão de derivados de trigo e carboidratos e que todas as pessoas deveriam parar de comer isso. Na hora não sabia o que falar, tinha apenas raiva e queria mais do que tudo sair de lá. Eu fiquei sem tratamento e tive que voltar ao hospital em outro horário para consultar novamente (participante).

[...] episódio com angiologista ... nem opero suas varizes com este peso todo (IMC37) (participante).

Também foi relatado que muitos profissionais se negaram a oferecer requisições de exames ou realizar encaminhamentos para outros profissionais, advertindo que só apresentam esses problemas devido ao seu peso.

Na ginecologista, em novembro do ano passado, a mulher comentou que não faria nenhum exame em mim pelo meu peso, nem exame de sangue, que antes de tudo eu precisava de um nutricionista e um endocrinologista e não de uma ginecologista. Eu paguei 170 reais para ela nem olhar na minha cara. E eu fui fazer um "check-up" após uma infecção urinária. Disse ainda que gordo não tem vida sexual (participante).

Sentia muita dor nas costas, a ponto de travar a coluna fui à UBS do meu bairro pedir uma requisição de ressonância. O médico se negou a me dar a requisição, pois disse que era normal travar a coluna, que tudo que eu sentia era resultado do meu peso, provavelmente da preguiça que eu tinha em me exercitar, dos péssimos hábitos alimentares que eu devia ter. Eu falei que pelo contrário, eu era bem natureba, que não comia comida de prateleira, pois sou asmática e já tive alergia a muitos alimentos então não comia nada que não soubesse exatamente o que era. Mas na época eu vendia salgados para festas o médico prontamente disse que ali estava a explicação eu deveria passar o dia todo comendo frituras. Falei que não comia frituras, pois não tinha mais a vesícula e não me sentia bem...Ele disse que toda pessoa gorda mente, que não tem outro jeito de engordar senão comendo principalmente escondido. Não bastasse me deu uma aula de educação física, mostrando exercícios que eu poderia fazer em casa mesmo. Insisti no exame, ele se alterou foi grosso, me prescreveu três injeções de corticoide para eu parar de reclamar. Óbvio não voltei naquela UBS até trocar o médico. Paguei uma consulta particular, fiz a ressonância, tenho três hérnias de disco (participante).

Minha mãe foi diagnosticada com câncer no intestino e minha vó teve o mesmo problema. Fui buscar um proctologista para pedir exames preventivos e o médico se recusou a me dar guias de exames, alegando que eu só teria problemas se eu continuasse gorda, afirmou que eu era diabética e hipertensão com toda certeza (não tenho nenhuma dessas condições, sou perfeitamente saudável); ficou surpreso quando disse que eu não tinha problemas de saúde, e afirmou que isso era por pouco tempo. Insisti por mais três vezes por pedidos de exame, ele me deu, junto com um pedido de bariátrica para entregar ao convênio (participante).

Ou então, negar a prescrição de medicamentos principalmente para dor, pois parece ser aceitável que a pessoa gorda sinta dor como forma de punição. A justificativa utilizada para negar a prescrição de medicamentos é que segundo o profissional ele não teria função terapêutica devido ao peso da paciente.

Em atendimento de emergência por situação de dor de origem ortopédica, médico de hospital-escola de grande porte, recusou-se a elaborar conduta para a enfermidade

(dor aguda nos joelhos), alegando que por serem causadas pelo excesso de peso, não surtiria efeito curativo, ainda que eu insistisse que já estava em processo de redução de peso, e que ali procurava efeito imediato porque as dores estavam inviabilizando a minha vida cotidiana (participante).

Uma das situações foi na emergência estava com muita dor na lombar, pois trabalhava mais de 8h em call center sentada e lá disseram que era apenas por causa do meu excesso de peso que não adiantava tomar remédio para dor e sim perder peso e sequer deu atestado. Tive que ir em outro hospital e encenar que eu estava morrendo para não passar pela mesma situação. Hoje peso 20kg a mais, não trabalho mais exaustivamente e acabaram as dores na lombar! (participante).

Dei entrada na emergência de um hospital público e o médico disse que não iria prescrever corticoide porque eu já estava bem fofinha (participante).

Tenho um problema crônico no joelho e machuquei num simulado de escape do trabalho. A médica do trabalho, quando fui pedir um remédio para dor, me passou exames e disse que eu tinha que emagrecer e não me deu o remédio de dor (participante).

Precisei de um atendimento de urgência por conta de um abscesso na pele, e o médico ficou dizendo que a causa era meu peso e minha falta de cuidados com meu corpo. Me atendeu com má vontade, não me prescreveu remédios para infecção, apenas mandou eu procurar um endocrinologista para fazer um tratamento para a obesidade. E realizou o procedimento de drenagem do abscesso (participante).

Com os relatos pode-se perceber que a conduta direcionada exclusivamente ao peso pode chegar ao ponto de o profissional recusar a fazer uma investigação e condicionar o atendimento ao emagrecimento prévio. Essa postura de resumir todos os problemas de uma pessoa ao peso também é uma forma de negligenciar a sua saúde (SILVA, SANTOS, 2019).

No consultório particular de um ortopedista, consulta feita pelo plano de saúde: Quando comecei a trabalhar como professora de crianças pequenas, passei a sentir muitas dores nas costas, o que me fez buscar um ortopedista. Expliquei a ele que atribuía minhas dores à rotina de pegar crianças no colo e de utilizar um mobiliário não adequado ao meu corpo, já que as professoras precisavam sentar-se em cadeirinhas minúsculas para crianças, não havia cadeiras de adulto em sala. Ele me interrompeu enquanto eu falava e disse de forma muito agressiva que era para eu parar de pôr a culpa no meu trabalho porque havia outro motivo óbvio para as dores, o de eu ser gorda e sedentária. Ele não tinha a informação de se eu era ou não sedentária, não perguntou nada sobre meus hábitos e rotina, apenas assumiu o fato por causa da minha aparência. Falou que eu precisava fechar a boca para resolver as dores no lugar de querer tirar licença do trabalho. Nenhum exame foi recomendado para investigar minha queixa (participante).

A atribuição automática ao peso como causa de qualquer sintoma pode fazer com que não se investigue devidamente o problema e mascare outras possíveis causas. Segundo os relatos, é recorrente a omissão do profissional, que se utiliza do jargão: “emagrece que passa” justificando que não há outras opções de tratamento e que nenhum deles terá resultados.

Sinto dor no meu pé direito que quebrei em 2018. Relatei a médica sobre essa dor. A resposta dela foi “emagrece primeiro, se continuar doendo depois que emagrecer a gente investiga”. A sensação é que pessoas gordas merecem sentir dor (participante).

A primeira vez eu caí em uma festa, tive um rompimento de ligamento do tornozelo, fui ao pronto atendimento lá eles mandaram procurar o especialista. Esse tal especialista olhou meu pé, meus exames e falou “ah isso aí sara sozinho, só você emagrecer que para de doer...” depois indo em outro médico ele me informou do rompimento e fiz tratamento de mais de 6 meses (participante).

Uma vez eu caí do meio fio e torci o pé, quando fui ao médico ele só fez raio x e disse que se eu emagrecesse meu pé melhoraria. Meses depois sem a dor passar descobri que tinha semi rompido 2 ligamentos (participante).

Certa vez fui a causa de demissão de uma médica. Eu estava com muita dor na coluna e por isso resolvi procurar auxílio médico (tenho vários problemas na lombar, desde hérnia de disco a desgastes e calcificações na coluna, porém não existe uma pessoa, gorda ou magra em minha família que também não tenha esse problema). A dor estava insuportável, pedi cadeira de rodas, mas mal podia sentar direito de dor. Quando a médica me atendeu, disse que não havia nada a fazer comigo (nem mesmo uma injeção para dor) porque eu era obesa e com isso “pedi” para estar com a coluna ferrada. Conteí a ela que eu costumava tomar uma medicação quando entrava em crise, mas que era com receita, e perguntei se ela não me daria a receita então. Ela começou a fazer um discurso sobre ser gorda, sobre emagrecer até que eu chorei tanto, mas tanto, que o médico supervisor veio me acudir. Eu só queria me livrar da dor e não ouvir o quão ruim é ser gorda. A partir daí, sempre que sinto dor fico em casa, independentemente do quão forte esteja. Prefiro me virar a ser humilhada daquela maneira (participante).

Sofri uma queda e necessitei de cirurgia ortopédica, consultei vários médicos que relatavam que não adiantaria operar se eu continuasse gorda, mesmo o caso sendo especificamente cirúrgico (participante).

De certa forma, os profissionais consideraram a pessoa gorda um “caso perdido”, como se ela não fosse digna do esforço do profissional e não merecesse um bom atendimento, afinal ela se colocou naquela situação. Desta forma, a negligência configura-se em um risco à saúde da pessoa gorda, pois uma investigação superficial poderá dificultar o rastreamento de doenças, levar a atrasos diagnósticos e a um agravamento das doenças.

As participantes relataram a necessidade de peregrinar pelos serviços e insistir para os profissionais averiguarem seus sintomas e dores. Elas conviveram com dores, febre, falta de ar, nódulos e, muitas vezes, foi preciso acontecer um agravamento dos sintomas para haver alguma investigação sobre a queixa. A gordofobia fez com que houvesse atraso nos diagnósticos, que vierem depois de muita persistência e por vezes eram situações graves como trombose, pneumonia, câncer, entre outros. Esse atraso muitas vezes fez com que a situação se agravasse e tornasse o tratamento mais difícil e com maiores complicações.

Fiz uma cirurgia e comecei a sentir dor na perna que foi diagnosticado depois por trombose. O médico insistiu durante um mês que era por estar acima do peso que sentia tanta dor ao colocar a perna no chão. Depois de procurar um neuro pois o cirurgião disse que era ciático, fiz exames e detectaram um trombo na perna (participante).

Outra situação foi quando procurei o hospital pois estava com muita falta de ar e dificuldade de subir escadas e caminhar. O médico falou que eu estava com sobrepeso e me mandou procurar um endocrinologista. Dois dias depois comecei a ter febre, e

fui diagnosticada com pneumonia. Se o médico que fui a primeira vez tivesse feito ao menos um raio x, teria detectado antes meu problema (participante).

Outra vez foi por conta de uma paralisia no braço, mão e dedos esquerdos por conta de trabalho repetitivos no computador. Ao ir ao clínico geral na UBS da Penha e relatar o caso, o médico perguntou minha profissão. Ao dizer que era nutricionista, ele soltou uma gargalhada altíssima e depois disse que meu caso era porque estava "pesada demais, e que minha obesidade era psicológica e me indicou a tomar um passe espírita e ainda me incentivou a apostar R\$50,00 com ele, que após o ritual eu iria emagrecer. Ao exigir o exame, fui diagnosticada 6 meses depois com Síndrome do túnel do carpo e fiz o tratamento adequado (participante).

Passei anos relatando sobre um "caroço" que surgiu no meu pescoço e ela sempre dizendo que não era nada que eu devesse me preocupar, e como sempre, me cobrando a perda de peso, era basicamente o único assunto nas consultas. No último ano esse tal "Caroço" cresceu muito mais, daí foi quando ela resolveu me encaminhar para um cirurgião especialista, que acabou me encaminhando para outro. Foram vários exames e cirurgias até descobrir que esse tal "caroço" era na verdade um câncer, mais precisamente o linfoma de hodgkin, que já vinha se desenvolvendo há um tempo, hoje enfrento o tratamento oncológico. Se os médicos que me atenderam lá no início não estivessem tão focados em apenas me emagrecer, tivessem me visto como um ser humano e tratado da minha saúde como um todo, talvez o tratamento fosse menos agressivo. Segundo o próprio oncologista, se tivesse tratado logo quando descobri o "caroço" o impacto seria menor (participante).

Desde muito nova (uns 12 anos mais ou menos) eu sofro de uma dor crônica nas costas (que há uns 2 anos descobri se tratar de lombalgia) e sempre que procurava atendimento era feito um exame de raio x e por não encontrar nenhuma evidência física era recomendado que eu emagrecesse. Acho que vale mencionar que nessa idade eu ainda não tinha um corpo gordo. Naquela época eu era a mais alta da turma, e não era a mais magra. Lembro de sempre me sentir e me ver gorda, só hoje vendo fotos minhas de criança percebo que não era. Uns anos mais tarde tive um tumor no ovário, que na época também demorou a ser diagnosticado. A maior suspeita era apendicite, mas além de alguns remédios para dor a recomendação médica era perder peso. De fato, nessa época eu já estava começando a engordar, então acreditei que tinha fundamento. Convivi com a dor abdominal por cerca de 3 meses, enquanto ia de médico em médico procurando por algo que solucionasse, até que o tumor fosse diagnosticado. Essas ocasiões foram especialmente marcantes pois nas duas tive que conviver muito tempo com a dor, e me acostumar com ela por pensar que ela existia em decorrência do meu peso. Mas não lembro de nenhuma consulta (com exceção das odontológicas e oftalmológicas) em que não tenha recebido a orientação para emagrecer. Hoje em dia não sinto tanto esse tipo de constrangimento, mas há muitos anos eu evito ao máximo frequentar o serviço de saúde (participante).

Os relatos também indicaram erros diagnósticos, onde os profissionais faziam correlações fundamentadas em visões preconceituosas para explicar os sintomas relatados. Como por exemplo, atribuir uma infecção de garganta e ouvido a um refluxo por excesso de comida ou então dores no abdome devido ao consumo excessivo de comida.

Já cheguei em pronto atendimento com a garganta e o ouvido infeccionados e a médica disse que era refluxo por excesso de comida. Alguns dias depois tive que tomar antibiótico e anti-inflamatório por injeção, de tanto que a infecção tinha piorado por falta de tratamento (participante).

Quando um médico disse que o que eu tinha era algo na garganta por ter comido demais. Fui em outro médico, eu estava com sinusite (participante).

Por parte de médicos na infância sempre diziam para minha avó que qualquer coisa que eu tinha era fruto da obesidade, nessa época em consultórios particulares por convênio, a mais grave que aconteceu foi no hospital pequeno anjo em Itajaí, eu tive uma dor forte na região baixa do abdômen, minha avó me levou ao hospital, eu tinha 12 anos, foi no segundo semestre de 2005, o médico mexeu um pouco na minha barriga e disse que era a volta que eu tinha comido, que eu devia ter comido muito, e por isso estava mal, me deu Buscopan e dipirona e me mandou pra casa, no dois dias seguintes a dor persistira, voltando ao médico e recebendo sempre o mesmo diagnóstico, no terceiro dia fomos novamente pois a dor só aumentava, minha avó solicitou ao médico que fizesse um ultrassom, ele continuou insistindo que era algo que eu tinha comido, e que não era nada, e ainda questionou ela dizendo "quem é o médico aqui?" Ela então disse que iria provar que aquilo na realidade era um caso de apendicite, me levou à clínica São Lucas de Itajaí e pagou um exame de ultrassom, na hora o profissional que fizera o exame nos disse que o apêndice estava quase supurando, que precisaria fazer uma cirurgia de emergência, mas naquela época só o pequeno anjo faria tal cirurgia aqui na região, então me avó se arriscou e me levou pra SP, comprando passagem de avião em cima da hora com dinheiro de amigos que ajudaram, chegando em SP capital fui levado ao hospital e me internaram na hora, fui operado e me recuperei, durante muito tempo não tive noção do que acontecera naquela situação mas anos depois percebi a gordofobia intrínseca no médico, fora a arrogância e prepotência, que impediu ele de analisar algo mais do que um garoto gordo que devia ter comido demais. Eu realmente corri um risco eminente de morte naquela situação, e só não aconteceu porque minha avó tinha muita coragem (participante).

Atribuir qualquer sintoma ao peso também faz com que o profissional deixe de investigar os sintomas, como por exemplo uma tosse e dor nas costas, que, na verdade, era um quadro de pneumonia, mas que o tratamento recomendado foi a perda de peso. Ou então faz o profissional condicionar o quadro clínico a doenças que ele imagina que a pessoa gorda deve ter, como exemplo o diagnóstico de labirintite associado a ansiedade que foi deduzido como pressão alta. Os erros diagnósticos fizeram com que as doenças se agravassem, expondo as participantes a maiores doses de medicamentos ou então a realização de cirurgias de emergência.

Fazia alguns dias que eu estava com uma gripe, com um pouco de tosse e muita dor no corpo, principalmente nas costas. Fui ao PS do convênio e, na consulta, a médica (clínica geral) de cara me perguntou altura e peso, eu respondi e, em seguida ela me pediu para subir na balança. Achei que fosse procedimento normal de consulta, para preencher a ficha, mas ela já notou que estava com 5 quilos a mais do que tinha dito e anotou isso na ficha com letras garrafais. Enquanto digitava no computador, perguntou brevemente o que eu tinha e pediu para deitar na maca, de barriga para cima. Apalpou minha barriga e pediu para descer. Ela imprimiu umas folhas e me entregou: era uma dieta que ela pegou na internet e me disse que de acordo com meu IMC eu precisava perder uns 20kg que as dores iriam sumir, que eu estava sobrecarregando minha coluna com tanta gordura, que isso iria me entrevar logo. Saí arrasada por estar tratando tão mal meu corpo a ponto de ter aquelas dores horríveis. Continuei mal e fui piorando. Uns três dias depois, minha mãe praticamente me obrigou a voltar ao hospital pois estava preocupada. Passei por um outro médico do plantão (clínico geral também) que logo auscultou meu pulmão e pediu uma radiografia. Diagnóstico: estava com um quadro de pneumonia avançado e precisei tomar muitos remédios. Uma semana depois, estava bem melhor, sem dores e sem precisar perder um grama. Ou seja, a gente pode morrer de pneumonia, mas não pode estar 20kg acima do peso "ideal". Cheguei a registrar reclamação no hospital, mas não

deu em nada, só me ligaram para pedir desculpas e dizer que iriam reorientar o corpo médico (participante).

Estava com crise de ansiedade com a pressão alterada e a médica que me atendeu apenas receitou captopril e observação. Mesmo depois de algum tempo a pressão abaixou pouco e ela mandou fazer dieta e emagrecer. Procurei um médico particular e fui diagnosticado com labirintite associada a ansiedade com pressão arterial normal (participante).

A última vez que sofri gordofobia médica foi quando fui à emergência de um hospital com tanta dor na coluna que eu quase não conseguia andar. A enfermeira que me atendeu já mencionou que eu deveria emagrecer, pois dores na coluna estão ligadas ao peso. O médico, por sua vez, pediu uma tomografia e, ao receber o resultado, me disse muito tranquilo: "ah, você tem o que a gente chama de bico de papagaio. Dói, mas é totalmente controlável. Obvio que você vai ter que emagrecer." 6 horas depois eu voltei ao hospital, desta vez tendo que ser retirada do carro e colocada numa cadeira de rodas porque, na verdade, o que eu tenho é hérnia de disco, que, se não tratada, além da dor impossível, pode causar atrofia muscular. Fui internada 2 dias depois e passei por um procedimento de infiltração (quando eu conheci o primeiro ortopedista não gordofóbico da minha vida) (participante).

As participantes relataram ter que buscar outros serviços (até mesmo em outros estados) para conseguir diagnósticos e tratamentos precisos. Também relataram que quando conseguiam um diagnóstico houve negligência durante o tratamento, não levando em consideração que o tratamento não estava sendo eficaz, e até mesmo achando positivo que não houvesse melhora no quadro clínico, pois assim a pessoa emagreceria. As consequências dessas negligências podem chegar à necessidade de internação e sequelas que podem durar meses e anos.

O segundo é mais grave, eu tinha 16 anos e casos constantes de amigdalite, nisso fui em uma clínica conhecida da região, pois o seu otorrino estava ali mais de 20 anos, isso foi na época do Natal, fui no dia 26/12, nisso ele me receitou um remédio que já haviam me receitado (Amoxicilina), nisso eu o informei de que já estava tomando e que não tinha feito efeito, ele me mandou continuar tomando, nisso eu disse: " mas eu estou a mais de 4 dias sem conseguir comer direito " e ele me disse: " é bom que emagrece ". Inconformada com o diagnóstico dele, fui para um hospital, chegando lá mediram minha hipoglicemia e na hora o médico já mandou trazerem algo para eu comer, pois estava muito baixa, depois de informar por tudo que passei, ele me perguntou se eu gostaria de ser internada naquele momento ou no dia seguinte, ali fui internada, descobriram que a Amoxicilina estava afetando o meu rim e nisso eu passei do dia 26/12 até 31/12 no hospital e quase rompi o ano no hospital (participante).

Esse foi em 2018. No final de agosto, percebi que minha menstruação estava desregulada. Ao perceber que sangrei muito por 6 dias, fui à emergência de um hospital público. Chegando lá, após a espera de 4 horas para o atendimento, a Dra. meio que culpou a obesidade e a idade, afinal, eu tinha 39 anos. Me aplicaram medicação no próprio local, e receitaram outros 3. Bem, não melhorei, e para resumir fiquei 40 dias sangrando, tendo que me lavar e trocar de absorvente a cada 20 min tamanho o fluxo menstrual. Tive problemas no trabalho, assédio moral e fisicamente me sentia fraca demais para reagir. Fui a 3 hospitais diferentes e sempre me empurravam para o posto do Bairro e foi aí que sofri a maior gordofobia de toda minha vida. Eu estava anêmica, e era bem forte, de forma que eu mal conseguia andar. Tive que tomar medicação pela primeira vez para pressão baixa (a minha é alta) e ferro. Depois de passar mais uma noite em claro, cheguei no Posto de Saúde do meu bairro bem cedo, 1h antes do horário marcado, fiz os procedimentos padrão, e aguardei. Após

chegar mais de 2 horas atrasada, a ginecologista me chama. E ao me ver entrar e começar a narrar o fato, gritou comigo: - É claro que você está sangrando e vai continuar assim enquanto não emagrecer. Gordas desse jeito, não vai parar nunca. Não adianta te receitar remédio, nada vai dar solução se você não colaborar. Vai ser te receitar e você bater na minha porta de novo com o mesmo problema! - e continuou, sentada do outro lado da mesa: - SOBE NESSA BALANÇA AGORA! (Apontou para o aparelho atrás de mim) Quanto você está pesando? Eu disse tremendo, com voz de choro bem baixa os 3 altos e desesperadores dígitos da balança. - MEU DEUS, COMO PODE? ONDD JÁ SE VIU SE DESCUIDAR A ESSE PONTO! Continuou com voz alta, se levantando com cara de desespero e raiva: - Chama aquela moça atrás do balcão ali na frente. E assim seguiu mais 3 minutos de tortura psicológica. - Como faz para mandar essa mulher para a cirurgia bariátrica. Olha o estado dela, precisa disso URGENTE! Manda chamar fulana para mandar para o encaminhamento. E assim foi. Eu cansada, dolorida, sonolenta, machucada, sem perceber o quanto além de gordofóbica foi agressiva comigo. Saí da sala triste, chorando e me mandaram para uma sala tirar a glicemia. Eu não tinha nada além da anemia. Nem diabetes, nem colesterol...nada, nada, nada. Fui para uma sala onde a pessoa super acolhedora me fez perguntas sobre o meu desejo pela bariátrica (que era nulo) ou por um tratamento multidisciplinar de emagrecimento. Disse que o tratamento era do meu interesse, cirurgia, não. Fui embora sem a cura. Uma amiga pagou consulta particular, onde a médica muito fofa e atenciosa me recomendou a bariátrica. Alegando que se tivessem que me operar, não teriam maca que me coubesse. Bem, eu não tinha nada, e motivo do sangramento foi o anticoncepcional, que ter parado de tomar, teria cessado o sangue desde o início. As sequelas foram grandes. Passei a ter dores no estômago e diarreia constantes nós 4 meses seguintes (participante).

Há um direcionamento no atendimento das pessoas gordas apenas para o peso, ou seja, a “obesidade” é tratada como única condição de saúde da pessoa gorda. Isso pode resultar em diagnósticos equivocados, pois acaba desconsiderando a queixa e muitas vezes resistindo em buscar outras associações que não sejam o peso. Às vezes situações simples podem acabar tomando uma proporção descomunal, acarretando a necessidade hospitalização, sequelas irreversíveis e exposição a intervenções invasivas. Além de sequelas físicas, também há sequelas emocionais difíceis de dimensionar devido à culpa que é atribuída à pessoa gorda por apresentar algum problema de saúde.

Em novembro do ano passado (11.2019) eu fui parar na emergência porque não estava conseguindo andar, sentia muita dor e os sintomas eram quase idênticos (senão idênticos) de quando eu tive hérnia de disco, aos 15 anos (e opereei). O ortopedista que me atendeu pediu um raio X e me disse que eu tinha o que eles vulgarmente chamam de "bico de papagaio" na coluna. Me passou um relaxante muscular e dipirona. Antes de eu me levantar, com muita dificuldade, porém, ele fez questão de dizer que eu continuaria com esse problema e com dor no joelho e articulações (o que eu não tenho e em momento nenhum da consulta ele sequer me perguntou sobre meus joelhos ou articulações), que precisava emagrecer. Urgente. Saí do hospital por volta das 19h e na madrugada voltei, pois não conseguia sequer permanecer deitada. O médico, então, pediu uma ressonância e me disse que eu estava com hérnia de disco, me prescrevendo os medicamentos corretos e me pedindo para retornar ao hospital para ser internada caso a dor não melhorasse a ponto de eu já conseguir me movimentar tranquilamente em 48h. Eu não só tive que ser internada 36h depois como meu (hoje) ortopedista ficou chocada de eu ter sido mandada para casa tendo o médico pedido um mero raio-x (participante).

Já aconteceu muitas vezes, mas o mais marcante foi que eu acompanhava com uma ginecologista há quase 10 anos e toda consulta eu mencionava que tinha cólicas

menstruais muito fortes que estavam piorando e não respondia mais a medicação. Ela falava que era por causa do peso e me mandava emagrecer. As dores foram ficando mais intensas e resolvi mudar de médica. Logo na primeira consulta essa nova médica me disse que podia ser endometriose, passou exames e era isso mesmo, já acometendo vários órgãos e se não fosse tratada eu ficaria infértil e com dor crônica (participante).

A pior foi com um psiquiatra. Eu estava buscando diagnóstico e tratamento para algo que parecia uma depressão, mas tinha muita coisa correlacionada. Já fazia acompanhamento com psicóloga tinha uns anos e ela me pediu para procurar um psiquiatra. Na primeira consulta ele não me fez quase questionamentos sobre como era minha rotina, alimentação ou sobre como eu realmente me sentia. Ele cismou que eu tinha uma doença super rara (na cabeça dele era a única explicação para o meu peso já que eu não era sedentária) e me submeteu a diversos exames, inclusive invasivos, para me diagnosticar. Eu comecei a fazer, mas não via sentido naquilo. Conversei com minha família (que possui médicos) e minha psicóloga e decidi não dar continuidade. No próximo psiquiatra descobri que tinha TDAH (transtorno de déficit de atenção), em uma consulta simples, mas com muitos questionamentos. Foi bem traumático pois os exames eram superdifíceis de marcar (participante).

Eu tinha 12 anos, precisei procurar um ortopedista, sentia muitas dores nas articulações, dificuldade para andar e na época minha mãe me acompanhou nessa consulta o médico associou todas as dores ao fato de estar do peso mesmo com exames específicos comprovando que eu tinha algo, o médico ficou imitando meu jeito de andar, dentro da sala e dizendo que era dessa forma que ele imitava que eu estava andando, disse que provavelmente antes dos 30 anos estaria numa cadeira de rodas, ficou fazendo piada o tempo inteiro, não passou nenhuma medicação alegando que tudo que sentia estava associado ao peso, saí de lá extremamente constrangida, minha mãe não me defendeu e reafirmou que eu precisava emagrecer. Anos mais tarde através de exames específicos descobri que se tratava de uma artrite reumatoide que não estava associada ao sobre peso. Até hoje tenho sequelas emocionais e físicas por não ter recebido nunca as orientações adequadas (participante).

As participantes relataram diagnósticos imprecisos e doenças que, algumas vezes, demoraram anos para serem descobertas e tratadas. A negligência decorrente da gordofobia médica é um fator de risco à saúde das pessoas gordas. Ainda não se sabe a gravidade que este risco pode chegar, mas uma participante questiona: será que sua mãe teria falecido se tivesse tido um atendimento não gordofóbico?

Decidi vir aqui contar essa história porque acho que ela merece. Minha mãe sempre foi gorda. Porém, em 2014, ela com 55 anos ela teve uma crise de dores ósseas súbita: na coluna principalmente. Ela dizia que nunca havia sentido uma dor igual, lancinante. Procurou o hospital, eles deram uma medicação para dor e a mandaram para casa. No dia seguinte a dor voltou na mesma intensidade. E procurou o serviço de emergência de um centro de ortopedia particular, em Blumenau. Mesmo gritando de dor foi deixada esperando várias horas sem medicamento na enfermaria. Quando o médico veio atendê-la começou a destratar-la ferozmente perguntando cinicamente: "O que é que você quer? Com esse peso? Com esse tamanho? É claro que sua coluna, suas articulações estão todas estouradas. Não nem nada para eu fazer aqui se você não decidir tomar vergonha e fechar essa boca". Minha mãe chorava de dor enquanto escutava. Ganhou uma dipirona e foi mandada para casa com indicação de perda de peso. Minha mãe estava sozinha neste dia. Ela acatou a recomendação do médico e ficou com vergonha de procurar assistência novamente. Suportou como pode mais 3 semanas de dor quando começou a ter taquicardia e a dor passou das costas para também os quadris e ombros e minha tia a levou para o pronto socorro. Então foi é internada, fizeram exame de sangue e tomografia e mostrou que ela tinha um câncer muito agressivo (Linfoma de Burkitt), com capacidade de dobrar de tamanho a cada

dia. O hematologista explicou que as dores nos ossos eram sintoma do inchaço das medulas que já estavam infectadas. E que muitas pessoas passavam por isso, primeiro buscavam serviços de ortopedia ou reumatologia e demorava-se muito até que se chegasse na causa. Minha mãe fez um tratamento agressivo por 7 meses, mas não resistiu, em abril de 2015 ela faleceu. A pergunta que fica é: E se aquele primeiro médico tivesse escutado ela? E se ele tivesse ao menos pedido um exame de sangue? Se ela não tivesse que esperar 3 semanas para tomar coragem para procurar um serviço de saúde novamente depois da humilhação que passou? Será que este tempo não teria feito a diferença frente a uma doença tão agressiva? Quis contar a vocês esta história porque não quero que ninguém mais passe pelo que ela passou um dia. Nem que alguém tenha que perder alguém que ama por negligência e preconceito (participante).

A partir dos relatos foi possível certificar o que outros estudos já apontam, que o estigma em relação ao peso pode influenciar negativamente no nível e na qualidade do atendimento às pessoas gordas (WHARTON et al, 2020). Por fim, as participantes relatam indignação por não receberem o mesmo tratamento que pessoas não gordas recebem.

Tenho dezenas de memórias, sem exagero, o mais comum é a negligência, saber que os mesmos sintomas em uma pessoa magra seriam tratados de outra maneira. Qualquer problema, mesmo que não associado ao peso, a indicação é emagrecer (participante).

Outros estudos também evidenciam um tratamento diferencial, como por exemplo a pesquisa que demonstrou que os médicos gastam menos tempo em consultas e fornecem menos orientações para pessoas gordas em comparação com pacientes magros, pois veem estas como pacientes não aderentes (PHELAN et al, 2015). Ou então a pesquisa de Persky e Eccleston (2011), em que os estudantes exibiram menor contato visual com o paciente gordo, demonstrando um exemplo concreto de um comportamento interpessoal negativo. Sendo assim, a discriminação em relação ao peso irá ter impacto na oferta de serviços de saúde e no acesso desigual, comprometendo a equidade dos serviços de saúde.

A equidade é entendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas (MALTA, 2001, p.135).

Segundo Garrafa, Oselka e Diniz (1997), equidade significa reconhecer igualmente o direito de cada um a partir das suas diferenças. Por isso é preciso tratar as diferenças sem discriminação, a pessoa gorda deve ter o mesmo direito na qualidade e no acesso à saúde. A postura gordofóbica reproduzida dentro dos serviços de saúde acaba tornando-se um paradoxo, pois muito se anuncia “preocupação” com a saúde das pessoas gordas, porém estas não recebem mais atenção e cuidado.

4.4.8 Violência de gênero contra as mulheres

As mulheres gordas estão sob dupla vulnerabilidade por serem gordas e por serem mulheres, pois distintas formas de opressão se sobrepõem e se influenciam mutuamente (RODRIGUES, 2013). Em relação a mulheres cis gordas participantes desse estudo, pode se perceber uma violência⁴⁸ baseada no gênero, na forma de estigmatização da sua condição e na violação dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Bowser e Hill (2010) elencam as principais categorias⁴⁹ de práticas violentas contra as mulheres nas instituições de saúde, ao longo da análise serão abordadas algumas delas como: cuidado indigno e abuso verbal; discriminação baseada em certos atributos; abandono, negligência ou recusa de assistência.

Importante lembrar que o corpo feminino é considerado defeituoso, imprevisível e perigoso, objeto de direito dos médicos, visto a partir de uma perspectiva medicalizada, permeada pela culpabilização da sexualidade feminina (SENS, STAMM, 2019). De acordo com Ávila (2003, p.467), a “[...] repressão e esse controle do corpo e da sexualidade são elementos centrais da dominação patriarcal e da sua reprodução”. Por isso, os corpos femininos são mais suscetíveis às intervenções médicas (GELSLEICHTER, 2019). Segundo Moretti-Pires (2017), a educação médica ainda mantém um olhar biologicista e patriarcal sobre o corpo feminino, assim como conservadora e limitada na questão de gênero (lógica binária e heterossexualidade compulsória). O controle patriarcal sobre o corpo das mulheres pode ser observado na abordagem machista realizadas pelos profissionais de saúde:

Ouvir também de nutricionista numa clínica de emagrecimento em Salvador, depois de um esforço enorme para emagrecer: "vamos sair dos 70 quilos porque 70 não é peso de mulher" (participante).

Passava com um psiquiatra particular, no intuito de cuidar da minha ansiedade generalizada. Após alguns meses de tratamento, ele me disse que os remédios que havia me receitado iriam contribuir para o emagrecimento. Que eu deveria parar de comer carboidratos, pois ele um dia já foi gordo e sabia o quanto eu estava infeliz e doente. Disse que via em meus olhos o desejo de ser elogiada por homens e ouvir cantadas na rua. Passei a consulta toda em silêncio, me sentindo desrespeitada. Em nenhum momento ele me perguntou se eu gostaria de emagrecer, se eu estava infeliz com o meu peso, como era a minha rotina alimentar. Apenas foi inferindo tais situações. Além de considerar que eu gostaria de ser cantada por homens na rua. Me senti bastante violentada e a partir daquele dia, não voltei mais nele (participante).

48 Lembrando que violência envolve a violação de direitos tanto da perspectiva legal e ética.

49 As práticas violentas contra as mulheres nas instituições de saúde segundo Bowser e Hill (2010) são: Abuso físico, Imposição de intervenções não consentidas ou intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas, Cuidado não confidencial ou não privativo, Cuidado indigno e abuso verbal, Discriminação baseada em certos atributos, Abandono, negligência ou recusa de assistência e Detenção nos serviços.

Ou seja, “[...] apesar de todos os avanços e conquistas das lutas feministas, ainda vemos uma sociedade permeada de valores da cultura patriarcal” (PICHETTI, 2020, p. 63). Esses valores serão reproduzidos também dentro dos serviços de saúde, alimentando o contexto de insegurança e insatisfação das mulheres em relação ao próprio corpo e a dependência desse olhar do outro para sua legitimação (FERREIRA, MAGALHÃES, 2011). Assim como, exercendo controle sobre os corpos das mulheres, exigindo uma adequação ao referencial de magreza, sujeitando-as a todo tipo de sacrifício para corrigir, transformar e reconstruir seu corpo, com dietas, medicamentos e cirurgias plásticas (WITT, SCHNEIDER, 2011; GAUTÉRIO, SILVA, 2014;).

O que se espera do corpo dito feminino, é a sedução, a heterossexualidade, um corpo que esteja disponível e em torno da figura masculina (TEO, 2010). Uma vez que, “[...] el cuerpo de las mujeres siempre será un territorio en disputa de las diferentes formas de poder patriarcal.” (CUELLAR, ORTIZ, 2013, p.68). Sendo assim, outra forma do patriarcado se expressar na abordagem das mulheres gordas dentro dos serviços de saúde foi por meio da ameaça que se continuar gorda nenhum homem ficará com elas.

Na UBS, uma médica cubana disse que eu seria uma mulher solitária por ser gorda, porque toda mulher gorda que ela atendia era sozinha e infeliz, que homem não ficava com mulher gorda. Eu só tinha ido até a consulta porque o SUS exigia um encaminhamento para eu poder passar pelo oftalmologista. Eu me senti muito mal, chorei vários dias por causa dos comentários dela. Hoje dependendo de como me sinto no dia, ainda choro quando lembro do tratamento que recebi (participante).

Consulta de rotina e eu queria tirar algumas dúvidas sobre o anticoncepcional que eu tomava na época, mas logo no início da consulta o médico me disse que eu estava gorda (como se eu nunca tivesse percebido. rrsrr) e a partir daí toda a consulta girou em torno disso. Ele listou meus possíveis problemas por estar acima do peso, a dificuldade que seria para ter relação, engravidar e até parir. Chegou a deixar implícito que achar um parceiro já seria complicado (participante).

Quando era criança (por volta de 10-12 anos) minha mãe me levou junto à consulta do meu irmão com endocrinologista por não ter com quem me deixar no dia. O médico, apesar da consulta nem mesmo ser sobre mim, disse para eu emagrecer e afirmou como "incentivo" que se continuasse gorda só namoraria gordos (implicando que seria ruim) (participante).

A psiquiatra da minha mãe disse para ela que eu tinha que tomar cuidado para o meu marido não me largar porque ele era magro e eu estava muito gorda (sendo que eu era 25 anos mais jovem que ele e ainda ganhava mais) (participante).

Outra vez, eu tinha aproximadamente 12 anos de idade ou até menos, é um médico ao me examinar, fala a seguinte frase para a minha mãe “essa aí quando subir em cima do namorado, vai matá-lo” (participante).

“Como uma menina bonita como você vai arrumar namorado com esse peso”, em uma consulta no postinho (participante).

Além de machista, esse tipo de fala manifesta a rejeição e repulsa das pessoas gordas enquanto desejáveis, fundamentada na crença de que possuem um corpo indesejável que viola as normas estéticas (FARRELL, 2011). Segundo Piñeyro (2016), no âmbito das relações afetivo-sexuais, o medo da solidão⁵⁰ faz com que a pessoa gorda suporte o insuportável, pois supõe que ninguém vai querer estar com ela. De forma grosseira e até mesmo algo inimaginável de que pudesse acontecer em um serviço de saúde, uma das participantes relatou a seguinte situação:

Recentemente entrei num grupo no posto da saúde do bairro para perda de peso mas a médica era obviamente gordofóbica e, em sala, reproduzia frases de preconceito que aprendeu com a vida com o intuito de nos motivar, o grupo era formado por senhoras com problemas de saúde devido à dieta errada e ganho de peso, parei de ir quando escutei ela dizer para "não nos enganarmos quando um homem quisesse nos levar para a cama, na realidade as gordas fazem coisas que as magras se recusam, mas as gordas aceitam tudo para se mostrar poderosas!" (participante).

A fala expressa como se a mulher gorda não pudesse ser desejada e tivesse que compensar sexualmente a outra pessoa. De acordo com Jimenez (2020, p. 160), a “[...] violência de gênero aqui aparece pública e agressiva, como uma vingança contra todas as mulheres que não estão no peso ideal estipulado socialmente”. Conforme os relatos, os profissionais de saúde fizeram questão de expressar verbalmente que ser gorda não é atraente nem bonito, reforçando que uma mulher só pode ser bonita se for magra.

Fui a um ortopedista devido a dores na lombar, antes de me examinar ou solicitar qualquer tipo de exame, afirmou que as dores eram resultado da minha “obesidade”. Começou a dizer que no passado mulheres obesas eram vistas de forma positiva, mas hoje a sociedade tinha “evoluído” e a minha “estrutura” não era mais saudável e atraente. Essa situação me constrangeu bastante, ele me indicou remédios e fisioterapia, mas não retornei mais a clínica (participante).

Desde muito nova sinto dores no joelho e os profissionais sempre alertaram a minha mãe para que eu perdesse peso. Mas um momento que mais me chocou foi aos 18 anos (hoje tenho 20) em um desses episódios marquei consulta com o ortopedista chegando lá fiz raio x e ele começou a falar várias coisas do tipo (tem que emagrecer viu? você sabe que você não está gostosa você está gorda, sua articulação está encurtada você precisa mudar isso) no momento não percebi que era gordofobia médica, mas fui para casa sem chão e triste (participante).

Consultório médico, ginecologista, estava na primeira consulta com a médica, por rotina, ela não fez anamnese, não perguntou sobre a minha atividade sexual. A primeira frase que ouvi da médica foi que eu era obesa e deveria emagrecer porque aquilo me deixava feia e eu era muito nova para ser gorda (participante).

⁵⁰ Jessica Balbino (2020) fala sobre a solidão da mulher gorda e como ela está condenada a ser invisíveis apesar do tamanho do seu corpo. Segundo Jimenez (2020) as pessoas não querem ser reconhecidas enquanto próximas de uma pessoa gorda, por isso escolhem não se relacionar ou então conforme Balbino (2020) não assumem publicamente – mesmo que não seja difícil encontrar parceiros sexuais (em segredo).

Wolf (1992) escreve sobre como a construção do ideal de beleza feminina é uma forma de dominação masculina e patriarcal, e conforme os relatos, é possível ver a instituição saúde reproduzindo que a função social da mulher é ser bonita. Afinal, para as mulheres ser magra não é pré-requisito só de beleza, mas é imprescindível para ter aprovação social e familiar, permite reconhecimento e êxito social (sucesso nos relacionamentos e na profissão) (AGENDES, 2012; GAUTÉRIO, SILVA, 2014).

Fui em uma nutricionista quando era criança que me disse que eu era feia e gorda e que meninas deviam ser bonitas e magras. Minha mãe me arrastou para fora do consultório comigo em prantos (participante).

Ou seja, “[...] esse tipo de controle está atrelado ao conceito de que você, mulher, deve ser bela. Essa é sua única função na sociedade” (PATRICIO, 2015, p.1). A partir disso, os profissionais automaticamente concluem que a mulher procurou o serviço de saúde por uma preocupação estética e porque quer ficar bonita.

Fui em uma nutróloga em busca de uma alimentação mais consciente e sem encostar em mim ou fazer qualquer exame, automaticamente concluiu que eu estava ali para “emagrecer e ficar bonitona”. Não aceitou “bonita eu já sou, só quero me alimentar melhor” como resposta (participante).

Os médicos sempre estão julgando que minha vontade é virar musa fitness. Mas eu só quero cuidar da minha saúde e evitar doenças crônicas (participante).

Além de oferecer os tratamentos de emagrecimento como uma estratégia para ficar bonita, ou seja, motivos estéticos sob o alibi da prevenção médica. Com os relatos, fica visível a relação tênue entre estética e saúde pelos próprios profissionais de saúde, que ao prometer beleza acreditam que irão convencê-la a realizar o tratamento de perda de peso.

Na adolescência, o endócrino disse que ia me transformar na Tiazinha e eu ia ficar linda, me encheu de remédios tarja preta com 13/14 anos (participante).

A primeira vez foi em uma consulta com ginecologista que me passou remédios para tratamento da SOP e no final da consulta disse para eu não ficar preocupada, que se eu fizesse o tratamento corretamente eu iria emagrecer e ficar linda. No começo achei que era elogio, mas só anos depois percebi que não foi legal, pois sou linda e não preciso emagrecer para se bonita (participante).

Sofri gordofobia por parte da médica cardiologista, onde disse que eu ia ficar mais “bonita” com menos peso (participante).

A médica disse que eu tinha 6 meses para ficar “bonitona” (magra) (participante).

Endocrinologistas passavam remédios e dietas extremamente restritivas, diziam que eu precisava ter mais força de vontade para ficar bonita (participante).

Nota-se que a preocupação dos profissionais de saúde extrapola a questão de saúde, envolve opressão de gênero e opressão estética sobre as mulheres. Segundo Naomi Wolf

(1992), o mito da beleza é recurso de controle social, ou seja, a obsessão pela beleza é a obsessão pela obediência das mulheres. Segundo a autora, a dieta é uma forma de controle do corpo feminino, o maior sedante político da história das mulheres pois a dieta incita características como passividade, ansiedade, culpa, submissão, quer dizer, o mito da beleza não é mera causalidade.

Além de ser bela, as mulheres precisam desempenhar seus papéis sociais estabelecidos, como por exemplo, ser mãe. Historicamente, a saúde reduz a mulher⁵¹ a sua capacidade reprodutora, demonstrando o discurso patriarcal, machista, sexista e misógino que permeia a própria saúde (MORETTI-PIRES, 2017). Conforme as participantes, é comum os profissionais assumirem que todas as mulheres querem engravidar.

Estava no ginecologista e ele me falou que deveria emagrecer para pensar em ter filhos, mas em nenhum momento eu falei que queria ter filhos (participante).

[...] o ginecologista alertou que minha gravidez seria de altíssimo risco, se é que eu conseguiria engravidar. NENHUM desses 3 médicos sequer me perguntou se engravidar era uma vontade minha (participante).

Foi no posto de saúde do meu bairro, fui realizar uma consulta com ginecologista, e no acolhimento, foi realizado a pesagem, onde estava pesando 70kg, tenho 1,58cm, na época não me considerava obesa, hoje obesa. O ginecologista comentou que eu deveria emagrecer, porque caso eu ficasse grávida eu chegaria aos 100kg, sendo que fui a procura do mesmo, para fazer uso de pílula, não falei em nenhum momento sobre filhos, na época tinha 23 anos (participante).

Uma médica uma vez insinuou que a minha falta de vontade de engravidar era por medo de morrer por ser gorda e não porque eu não quero ter filhos (participante).

De acordo com Ávila (2003, p. 466), “[...] os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e conseqüentemente da vida democrática”. Desta forma, os direitos sexuais e reprodutivos estão vinculados à liberdade, autonomia e autodeterminação no exercício da sexualidade e reprodução, a não-discriminação, igualdade e diversidade.

Porém, a realidade concreta e relatada pelas participantes demonstra uma série de violações dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres gordas, como por exemplo, o direito a contracepção negado. Costa et al. (2006) ressaltam a iniquidade na oferta de métodos contraceptivos e a falta de informação sobre as possibilidades existentes. Além disso, conforme

51 Não considerando a diversidade de mulheres, sempre trabalhando dentro da lógica hetero-cis-normativa, excluindo mulheres lésbicas, bissexuais, transsexuais e pessoas não binárias.

Pichetti (2020, p. 91) as “[...] mulheres ficam reféns da opinião particular dos profissionais, que muitas vezes se negam a respeitar essa escolha, legado da medicalização dos corpos das mulheres”. E mesmo que os métodos anticoncepcionais sejam prescritos para algumas mulheres de maneira super facilitada, outras possuem o direito à contracepção negado pelos profissionais, os quais utilizam de “argumentos violentos travestidos de embasamento científico” (PICHETTI, 2020, p. 91).

Aos 15 anos comecei a namorar e busquei um ginecologista (particular) pois queria tomar anticoncepcional. O médico disse que não acreditava que eu realmente precisava do AC pois gorda daquele jeito não era possível alguém estar transando comigo. Saí sem anticoncepcional (participante).

[...] o ginecologista não acatou meu pedido de colocar DIU, com argumentos sobre peso, sobre engravidar (que é algo que não quero), mas ele insistiu que eu preciso emagrecer senão quando engravidar meu corpo não vai suportar a gravidez, e não posso usar DIU porque seria mais difícil engravidar depois (participante).

Negar a prescrição de métodos anticoncepcionais por julgamentos morais e estereótipos de que tipo de mulher pode exercer a sua sexualidade, ou condicionar a prescrição do contraceptivo à perda de peso é negar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres gordas, é proibi-la de ter controle sobre sua vida sexual e ainda fazê-la correr o risco de uma gravidez não planejada. Outra situação relatada, demonstra o descaso dos profissionais em relação à contracepção das mulheres gordas:

A cirurgia bariátrica foi a mais triste. Foram meses de preparação e uma cirurgia aberta, difícil que sem explicações não baixou meu peso. No mês seguinte engravidei e as palavras do médico foram: "esqueci de dizer que a pílula não iria funcionar" (participante).

Mudei de ginecologista, fiz o preventivo e na consulta do retorno, como me queixo muito de dores de cabeça, a médica me mandou suspender a pílula, argumentei que não pretendia engravidar, ela olhou para mim e disse que isso não aconteceria, pois se algum dia eu quisesse engravidar, teria que fazer tratamento, podia ser pelo hipotireoidismo, pela idade, mas o olhar dela me deixou claro que era pela obesidade que ela estava falando. Saí mal de lá e não voltei mais nela. Dois anos depois, estou grávida, graças à gordofobia dela, pois ficar sem pílula, apesar de fazer "tabelinha" (por minha conta) não foi suficiente. Já pensei em escrever uma carta para ela, para tentar evitar que outras pessoas passem pelo que eu passei, mas como vai ser a minha palavra contra a dela, achei melhor não me desgastar (participante).

De acordo com Junior et al (2021), as mulheres, no pré-operatório da cirurgia bariátrica, deveriam ser informadas sobre o impacto do procedimento na saúde reprodutiva e como realizar uma contracepção segura e eficaz. Mas o descaso também está associado ao “mito” da infertilidade da mulher gorda.

Quando o ginecologista disse, antes de me examinar, que eu não ia conseguir engravidar se eu não emagrecesse (eu não queria engravidar e ovulava normalmente, como exames mostraram) (participante).

Já ouvi diversas vezes de nutricionistas, endocrinologistas, ginecologistas e obstetras que jamais engravidaria por causa do meu peso, isso no primeiro contato (participante).

Isso exemplifica como o discurso científico que associa o excesso de peso à infertilidade acaba se tornando um preconceito clínico na prática dos profissionais, que pode levar à negligência e restringe o acesso à saúde das mulheres gordas. Outra forma de como um discurso científico (risco de complicações devido à “obesidade” materna) pode se tornar uma ação discriminatória, é quando os profissionais negam o direito de as mulheres gordas engravidar, configurando também uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos.

[...] se a questão for gravidez, aí é um horror completo. Os médicos têm medo de que gordas engravidem (participante).

Fui ao ginecologista consultar sobre a possibilidade de engravidar e o médico me disse que engravidar seria a pior coisa que poderia acontecer na minha vida, porque eu já era gorda e ficaria mais gorda ainda (participante).

Outra situação foi com uma ginecologista que disse que não recomendaria que eu engravidasse pois provavelmente teria um filho deficiente, que eu ficaria sem respirar na gestação e que eu provavelmente mataria meu filho se engravidasse com obesidade e que portanto não me receitaria nada, negou-se a me ajudar a engravidar enquanto eu estivesse gorda, porém eu tenho 33 anos, ou seja, não posso mais esperar tanto, tendo em vista a fase fértil da mulher, expliquei isso a ela mas ela permaneceu com a mesma atitude, enfim (participante).

Em outra situação em que procurei um ginecologista porque estava sem menstruar há mais de dois meses e estava preocupada com uma possível gravidez ele me disse que eu não poderia nem pensar em engravidar com o peso que eu estava porque eu e o bebê poderíamos morrer, foi esse evento que me motivou a procurar a cirurgia bariátrica (participante).

Outra vez foi em janeiro 2020. Descobri minha gestação no final de dezembro de 2019, no meio processo para bariátrica, o obstetra que me atendeu, antes de qualquer exame, disse "você não tem peso para engravidar, você tá muito acima do peso" (participante).

Um discurso eugenista⁵² de que tipo de mulheres podem ou não engravidar, assim como aterrorizar a mulher gorda de que ela e o bebê morreriam, a fim de convencê-la a não engravidar. Negar o direito à contracepção ou à concepção baseada em preconceitos clínicos, se configura uma prática violenta, que conforme as categorias de Bowser e Hill (2010), seriam a discriminação baseada em certos atributos, violando a igualdade de direitos, a não

52 Conforme Stepan (2005) médicos eugenistas encorajavam grupos considerados adequados a se reproduzir e desencorajavam (e até mesmo impediam) que grupos considerados indesejáveis se reproduzissem, para evitar falhar hereditárias.

discriminação e equidade da atenção, pois envolve tratamento diferencial depreciando as mulheres com atributos considerados negativos (pobres, não-escolarizadas, mais jovens, negras) e aqui incluo as gordas.

Outra categoria de Bowser e Hill (2010) é o cuidado indigno e abuso verbal, violando o direito ao respeito e dignidade que envolve comunicação desrespeitosa, subestimar e ridicularizar sua dor, humilhações de caráter sexual. Com os relatos das participantes, pode-se observar essa abordagem violenta nas consultas ginecológicas, durante o pré-natal e no parto.

Pichetti (2020) também cita a violência nas consultas de ginecologia, outra forma de violência institucional nos serviços de saúde sobre o corpo das mulheres. Ela se enquadra como uma violência de gênero e pode ser definida como “[...] toda forma de violência física, sexual ou psicológica, ocorrida tanto no âmbito privado quanto público durante consultas ginecológicas, sendo ela um legado cultural de uma sociedade construída sob a ótica do patriarcado, na qual o corpo da mulher é objetificado” (PICHETTI, 2020, p. 80).

Eu estava com candidíase e a ginecologista disse que era por causa do excesso de peso. Ainda foi enfática em dizer que não era gordofobia, era ciência (participante).

Quando engrordei, minha (ex) ginecologista me disse, com essas palavras, “como que pode você ter engrordado o mesmo tanto que alguém numa gestação, sem estar grávida? Quando engravidar você não vai nem conseguir sair da cama, vai precisar de um guindaste” (participante).

A pior experiência foi num ginecologista que me disse que eu não deveria usar calça jeans, eu fiquei preocupada e perguntei o motivo e ele disse que por eu ser gorda ficava horrível de calça (participante).

Uma vez eu disse para a ginecologista que eu estava sentindo dor no Papanicolau, ela me disse que era porque eu era muito gorda e gente gorda sente dor mesmo. Que eu nunca poderia parir porque eu era gorda e fresca (participante).

A violência nas consultas de ginecologia vai ter suas especificidades em relação as mulheres gordas, desde inadequação da estrutura física e equipamentos inadequados, constrangimentos e preconceitos devido ao peso, assim como agressões verbais gordofóbicas. Talvez por isso as mulheres gordas procuraram menos exames preventivos, como o exame Papanicolau (AMY et al. 2006).

É comum diversas mulheres relatarem desconforto, dor, vergonha, medo e até mesmo sensação de violação do próprio corpo durante o exame especular (PICHETTI, 2020). E devido à relação de poder entre profissionais e usuárias do serviço de saúde, um ato de violência e hostilidade pode ser naturalizado, ainda mais pela posição passiva em que é colocada a mulher durante esse procedimento (PICHETTI, 2020). E mesmo que ocorram situações desconfortáveis ou constrangidas – e até mesmo se sintam violentadas - durante consultas

ginecológicas, as mulheres costumam guardar consigo esses relatos, por acreditarem que não terão seus relatos validados (PICHETTI, 2020).

Outra violência institucional e de gênero contra as mulheres é a violência obstétrica⁵³ (LEITE, 2017). Este termo é utilizado para descrever diversas formas de violência (e danos) no atendimento institucional à mulher durante a gravidez, parto, pós-parto e aborto (DINIZ et al, 2015). A violência obstétrica inclui “[...] maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos” (TESSER et al, 2015, p. 2). Ela atinge as mulheres de forma diferenciada, como por exemplo, o estudo de Leal et al. (2017) que evidenciou as desigualdades na atenção ao pré-natal e parto estão relacionados à cor de pele e classe social⁵⁴.

Fato pouco explorado, porém, muito relatado pelas participantes, é que a violência obstétrica também é composta por gordofobia. Conforme Da Natividade e Costa (2021), as mulheres gordas são vítimas mais habituais de violência obstétrica, que sob justificativa de maior risco, recebem ofensas, comentários agressivos, entre outras violências. Desta forma, abaixo serão relatados alguns casos de gordofobia obstétrica desde a gestação, parto e abortamento.

[...] o obstetra que fez o parto do meu filho disse que não ia me mandar usar cinta pós-parto, já que minha barriga não tinha jeito mesmo, sem falar nos comentários que ele fez durante a cesárea (participante).

As situações gordofóbicas vivenciadas pelas mulheres gordas envolveram questões já analisadas nesse trabalho como acessibilidade e desumanização.

Desde as minhas consultas pré-natais ouvi que a maca não me aguentaria. Teria que me examinar no chão. Para não deixar as outras pacientes sem maca (participante).

Mas o meu parto foi traumatizante demais para mim. Fez eu nunca mais na vida tentar engravidar novamente. Ouvi desde que a agulha da anestesia não vai chegar, ouvi risos das enfermeiras, ouvi que o avental não me serviria e que era para rasgar algum lençol velho e colocar sobre mim, ouvi tantas coisas absurdas e tristes a meu respeito que o momento mais lindo e feliz da minha vida tenha me traumatizado pelo resto da minha vida. Não penso em engravidar nunca mais para não precisar passar por isso novamente (participante).

53 Na Venezuela foi aprovada a primeira legislação tipificando a violência obstétrica como: “Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres” (p.30 apud TESSER et al 2015, p. 3).

54 Segundo Leal et al (2017) as mulheres negras e pobres vivenciam um pré-natal mais precário, maior peregrinação por vaga nas maternidades, menor cobertura dos serviços, e até mesmo menos anestesia local na sutura do períneo de mulheres negras.

Engordei 1 quilo na gestação e o obstetra disse que eu iria parecer uma baleia se continuasse engordando (participante).

A falta de acessibilidade é uma forma de negar a humanidade daquele corpo, além disso, segundo Diniz e Carino (2019), a violência obstétrica é uma forma de desumanização das mulheres. Mas, em relação às mulheres gordas, o abuso verbal animaliza aquele corpo ao compará-la com um animal. A hostilidade do profissional chega ao absurdo de ameaçar e culpabilizar a mãe pela morte dela e do bebê.

Quando eu estava grávida meu segundo filho, tive um quadro de descolamento parcial de placenta. Isso me causou hemorragia e eu como sou leiga, fiquei desesperada. Estava muito fragilizada. O obstetra de plantão na emergência do hospital do meu plano de saúde na época, disse que se meu filho não morreu sufocado com a minha gordura, não ia morrer agora. E na sequência para me examinar, me forçou a ficar entre os apoios de pernas da maca de ginecologia, mesmo claramente não me cabendo. Ao reclamar ele disse que eu deveria aguentar, afinal, eu que comi até explodir e aquela posição era melhor para ele (participante).

Na minha primeira gestação a médica me olhou e logo falou "com esse peso ou você morre no parto ou essa criança nasce morta" essa foi a primeira vez que senti na pele o preconceito (participante).

Bom, um dos casos, foi em uma consulta de emergência, na minha segunda gravidez, só estava indisposta, então o médico falou para mim e para minha acompanhante, no caso minha mãe, que se eu ficasse gorda assim, não veria minhas filhas criadas, pois morreria antes por causa da gordura. Obs.: não sou diabética, não tenho pressão alta (participante).

Nota-se que os abusos verbais vêm acompanhado por culpabilização e ameaças – esse tom mantém a lógica defensiva e agressiva do legado da medicalização – que está fundamentado no abuso do poder médico (TESSER, 2017; DINIZ, CARINO, 2019; PICHETTI, 2020). Essa comunicação violenta muitas vezes vem disfarçada de preocupação e cuidado (PICHETTI, 2020).

No centro de saúde, foi durante o acompanhamento pré-natal. Apesar de ter engordado pouco, eu já era gorda quando engravidei, e cada vez que pesava escutava que eu tinha que comer só o que faz bem para o bebê, que tinha que fechar a boca, que gente "gordinha" tem mais chances de complicações etc. Sempre em um tom meio debochado (participante).

As mulheres gordas grávidas são culpabilizadas pelos profissionais de saúde, acusando-as de gerar mais complicações (como se tivessem controle sobre a situação), e repetidamente informadas de que possuem mais riscos e que seu parto será mais difícil (LUPTON, 2018; PICHETTI, 2020). Sendo assim, já são vistas como mães “ruins” por representarem risco para a saúde dos seus fetos (LUPTON, 2018).

Conhecer os fatores de risco deveria servir para o profissional manejar sua prática clínica de forma mais responsável e cuidadosa, ou seja, de forma a qualificar o cuidado. Porém,

conforme os relatos, o que se pode observar é uma visão deturpada de risco tornando-se um preconceito clínico, o qual faz o profissional duvidar de exames e de fatos.

Durante a minha gravidez, passei 9 meses ouvindo da médica que fez o meu pré-natal que eu estava com diabete gestacional pois estava muito gorda. Fiz 4 exames de diabetes, e nenhum acusou alteração, e quando chegava com o resultado, ela falava que os laboratórios que meu plano cobria, não eram confiáveis. Na última consulta, ela me esculachou falando que muitas mulheres como eu sonhavam em criar seus filhos, mas morriam numa sala de parto por pré-eclâmpsia ou outra doença recorrente de ter engordado tanto durante a gravidez. Detalhe: engordei 15 quilos... Nada absurdo!! A questão é que comecei a gestação com 95 quilos e terminei com 110 quilos (participante).

Estava emagrecendo consideravelmente, o que é preocupante na gestação, em minha terceira gravidez. O médico pesou e marcou 89 quilos, quando na verdade eu estava com 84 quilos e havia perdido 5 quilos em um mês. Ele não quis pesar novamente e ver que eu estava perdendo muito peso, e disse que "não adianta sonhar, porque eu ainda estava com o mesmo peso do mês anterior". Obviamente troquei de obstetra, e sim, perdi tanto peso que quando o neném nasceu, eu estava com 73 quilos (saí de 89 para 73) (participante).

O profissional fica obcecado e condicionado de que aquele fator de risco é perigo eminente e acredita que por isso pode ofender mulheres gordas que engravidaram:

Eu estava grávida e fui fazer pré-natal, primeira consulta. A médica, que é renomada, me chamou de gorda, burra por "me deixar engravidar" com aquele peso, entre outras coisas (participante).

Estava grávida e o médico me chamou atenção como se eu fosse inconsequente por ter engravidado aos 40 anos e gorda, sendo que a gravidez não foi planejada. Mesmo assim, fez uma brincadeira de péssimo gosto dizendo que dá próxima vez seria melhor eu colocar um comprimido no meio das minhas pernas e ficar equilibrando que só assim eu não abriria as pernas para fazer outro filho (participante).

Além de gerar discriminações no atendimento, que na prática clínica se manifesta na forma de negligência, abusos e a recusa do atendimento irá se relacionar com maiores riscos à saúde dessas mulheres.

Uma outra vez marcante foi quando fiquei grávida pela 2ª vez e tive um pequeno sangramento. O médico que me atendeu no pronto atendimento (minha médica estava viajando) disse que nem valia a pena iniciar um tratamento com hormônios para tentar "segurar" o bebê, já que em função do meu peso dificilmente eu conseguiria levar a gravidez até o fim. Só consegui consulta com a minha médica uma semana depois e ela disse que ter iniciado a medicação antes poderia ter dado resultado, sem ela eu não tive chance (eu perdi o bebê na 13ª semana de gestação) (participante).

Segundo Diniz et. al. (2015), quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais precário será o atendimento. As mulheres gordas foram repetidamente colocadas pelos profissionais de saúde como mais difíceis, demandantes, que dão mais trabalho.

Durante a anestesia peridural dos partos cesáreos, onde os anestesistas comentavam a dificuldade de realizar a anestesia dizendo: essa mãe é grande!!! (participante).

No meu parto quando o médico assistente falou que não foi consultado para operar uma gorda, então perguntei se onde ele havia estudado não tinha ensinado. Quis sair da mesa cirúrgica (participante).

A que mais me doeu. No final do meu parto cesáreo, a anestesista disse que eu deveria emagrecer antes de pensar em ter outro filho pois me costurar "dava trabalho" sendo que tive uma gravidez tranquila inclusive com a minha pressão arterial 12.8 em toda a gestação (participante).

Quando ganhei minha filha, sofri violência obstétrica por parte do anestesista que debochou de mim e me acusou de não colaborar com o parto por ser muito gorda (participante).

Chegando ao ponto de negar atendimento, que configura outra categoria sistematizada por Bowser e Hill (2010), que é referente ao abandono, negligência ou recusa de assistência as mulheres consideradas como queixosas, descompensadas ou demandantes, viola o direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde.

Outro que me marcou, eu estava com 120kg e um ginecologista disse que se eu engravidasse ele não queria ser meu médico, pois eu era uma bomba relógio, que eu deveria fazer uma bariátrica (participante).

Já sofri muito, principalmente sofri quando engravidei. Nos exames de pré-natal por verem que eu sou gorda só falavam que minha gravidez era de risco, mesmo vendo meus exames bons. Uma médica obstétrica se quer quis fazer meu parto alegando que ela não fazia parto de risco, sem ao menos ver meu caso! Me senti horrível e triste, grávida ainda, foi uma situação lamentável. Eu ansiosa com o parto, no fim deu tudo certo porque mudei de médico (participante).

Muitas mulheres gordas são incentivadas a perder peso durante a gravidez (NYMAN et al, 2010), condicionando a realização do parto normal a perda de peso.

[...] durante minha gestação que foi perfeita sem risco, ao fazer ultras com uma médica que não era a que acompanhava chamou minha atenção pelo excesso de peso, reforçou das dificuldades que eu enfrentaria se não perdesse peso, que isso poderia dificultar o parto normal que eu tanto desejava (participante).

Também se enquadra enquanto violência contra os direitos reprodutivos, a criminalização do aborto ou maus tratos (hostilidade, negligência e demora no atendimento) sofridos pelas mulheres em processo de abortamento (DINIZ et al, 2015).

Aos 22 tive um aborto espontâneo, não sabia que estava grávida. As enfermeiras que me colocaram da maca para a cama do quarto riram e falaram que ia precisar de guindaste, outras riram falando que foi por isso que eu perdi o bebê. Estava acordada, porém com os olhos fechados. Essa é só uma das histórias (participante).

A partir dessas análises, foi possível certificar a dupla vulnerabilidade das mulheres gordas (RODRIGUES, 2013). Pois, “[...] assim como o racismo, o patriarcalismo e a opressão de classe – a discriminação relacionada à gordofobia pode acentuar as opressões vividas pelas mulheres com obesidade” (GELSLEICHTER, 2019, p.64). Mas ainda são necessários mais

estudos que investiguem como a gordofobia se interconecta com outras opressões como opressão racial, sexual, heterossexual e de classe. Por isso, a importância da interseccionalidade nas pesquisas, que se propõe a interlocução de marcadores sociais como sexo/gênero, classe, raça, etnicidade, idade, deficiência e orientação sexual, a fim de articular as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação (CRENSHAW, 2002).

4.4.9 Reprovação do profissional de saúde gordo

Por fim, outra situação mencionada em relação à gordofobia presente nos serviços de saúde foi em relação aos próprios profissionais de saúde gordos. Algumas participantes da pesquisa também eram profissionais de saúde e relataram que o período de formação universitária nos cursos da saúde foi conturbado e excludente em relação aos seus corpos gordos.

Sou profissional da saúde sofri bastante na faculdade (participante).

Aos 17/18 anos fiz tratamento com endocrinologista para emagrecer, estava em fase de vestibular e relatei ao médico que queria o curso de nutrição, ele riu de mim na mesma hora e questionou: “Você? Desse jeito? Quer mesmo nutrição? Hahahaha” (participante).

De acordo com De Castro et al (2016), já na graduação, ter um corpo magro é considerado relevante e até mesmo determinante para ter sucesso profissional, principalmente para profissões como nutricionistas e professores de Educação Física que são mais cobrados para demonstrar na imagem de seus corpos uma aparência “saudável”. Depois de formadas, o ambiente de trabalho da saúde também se demonstrou hostil em relação aos seus corpos. As participantes relataram gordofobia dos próprios colegas de trabalho, envolvendo desrespeito, comentários agressivos, advertências e piadinhas.

Mas além disso, eu também sou profissional de saúde, então percebo a gordofobia de forma intensa no meu ambiente de trabalho e muitas vezes relacionadas a mim (participante).

Sou da área da saúde e outros colegas também da área falarem que eu não emagreço por falta de vontade. Que eu sou gorda e preciso emagrecer para não morrer de COVID-19 (participante).

Um dia eu comentando sobre o nutricionista gordo, com a minha chefe ela me disse em um tom muito agressivo, que eu estava vendo a questão da obesidade com um olhar romantizado (participante).

Sou nutricionista na atenção básica e sofro inúmeros preconceitos por parte da equipe de saúde da família e dos pacientes. Piadas como: se não sabe cuidar nem do seu

próprio corpo/peso, como vai cuidar dos outros; nutricionista que o SUS oferece para a gente é tão ruim que é gorda (participante).

Trabalho na saúde. Já sofri de gordofobia apenas com colegas de trabalho fazendo "piadas" (participante).

A desaprovação do corpo gordo por pacientes e colegas de trabalho gera situações de sofrimento no trabalho e compromete a saúde física e mental dessas profissionais (ARAÚJO, 2014; DE CASTRO et al, 2016). Entre nutricionistas gordas, o estigma por ser gorda afeta diretamente nas relações de trabalho e produz um sentimento de não pertencimento à profissão (DE CASTRO et al, 2016). Na pesquisa de Araújo (2014) as nutricionistas gordas não se sentiam aceitas pelos colegas de trabalho e foram discriminadas pelos empregadores que acreditam que elas não são capazes de representar a sua formação, ignorando o seu conhecimento técnico e científico.

As participantes relataram que a sua competência está associada ao seu corpo, e por serem gordas demonstram falta de credibilidade e sofrem reprovação.

Outra situação foi mais recente e em outro papel, pois sou formada em Nutrição e em um dos meus estágios em UBS em que atendia em conjunto com o médico era sempre tratada de forma diferente dos outros estagiários, visível a todos, até que no último dia, na despedida um dos médicos chegou perto de mim e disse que eu precisava emagrecer, pois a primeira impressão é a que fica e eu não iria ter sucesso na minha profissão se não cuidasse do meu corpo. Fiquei triste e agora mesmo formada não tenho coragem de exercer a Nutrição por vergonha de mim e do que vão falar (participante).

Por fazer faculdade de nutrição, a médica disse que eu sabia o que fazer e que como nutricionista não passaria credibilidade por estar acima do peso (participante).

Como médica e paciente você tem todo o seu trabalho e esforço sempre desmerecido pelo fato de ser gorda. Ter que sempre estar provando sua capacidade é frustrante e cansativo (participante).

Outra situação foi quando fui ao ortopedista por conta de um problema na coluna, e na conversa falei que era nutricionista, e ele me olhou de cima a baixo com olhar de reprovação (participante).

A pesquisa de Araújo (2014) analisou narrativas de nutricionistas gordas em relação ao mundo do trabalho, elas relataram que o exercício da profissão é desafiador, pois além de serem menosprezadas, são vistas enquanto incompetentes tanto pelos pacientes como pelos colegas profissionais. Afinal, o seu corpo é visto como um “cartão de visitas” e é a sua aparência física que lhe irá conferir legitimidade profissional (DE CASTRO et al, 2016; TAROZO, PESSA, 2020). As participantes relataram essa pressão sofrida de ser o exemplo para seus pacientes.

Outras vezes sempre acontece quando falo com alguma pessoa conhecida que estou na faculdade de nutrição já me olhando dos pés à cabeça e falando que eu tenho que dar o exemplo e geralmente já vem com uma receita para emagrecer junto (participante).

Na academia, de diversas alunas, alunos e profissionais da área (sou formada em Educação Física). O pior sempre foi ouvir dos profissionais da saúde que eu DEVIA ser um EXEMPLO, e não adiantava falar, eu precisava fazer NO MÍNIMO DOIS TIPOS DE EXERCÍCIO FÍSICO, treinar no MÍNIMO 5x por semana e DEVERIA reportar esses hábitos nas redes sociais, pelo simples fato de eu ser "exemplo", pois ninguém queria uma professora GORDA (participante).

Ou seja, o corpo é importante para a inserção no mercado de trabalho e demonstrar confiabilidade, se o profissional de saúde for gordo não irá transmitir credibilidade ao paciente: “se ela não faz consigo mesma, como vai conseguir comigo?” (DE CASTRO et al, 2016, p. 809). Entre as participantes, não foram mencionadas situações de gordofobia dos seus próprios pacientes, mas é muito comum que profissionais de saúde gordos sejam julgados pelos seus pacientes, os quais não acreditam na sua capacidade técnica.

4.5 CONCEITUANDO GORDOFOBIA MÉDICA⁵⁵

A gordofobia dificulta o acesso ao serviço de saúde e precariza os cuidados em saúde da pessoa gorda. Ou seja, a precarização do cuidado em saúde se dá quando não é ofertado um atendimento digno, quando as crenças e atitudes profissionais impactam nos cuidados que prestam (PHELAN et al, 2015). Considerando esse contexto, o ativismo gordo impulsionou a discussão da gordofobia nos serviços de saúde a partir da expressão “gordofobia médica” - a fim de denunciar a opressão vivenciada pelas pessoas gordas dentro dos serviços de saúde. Contudo, na área da saúde, este termo não é reconhecido como tal, e é necessário que a área da saúde se aproxime dos debates do ativismo gordo para compreender suas demandas. Rangel (2018) conceituou gordofobia médica como:

[...] um conjunto de práticas médicas que envolvem emagrecer a qualquer custo, independentemente de uma perspectiva mais ampla de saúde, envolvendo constrangimento do/a paciente gordo/a e prescrição compulsória de dietas e/ou da cirurgia bariátrica como meios de emagrecimento (RANGEL, 2018, p.79).

Importante mencionar, que ao analisar as respostas ficou explícito que quando se referiam à gordofobia médica, as participantes estavam retratando uma realidade vivenciada com os diversos profissionais de saúde e não apenas os profissionais médicos. Sabe-se que o exercício de poder e autoridade se estende em diferentes medidas a todos os profissionais da área da saúde (AGUIAR et al, 2013). Mas então porque a expressão faz referência direta à categoria médica? Talvez o termo apenas reitere e reproduza a assistência centrada no médico e a hegemonia do modelo biomédico. Dito isso, a gordofobia médica foi definida pelas respondentes da pesquisa como:

Gordofobia médica, é tratar o paciente com desprezo, minimizar seus sintomas, atribuindo tudo ao excesso de peso (participante).

É o ato de ofender, humilhar ou negar atendimento ao paciente devido seu peso (participante).

Acho que o breve resumo de gordofobia médica são os diagnósticos presuntivos a respeito do meu peso, a falta de investigação dos sintomas baseando tudo no corpo gordo que vê, além do despreparo e da falta de estrutura para atendimento de pessoas gordas (participante).

Ela parte da percepção, por parte dos médicos, das pessoas gordas como doentes, invariavelmente. E sob essa percepção, em razão do estigma, a legitimação

55 Nesta parte será debatido alguns dos resultados (referente a pergunta 25) oriundos do questionário online (Apêndice B) e tem por objetivo conceituar o termo gordofobia médica a partir da percepção de pessoas gordas participantes deste estudo.

negligência da saúde das pessoas gordas, a prática de hostilidade, violência, invasão e menosprezo (participante).

Conforme Silva e Santos (2019), a gordofobia médica se configura numa violação aos direitos humanos (direito à saúde da pessoa gorda não está sendo garantido) e a dignidade da pessoa humana. A gordofobia médica reforça preconceitos, estereótipos e se manifesta no atendimento hostil e/ou inadequado (SILVA, SANTOS, 2019), que pode se configurar uma forma de violência. Segundo Chauí (1985), violência é transformar diferença em desigualdade, uma relação hierárquica que domina e oprime o outro, anulando e impedindo sua autonomia, subjetividade, comunicação e ação. E quando essa violência é vivenciada dentro de um serviço de saúde pode-se referir a ela como uma violência institucional, que de acordo com o Ministério da Saúde:

[...] é aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à saúde, até a má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições (BRASIL, 2003, p.21).

No estudo de Aguiar et al (2013), sobre violência institucional nas maternidades, os profissionais geralmente não reconheciam frases jocosas, moralistas e preconceituosas como forma de violência, mas entendiam que algumas situações exigiam exercer sua autoridade. Muitas dessas condutas acabaram tornando-se toleráveis e vistas como necessárias, contribuindo e revelando uma banalização da violência institucional nos serviços de saúde (AGUIAR et al, 2013). Na relação profissional-paciente, as situações de violência são difíceis de serem percebidas, pois a violência institucional frequentemente está travestida de boa intencionalidade, ainda que implique anulação da autonomia e discriminação de classe, raça ou gênero (AGUIAR et al, 2013). Esta banalização, sistematicamente permite uma assistência violenta em um contexto em que se espera cuidado (AGUIAR et al, 2013).

Logo após essa análise, este trabalho propõe um conceito de gordofobia médica a fim de facilitar o seu reconhecimento e prevenção. A gordofobia médica é uma violência institucional exercida pelos serviços de saúde (públicos ou privados) no atendimento de pessoas gordas, que envolve falta de acessibilidade, abordagem violenta, preconceito clínico e negligência no atendimento, resultando no seu afastamento e estabelecendo uma precarização no acesso e no cuidado em saúde, tornando-se um fator de risco à saúde das pessoas gordas.

Lembrando que a gordofobia médica está associada a uma abordagem violenta; ao despreparo, desrespeito e autoritarismo dos profissionais de saúde; a reprodução de estereótipos, repulsa e preconceito em relação ao corpo gordo, os quais podem culminar em atos discriminatórios; a desumanização e culpabilização da pessoa gorda; aos julgamentos

antecipados sobre hábitos, características pessoais e quadro clínico; ao estabelecimento do peso como causa exclusiva de todos os seus problemas de saúde; ao desprezo das queixas e da motivação da consulta, limitando o atendimento à prescrição de emagrecimento; a utilização de táticas de intimidação para motivar mudanças de comportamento; a dificuldade ou falta de acessibilidade; a realização de diagnósticos superficiais e negligência no atendimento.

Reconhecer a existência gordofobia médica trata-se de combater o desrespeito, pois são inúmeros os relatos de pessoas hostilizadas e humilhadas nos serviços de saúde em virtude de serem gordas (SILVA, SANTOS, 2019). A gordofobia médica está ligada à retirada de direitos e de acesso à saúde das pessoas gordas, além de se configurar em um fator de risco e estar associada a declínios na saúde física e mental das pessoas gordas (PIÑEYRO, 2016). É importante pontuar que a gordofobia médica deve ser inaceitável, lidar com esse fato não é apenas uma questão de direito humano e justiça social, mas uma forma de promover, prevenir e tratar doenças (RUBINO et al, 2020).

4.6 GORDOFOBIA FAZ MAL À SAÚDE

A discriminação nos serviços de saúde atua como uma barreira no acesso à saúde, agindo como produtora de iniquidade na atenção e em condições adversas à saúde (BASTOS, GARCIA, 2015). Ou seja, a gordofobia nos serviços de saúde implica negativamente na saúde das pessoas gordas (PULH HEUER, 2009; PUHL, HEUER, 2010; HUNGER, MAJOR, 2015; SUTIN et al, 2016; UDO, PURCELL, GRILO, 2016; VADIVELOO, MATTEI, 2017) e gera uma precarização do cuidado em saúde das pessoas gordas. Por isso, é importante reconhecer e analisar as possíveis consequências da gordofobia na atenção à saúde da pessoa gorda.

Conforme debatido anteriormente, a qualidade do atendimento em saúde das pessoas gordas é impactada pelo estigma de peso (PHELAN et al, 2015; TAROZO, PESSA, 2020). E essa precarização do cuidado advém do tratamento discriminatório, da culpabilização da pessoa gorda, da falta de profissionais aptos, entre diversos outros aspectos que constituem um contexto que não favorece a busca pelos serviços de saúde pelas pessoas gordas.

Sair do consultório desanimada e se sentindo ainda pior (participante).

Frequentemente acarreta um atendimento hostil e precário e a um não incentivo de buscar acompanhamento profissional, uma vez que não há acolhimento, respeito e muito menos uma prática profissional baseada em evidências científicas (participante).

Isto é, um atendimento atravessado por agressões relacionadas ao peso⁵⁶, diagnósticos superficiais e negligência devido à atribuição automática de qualquer sintoma ao peso (AHIMA, LAZAR, 2013; CHRISLER, BARNEY, 2016; SILVA, CANTISANI, 2018). Além do risco de sobremedicalização e iatrogenias das pessoas gordas devido a prescrição indiscriminada e compulsória de medicamentos e de cirurgia bariátrica (CHRISLER, BARNEY, 2016).

Segundo Rangel (2018, p.80), “[...] as pessoas gordas se tornam um grupo fragilizado do qual o direito à saúde é usurpado pela violência verbal e psicológica por parte de profissionais da saúde à qual é frequentemente exposto em seu cotidiano”, o que fragiliza o vínculo da pessoa gorda com os serviços de saúde. Segundo Silva e Santos (2019), a gordofobia médica é uma violação aos direitos humanos, que reforça o estigma de peso, vulnerabiliza ainda mais a pessoa gorda e intensifica problemas de saúde.

⁵⁶ Como tratamento desrespeitoso, falas grosseiras, intimidação, assédio, hostilidade, provocações, imposição de valores, julgamento moral, pressões para perder peso (AGUIAR, D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, 2013; TYLKA et al, 2014).

Além disso, devido à esperada estigmatização, as pessoas gordas possuem menor propensão em buscar os serviços de saúde, demoram para buscar assistência à saúde, hesitam em submeter-se a exames preventivos, possuem maior relutância a retornar e completar o tratamento, e até mesmo evitam os serviços de saúde como forma de se proteger (PUHL, ANDREYEVA, BROWNELL, 2008; SABIN, MARINI, NOSEK, 2012; TEIXEIRA, PAIS-RIBEIRO, DA COSTA MAIA, 2012; SIKORSKI et al, 2013; CHRISLER, BARNEY, 2016; LANGDON, RUKAVINA, GREENLEAF, 2016).

Considerando esse contexto, será que as pessoas gordas se sentem acolhidas⁵⁷ pelo serviço de saúde? A fim de diagnosticar essa situação, uma das perguntas realizada as participantes foi: “*Você se sente acolhida(o) nos serviços de saúde?*” (n=515) dos quais 67,6% responderam não; 10,9% sim; 10,3% não sei; e 11,2% outras respostas. Em outras respostas as participantes relataram: às vezes/mais ou menos (n=22); depende muito do profissional (n=19); na maioria das vezes não (n=10); depois que emagreci, sim, quando era gordo, não (n=5); em geral sim com algumas exceções (n=2). Esse resultado é realmente assustador e indica a necessidade de melhorar e aprimorar o ambiente físico e o atendimento das pessoas gordas, por meio de uma comunicação adequada e um espaço acolhedor (FRIEDMAN, ASHMORE, APPLGATE, 2008). Lembrando que a integralidade da atenção à saúde depende de acolhimento, vínculo e autonomia do usuário (ASSIS, JESUS, 2012).

Porém, o que as pessoas gordas relatam é que o medo de vivenciar situações gordofóbicas dentro dos serviços de saúde pode acabar afastando-as. E isso vem sendo apontando por diversas pesquisas que demonstram a evitação dos serviços de saúde pelas pessoas gordas devido as experiências de estigmatização do peso (FOSTER et al, 2003; AMY, AALBORG, LYONS, KERANEN, 2006; PUHL, HEUER, 2010; BACON, APHRAMOR, 2011; SABIN, MARINI, NOSEK, 2012; CORDONI, ROSSAKA, REATO, 2014; LANGDON, RUKAVINA, GREENLEAF, 2016; RODRIGUES et al, 2016; OBARA, VIVOLO, ALVARENGA, 2018; SILVA, SANTOS, 2019).

Considerando essa situação, perguntou-se às participantes: “*Você já evitou os serviços de saúde de alguma forma?*” (n=515) das quais 64,9% responderam que sim e 35% responderam que não. Para aquelas que responderam que sim, também foi questionado: “*Se sim, por que você evitou os serviços de saúde? O que você deixou de fazer?*” (n= 319). Em relação ao porquê evitou os serviços as respostas mais recorrentes foram: medo de sofrer gordofobia, julgamento, ofensas, humilhação, discriminação, ser repreendida pela aparência,

⁵⁷ De acordo com Garuzi et al (2014) acolhimento envolve escuta qualificada, assistência resolutiva e estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário.

ser forçada a fazer algo que não queira, pela desumanização do atendimento, pela falta de tratamento individualizado, para evitar constrangimento e olhares, por vergonha do seu peso, pelo desconforto da frequente reprovação e terrorismo dos profissionais, por não ter conseguido atingir a meta de emagrecimento, pela dificuldade de agendar consultas, pela falta de estrutura física e porque não terem suas queixas e sintomas investigados.

Não queria me sentir diminuída e sair sem uma solução. Pagar para ser humilhada (participante).

Como não tinha conseguido atender a expectativa de resultados, preferi não retornar e ser humilhada (participante).

Ir ao médico para mim é frequentemente humilhante logo eu evito fazer isso, prejudicando assim a minha saúde (participante).

Por ser gordo e toda vez que iria consultar no postinho do meu bairro era obrigado a pesar, por isso deixei de ir ao médico por um bom tempo por vergonha de chegar lá e eles falarem para pesar e eu saber que a balança não aguentaria o meu peso (participante).

De acordo Mensinger, Tylka e Calamari (2018), são muitos os estudos que têm notado um atraso na procura de cuidados de saúde – principalmente mulheres⁵⁸ – na tentativa de evitar receber conselhos para perder peso e ser envergonhada. Neste mesmo estudo, a vergonha foi associada a um maior estresse relacionado à assistência à saúde, e desta forma, com uma maior evitação de cuidados de saúde (MENSINGER, TYLKA, CALAMARI, 2018).

Sinto vergonha de ir aos centros já pelo motivo de chacota. Profissionais de saúde já lhe olham diferente e sempre colocam a obesidade como problema de tudo (participante).

Saí frustrada e envergonhada. Por muito tempo evitei ir a médicos. Por muito tempo segurei essa culpa. Tempos depois entendi o que tudo aquilo significava, mas confesso que mesmo hoje evito consultas com médicos desconhecidos (participante).

Segundo Sutin, Stephan e Terracciano (2015), envergonhar as pessoas pelo seu peso não é motivador e as evidências ressaltam que essa atitude tem consequências negativas na morbidade e mortalidade. As participantes também relatam que o seu atendimento está limitado ao mesmo diagnóstico, não são examinadas, não encontram respostas nem tratamentos adequados e são culpadas por qualquer desconforto. Elas relatam estarem cansadas de receber sempre as mesmas recomendações e críticas.

⁵⁸ Por exemplo, as mulheres gordas procuram menos exames preventivos, como o exame Papanicolau (AMY et al 2006; ALDRICH, HACKLEY 2010). E relatam algumas barreiras, como a vergonha/constrangimento de serem pesadas, atitudes negativas dos profissionais, receber conselhos não solicitado para perder peso, saber que o profissional lhe dirá que precisa perder peso, inadequação da estrutura física e equipamentos (ALEGRIA DRURY, LOUIS, 2002; AMY et al 2006; THOMAS et al, 2008; PUHL, HEUER, 2010).

Porque não aguentava mais sofrer efeitos colaterais de remédios para emagrecer e sabia que se eu voltasse, ia ter que tentar outro medicamento (participante).

Cansei de ser "forçada" a fazer bariátrica (participante).

Fiquei anos sofrendo de síndrome do pânico achando que era pressão alta e com medo de ir ao médico e ele me mandar emagrecer (participante).

As falas demonstram a exaustão e o desapontamento relacionado à busca por cuidado em saúde, além de um verdadeiro pavor de procurar o serviço de saúde devido a traumas de atendimentos anteriores.

Apenas tomei trauma de médicos e profissionais por conta do meu peso sinto que me enxergam como um saco bem grande de gordura e doenças (participante).

Eu tenho pavor de ir a qualquer médico que eu já não conheça previamente (participante).

Respondi que raramente sofro gordofobia em atendimento de saúde, porque raramente vou ao médico, só se for o último caso, fiquei traumatizada (participante).

Ter crise de pânico só de lembrar, imaginar e ir postergando cuidar da minha própria saúde (participante).

Tudo aquilo que faz com que eu tenha medo e taquicardia todas as vezes que preciso procurar um hospital ou um especialista (participante).

Confesso que por traumas passados, já não procuro ajuda médica, infelizmente (participante).

Tensões e situações potencialmente ameaçadoras consequentemente fazem com que as pessoas gordas tenham maior tendência a evitar esse encontro (MENSINGER, TYLKA, CALAMARI, 2018). Esse medo fez com que muitas participantes não procurassem ajuda profissional por longos períodos.

Durante quase 1 ano não consegui ir aos médicos, mesmo precisando. Tinha medo de não caber nos aparelhos e me ofenderem novamente. Tive síndrome do intestino irritável, depressão profunda, síndrome do Pânico. Eu tive que me afastar do emprego e por meses, não saí de casa. Fiquei mal. Meus exames não indicaram nenhuma doença e por sorte consegui um convênio. Nessa brincadeira de medicamentos e depressão engordei mais 35 quilos. O que era ruim ficou pior (participante).

Saí arrasada de lá, pois estava com muitas crises de ansiedade e depressão por causa do meu estado. Já faz três anos e não consigo voltar ao médico desde então, por medo de mais episódios como estes (participante).

É um dos motivos para eu não procurar ajuda médica. Faz 6 anos que não passo por uma consulta médica (participante).

Segundo Phelan et al. (2015), pacientes que relatam ter experimentado situações de estigma de peso dentro do ambiente de saúde têm resultados de tratamento piores e é mais provável que evitem cuidados em saúde futuros, pois percebem que seu peso corporal poderá

ser uma fonte de constrangimento nesse ambiente (PHELAN et al, 2015). Isso faz com que muitas evitem ao máximo procurar atendimento de saúde. As participantes relataram que as consultas são adiadas ao máximo e a busca por ajuda acontece apenas se for extremamente necessário, pois, na maioria das vezes, realizam automedicação para resolver seus problemas de saúde.

Atualmente tenho evitado procurar atendimento médico porque, mesmo antes de ouvir a minha queixa já falam do meu peso (participante).

E até hoje não fui ver um ortopedista por uma dor na coluna porque sei o que vou ouvir (participante).

Hoje prefiro não ir ao médico, porque toda dor, segundo os médicos, é por causa da obesidade: dor nos joelhos e pés, estômago, dor de cabeça, crise de ansiedade (participante).

Fazer com que mesmo doente eu não queira ir ao médico pelo medo do constrangimento (participante).

Hoje, eu evito ao máximo recorrer ao atendimento médico. Acabo me obrigando (ou cedendo à pressão da família) para fazer exames uma vez por ano. Contudo, já não me sinto confortável nesse ambiente (participante).

Olha, eu nunca consegui voltar para uma sala de psiquiatra depois disso, mesmo precisando eu evito muito. Esse foi um dos piores dias da minha vida, até porque eu passei a recusar esse psiquiatra e as pessoas não entendiam o porquê. Eu nunca consegui falar isso porque sei que as pessoas vão dar razão para ele (participante).

No estudo de Puhl, Peterson e Luedicke (2013), 19% dos pacientes relataram que evitariam futuras consultas médicas e 21% buscariam um novo médico caso se sentissem estigmatizados. Devido a essas situações as participantes relataram deixar de investigar dores e doenças, negligenciaram sintomas, não deram continuidade a tratamentos, não realizaram acompanhamento pós cirúrgico, deixaram de realizar consultas periódicas e exames (como pré-natal e preventivo) e de procurar a emergência.

Além disso, as participantes deixaram de cuidar da sua saúde de forma preventiva e de realizar acompanhamento com médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, dentistas e profissionais de educação física – assim como deixaram de realizar atividade física. Ou seja, os procedimentos adotados pelos profissionais de saúde têm afastado as pessoas gordas dos serviços de saúde.

Deixei de ir a médicos, mesmo tendo queixas que gostaria de avaliar, deixei de ir a nutricionistas mesmo querendo ter mudança de hábitos (participante).

Já deixei de fazer uma ressonância porque não aguentava mais passar vergonha nas clínicas onde a máquina não me cabia. Hoje não sinto mais vergonha e reclamo, antes eu me encabulava e ia embora (participante).

Já adiei tanto uma dor na altura dos rins que precisei ser internada de emergência com icterícia para retirada de vesícula (participante).

Deixei de levar exames de sangue, aprendi sozinha a interpretar (participante).

Adiar ou evitar a busca por cuidados e aconselhamentos de saúde pode fazer com que pessoas gordas apresentem condições mais avançadas e mais difíceis de tratar (PHELAN et al, 2015; SILVA, SANTOS, 2019). Esse afastamento dos serviços de saúde pode contribuir para o mecanismo responsável pela relação peso-estigma-mortalidade (MENSINGER, TYLKA, CALAMARI, 2018). Conforme Sutin, Stephan e Terracciano (2015), o efeito cumulativo desse tratamento hostil pode ser uma menor expectativa de vida, no seu estudo, aquelas pessoas que experimentaram o estigma tiveram o aumento de 60% no risco de mortalidade em comparação com aquelas que não sofreram estigma, independentemente de seus hábitos. Desta forma, a gordofobia médica pode estar contribuindo para um aumento da morbidade e o risco de mortalidade das pessoas gordas (SUTIN, STEPHAN, TERRACCIANO, 2015; WHARTON et al, 2020).

Além disso, experiências de discriminação relacionada ao peso, como micro agressões diárias, irão gerar um estresse acumulado e provocar consequências na saúde da pessoa gorda (SCHVEY, PUHL, BROWNELL, 2014; SUTIN, STEPHAN, TERRACCIANO, 2015; CHRISLER, BARNEY, 2016). Essas experiências estressantes induzem a estimulação do cortisol⁵⁹, o aumento da pressão arterial, os níveis mais elevados de proteína C reativa circulante, a inflamação crônica e o maior risco cardiometabólico de longo prazo (PUHL, ANDREYEVA, BROWNELL, 2008; PUHL, HEUER, 2010; SUTIN, STEPHAN, TERRACCIANO, 2015; LANGDON, RUKAVINA, GREENLEAF, 2016; RUBINO et al 2020; ALBURY et al, 2020). O estresse também reduz o funcionamento do sistema imunológico, contribui para várias doenças crônicas, pode interferir no sono e altera o metabolismo independente dos hábitos de vida (BACON, APHRAMOR, 2011; TAYLOR, 2012). Desta forma, o alto estresse psicológico pode contribuir para a fisiopatologia associada à obesidade, assim como achados relacionados ao racismo, onde o estresse psicossocial pode elevar as respostas cardiovasculares (PUHL, HEUER, 2010).

Uma literatura crescente aponta a gordofobia como um fator de risco para as pessoas gordas (PIÑEYRO, 2016; JIMENEZ, 2020), pois aumenta a probabilidade de se engajar em

⁵⁹ O estresse crônico faz com que os níveis de cortisol sejam elevados e persistentes e isso pode ser prejudicial a longo prazo, pois inibe a resposta imunológica e está associado a hipertensão e resistência à insulina (VARTANIAN, SMYTH, 2013).

comportamentos alimentares danosos a saúde (como transtornos alimentares e compulsão alimentar), menor participação em atividades físicas devido o preconceito sofrido nesses ambientes, estão mais propensas a praticar medidas de controle de peso insalubres, também apresentam maior vulnerabilidade para depressão, ansiedade, baixa autoestima, isolamento social, insatisfação corporal, maior risco de pensamentos e atos suicidas (PUHL, ANDREYEVA, BROWNELL, 2008; PULH HEUER, 2009; PUHL, HEUER, 2010; LANGDON, RUKAVINA, GREENLEAF, 2016). A fim de investigar alguns desses efeitos da gordofobia, perguntou-se as participantes: *como a gordofobia afeta a sua relação com a comida? (n= 436); como a gordofobia afeta sua relação com a atividade física? (n= 445); e como a gordofobia afeta a sua saúde mental? (n= 429).*

4.6.1 Como a gordofobia afeta a sua relação com a comida?

A gordofobia promove uma relação transtornada com a comida, que muitas vezes já inicia na infância, como vimos anteriormente. O comer transtornado, a preocupação com o peso, práticas insalubres de controle de peso, a obsessão por comer alimentos saudáveis, oscilar entre privação e descontrole são reflexos da mentalidade de dieta que as pessoas gordas são impostas.

Tenho uma relação transtornada com a comida (participante).

E minha rotina sempre foi longos períodos de privação e depois completo descontrole (participante).

Também tem vezes que fico longos períodos sem comer, tipo punição ou desespero para emagrecer (participante).

Tenho obsessão por saber se estou escolhendo uma opção saudável ou não. Duvido o tempo todo sobre minhas escolhas alimentares estarem me fazendo mal ou não (participante).

Segundo as participantes, sofrer situações de gordofobia é um gatilho para ter episódios de compulsão alimentar. Isso já foi documentado em outras pesquisas como Puhl, Peterson e Luedicke (2013), em que 18% dos participantes relataram, após sofrer estigmatização pelo seu médico, se sentiram deprimidos e comeram mais. Conforme Tomiyama (2014), a compulsão alimentar pode ser uma forma de lidar com o estresse causado pelo estigma do peso.

Gatilho para compulsão (participante).

Sempre sofro episódios de compulsão quando isso acontece (participante).

Conforme Araújo (2019, p.3), “[...] a restrição prolongada pode levar ao desenvolvimento do comer compulsivo, o que gera um sentimento de culpa na pessoa, por estar

comendo o que “não devia”. Esse contexto não promove mudança de comportamento e não torna as pessoas mais saudáveis”. E, conforme as participantes, a gordofobia faz com que a comida seja relacionada a sentimentos de vergonha e culpa.

Sinto vergonha por dizer que estou com fome (participante).

Me sinto culpada quando como algumas comidas e outras vezes fico “já sou gorda mesmo vou comer” (participante).

Sempre senti muita culpa, desde 8 anos de idade (participante).

Isso pode chegar ao extremo de acreditar que, por ser gorda, a pessoa não tem o direito de comer, as participantes relataram ter nojo delas mesmas pelo fato de comer. Segundo Piñeyro (2016), a gordofobia está impregnada e enraizada na própria percepção da pessoa gorda.

Tenho medo de comer. Já senti nojo da comida e sinto nojo de mim quando como algo "não saudável." Provoco vômito quando sinto que comi demais (participante).

Me sinto mal com tudo que como, como se fosse podre por dentro (participante).

Esse cenário é desenvolvido ao longo da vida da pessoa gorda que é vigiada e ofendida até mesmo por estranhos. Conforme Rangel (2018), é frequente no dia-dia das pessoas gordas enfrentar dificuldades de ocupar espaços públicos. Pois, o corpo gordo é visto como um corpo público, e as pessoas em geral se sentem no direito de comentar o que estão comendo, oferecer dietas e lembra-las que deveriam emagrecer. Desta forma, uma situação corriqueira como comer em público pode se tornar um momento de exposição a situações gordofóbicas, por isso muitas participantes relataram que evitam comer em público.

Sinto que as pessoas julgam o que eu como, me sinto vigiada (participante).

Às vezes tenho vergonha de comer em espaços públicos, principalmente se estou sozinha (participante).

Tenho vergonha de comer em público (porque minha mãe dizia que era coisa de gordo nojento (participante).

É ok. Só jamais entraria em um restaurante sozinho (participante).

Uma pessoa já chegou diretamente para mim uma vez inclusive e disse justamente que eu já estava gorda demais para estar comprando chocolates (participante).

A loucura do mundo: quando me recupero da ortorexia e da bulimia, equilíbrio meu psiquismo e me engano com meu autocuidado, engordo. E engordar e visto, no mundo gordofóbico, como adoecimento e falta de cuidado de si. Sou ofendida pela família, amigos e pessoas que nunca conversaram comigo (participante).

De acordo com Piñeyro (2016), a pessoa gorda está condenada ao exílio, mas ao mesmo tempo vive uma *hipervisibilidad invisible*. Essa perda no direito ao convívio social

também afeta a comensalidade da pessoa gorda. A comensalidade é uma atividade socializadora que envolve comer junto, reunir as pessoas em torno da mesa, partilhar o momento e a refeição, ou seja, é uma forma de manter vínculos sociais (POULAIN, 2013; DE SOUZA LIMA, NETO, FARIAS, 2015).

Às vezes me faz recusar convites para sair e comer por medo de consumir comidas "não saudáveis" (participante).

E em eventos como almoços eu as vezes fico tão ansiosa de pensar que as pessoas vão ficar observando meu prato que fico sem apetite (participante).

Por isso “[...] a ocupação do espaço público por parte das pessoas gordas carrega em si um simbolismo forte” (RANGEL, 2018, p.88). Por fim, as participantes relataram que, mesmo que queiram desenvolver uma relação mais saudável com a comida, elas encontram dificuldades por não encontrarem profissionais não gordofóbicos. Os profissionais não podem se tornar uma barreira para uma alimentação saudável, eles precisam trabalhar com toda a complexidade do ato de comer.

Gostaria de ter uma relação mais saudável com minha alimentação, mas infelizmente não consigo achar profissionais não gordofóbicos e acessíveis (participante).

4.6.2 Como a gordofobia afeta sua relação com a atividade física?

A gordofobia e o medo de sofrer gordofobia se configuram em um fator relevante no afastamento das pessoas gordas da prática de atividades físicas, conforme discutido anteriormente. A gordofobia não permite que as pessoas gordas desenvolvam uma relação sadia com a prática esportiva desde a infância. Segundo as participantes, a gordofobia tira o prazer envolvido na prática de atividades físicas o que acaba afastando-as do esporte.

Me tira o prazer e a procura pelos esportes (participante).

Deixa de ser prazeroso realizar atividades físicas, e passa a ser por pressão psicológica (participante).

Nunca senti prazer em fazer atividade física porque sempre me senti inapropriada (participante).

A gordofobia faz as próprias pessoas gordas duvidarem da capacidade de seus corpos, pois não há referências de pessoas gordas movimentando seus corpos. Isto porque predomina o imaginário preconceituoso de que toda pessoa gorda é sedentária e que seus corpos não são capazes de praticar esportes.

Um colega de natação se mostrou surpreso com meu desempenho e pelo fato de não conseguir me superar e disse que para melhorar eu só precisava fazer uma dieta (participante).

Desta forma, a gordofobia tira o direito da pessoa gorda se exercitar, pois traz dificuldades para sua realização com segurança, o que faz muitas pessoas gordas deixarem de praticar uma atividade física. Conforme Lozano-Sufrategui, Sparkes e Mckenna (2016), pessoas gordas que sofreram estigma de peso estão mais propensas a ter comportamentos sedentários.

Procuro fazer atividades individuais e em horários em que poucas pessoas estejam presentes (participante).

Eu evito atividades ao ar livre, como em parques e praças (participante).

Todas as vezes praticamente. Eu amo esporte e sempre pratiquei muito. Na adolescência quando comecei a engordar eu parei de fazer esportes porque me sentia ridícula porque as pessoas ficavam me olhando e comentando, fazendo piadas sem graça. Deixei de fazer esportes por 2 décadas por conta disso, até que descobri um time de basquete só de mulheres que tem como ideologia o acolhimento e lá não faz diferença o tamanho do meu corpo (participante).

A gordofobia vivenciada durante a realização de atividades físicas também afeta a saúde mental das pessoas gordas, pois gera uma situação conflitante entre a exigência de se manter ativa e o sofrimento/ansiedade envolvidos na exposição durante a prática, além da sensação de fracasso e julgamento quando não atinge a perda de peso esperada.

Eu sinto muita vergonha de simplesmente fazer exercícios em público, como caminhar na praia, a ansiedade e o sofrimento que esta exposição me gera são muito grandes. É um grande esforço para eu tentar lidar com esse sofrimento para me manter ativa (participante).

Frequentemente desisto de fazer as atividades por conta de como afeta minha saúde mental (participante).

Iniciei com musculação, mas não gostava, foi frustrante! Uma vez cheguei na porta da academia e não consegui descer do carro, só chorava de desespero de estar lá (participante).

Me sinto impotente. Porque os resultados sempre são medidos com emagrecimento. E mesmo me sentindo melhor em tudo, sempre sou julgada como quem nunca faz o suficiente (participante).

A prática de atividade física precisa ser prazerosa, a motivação não deve ser a perda de peso e sim a qualidade de vida. As pessoas gordas devem ter o direito de se exercitar com segurança, além do mais é preciso desmistificar o imaginário de que pessoas gordas são sedentárias e de que não são possuem corpos capazes de realizar exercícios físicos.

De exercício físico eu também não gostava por ser sempre em ambientes tóxicos. Atualmente faço dança (sem objetivo de perda de peso) e amo (participante).

4.6.3 Como a gordofobia afeta a sua saúde mental?

A gordofobia também compromete na saúde psíquica e social da pessoa gorda, como ela é reproduzida nas mais diversas relações faz com que a pessoa gorda enfrente uma meio social hostil e que exerce influência direta sobre uma autoimagem negativa e dificuldades nas relações interpessoais, o que prejudica sua saúde mental (VIANA, REITZ, DE ASSIS, DA CORREGGIO, 2021).

Tive depressão por conta da não aceitação do meu peso (participante).

É difícil lidar com a repulsa que as pessoas sentem do seu corpo (participante).

Sempre queria pedir desculpas às pessoas por ter que olharem para um corpo gordo (participante).

A revisão de Tarozo e Pessa (2020) aponta para o grande impacto do estigma do peso na saúde psicossocial da pessoa gorda, como sofrimento psicológico, solidão, baixa autoestima, ansiedade, culpa, falta de confiança e insatisfação corporal. E a postura dos profissionais de saúde, o que dizem e reproduzem vai influenciar em como a pessoa vai se sentir - incapaz, desprezado, culpada, incompreendida – merecedora do preconceito, favorecendo a internalização do viés de peso e intensificando a vulnerabilidade da pessoa gorda⁶⁰ (PUHL; HEUER, 2010; MALTERUD, ULRIKSE, 2011; DURSO et al 2012; OBARA, VIVOLO, ALVARENGA, 2018).

Como você acha? Depois que a psicanalista disse que meu corpo é um exagero (participante).

De acordo com Rubino et al. (2020), a internalização do viés de peso seria quando a pessoa desenvolve auto culpa e estigma de peso autodirigido, pois internaliza esses estereótipos a si mesmo e realiza uma autodesvalorização. Segundo Bandeira e Batista (2002), o preconceito atinge a autoestima e a condição sócio moral da pessoa, ela é negada e ao mesmo tempo se nega, a negação do outro constrói a sua autonegação.

Me sinto fracassada, derrotada, constantemente rejeitada, inferior as outras pessoas, me sinto doente, inútil, sem valor, inválida, me sinto um lixo, me faz me ver e sentir como apenas um monte de gordura (participante).

Não me sinto atraente e nem digno de ninguém (participante).

Não acredito quando meus filhos falam que me amam por eu ser gorda (participante).

60 Importante pontuar que quanto maior o IMC maior é o estigma experienciado e internalizado, ou seja, mais propenso a sofrer a gordofobia e mais exposto à internalização do viés de peso (MENSINGER, TYLKA, CALAMARI, 2018). Além do maior IMC, as mulheres apresentam as maiores taxas de prevalência de discriminação de peso em adultos (RUBINO et al, 2020).

Ou seja, a desvalorização externa reflete numa autoavaliação negativa, envolvendo crenças negativas, depreciação, desequilíbrio emocional, falta de esperança e isolamento (TAROZO, PESSA, 2020). Essas consequências na saúde mental podem começar já na infância ou adolescência e podem durar toda uma vida (SUTIN, STEPHAN, TERRACCIANO, 2015).

Afetou muito minha infância, me deixando com alguns traumas e por consequência afeta quem eu sou hoje (participante).

Sou medicada para depressão desde 10 anos de idade. Sofri bullying, agressões e isso tudo me afetou o modo como me relaciono (pouco) com as pessoas e enxergo o mundo. Sigo me tratando (participante).

Como seria minha autoestima se não tivesse sofrido gordofobia? (participante).

Sofrer gordofobia no ambiente familiar pode gerar sentimentos de inferioridade, fragilidade, falta de confiança, assim como exposição a situações humilhantes e falta de apoio familiar (TAROZO, PESSA, 2020). Ainda, conforme os relatos das participantes, essa insegurança afeta o desenrolar da vida, desde os estudos, o trabalho e as relações interpessoais.

Ela nos deixa imensamente inseguras. Muitas vezes acredito que não sou tão capaz quanto uma pessoa magra, ou que sempre serei preterida em relação a uma magra (o que não é um exagero) (participante).

Me afetou nos estudos, no trabalho, no convívio social (participante).

Por sofrer gordofobia vivo me autossabotando, não gosto de sair na rua, não consigo me sair bem em entrevistas de emprego, na maioria dos casos, nem vou à entrevista, não faço amigos (participante).

A gordofobia promove a exclusão das pessoas gordas e intensifica a sua vulnerabilidade (PIÑEYRO, 2016). Isso porque a gordofobia também afasta as pessoas gordas de espaços de socialização, como de comemorações que envolvem comida ou então espaços públicos de prática de atividade física, pois são situações que as expõe à probabilidade de sofrer um assédio (CHRISLER, BARNEY, 2016). Amparo-Santos, França e Reis (2020) também apontam que as pessoas gordas não se sentem seguras e nem são estimuladas a se locomover pelos espaços públicos. A fim de evitar o risco de sofrer situações gordofóbicas, as pessoas gordas podem deixar de sair de casa, e momentos que deveriam ser de lazer se tornam uma fonte de ansiedade.

Evita sair de casa para socializar, se envolver amorosamente, tentar coisas novas, tenho medo de sentar e a cadeira quebrar (participante).

Vergonha, frustração, ansiedade para sair de casa e estar com pessoas (participante).

A sensação exclusão e de culpa são devastadoras. Me percebo comumente em atitudes de desprezo próprio, pela não aceitação do corpo e da imagem. Isso reflete em isolamento, gerando sentimentos de profunda melancolia e solidão. Percebo também

uma apatia diante do futuro que é tido como inatingível pelo sempre iminente risco de morte (participante).

Segundo Piñeyro (2016), a sociedade gordofóbica faz as pessoas gordas acreditarem que esse corpo não merece ser vivido e que devem estar em constante busca de fugir dele, pela incessante tentativa de emagrecer. Essa busca também foi relatada pelas participantes pela vontade de morrer e pelas tentativas de suicídio.

O pior me sinto tão mal a ponto de querer morrer. Já tentei mais não consegui, uma pena (participante).

Tenho vergonha de ser quem sou, me sinto suja, doente e condenada à morte, não tenho vontade de viver (participante).

Tem horas que a gente acredita que é melhor morrer logo (participante).

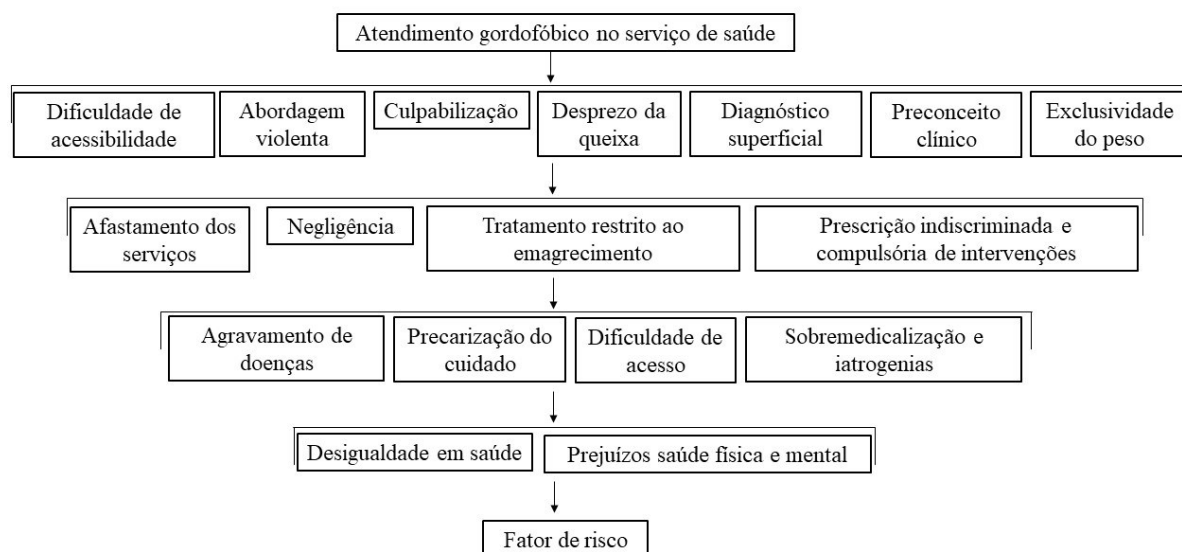
A gordofobia faz mal à saúde, age contra o bem-estar das pessoas gordas, de acordo com Jimenez (2020, p. 158) “[...] a gordofobia mata pessoas pela estigmatização desse corpo como dissidente”. Sendo assim, a gordofobia não constitui um incentivo para emagrecer e sim se configura um fator de risco, sendo prejudicial para o cuidado de si (PIÑEYRO, 2016). Pois como aponta Piñeyro (2016), é impossível uma vida com saúde quando uma pessoa sofre discriminação e está em constante ódio consigo mesma e seu corpo.

“[...] ¿cómo lograr el cuidado de los cuerpos desde el rechazo de los mismos? ¿Qué tipo de decisiones sobre nuestro cuerpo pueden ser tomadas desde el odio y el desprecio?” (PIÑEYRO, 2016, p. 62).

4.7 FLUXOGRAMA DA GORDOFOBIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Após a análise dos resultados, foi possível reconhecer como a gordofobia se dá nos serviços de saúde e suas possíveis consequências. Para facilitar a compreensão e divulgação desses resultados optou-se por sistematizar e elaborar um fluxograma. O fluxograma é uma técnica de representação gráfica que permite descrever determinado fluxo, como por exemplo o caminho percorrido pelas pessoas quando procuram algum serviço de saúde. Não se pretende universalizar essas vivências, mas exemplificar o desenrolar da gordofobia nos serviços de saúde de forma geral a partir dos relatos oriundos desta pesquisa. O fluxograma também permite identificar os problemas existentes e este é o primeiro passo para repensar a abordagem dos serviços de saúde em relação às pessoas gordas.

Figura 11 – Fluxograma do atendimento gordofóbico nos serviços de saúde e suas possíveis consequências



4.8 GORDOFOBIA UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A gordofobia nos serviços de saúde afronta os direitos básicos da pessoa gorda, pois favorece um atendimento simplista, estereotipado, estigmatizado que vulnerabiliza ainda mais as pessoas gordas, promovendo a sua segregação (SILVA, SANTOS, 2019). Por isso, reconhecer a existência da gordofobia é o primeiro passo para prevenir e evitar a sua reprodução.

[...] o Estado não está cumprindo sua obrigação ao permitir que situações de gordofobia médica ocorram sem enfrentamento direto, uma vez que este detém a incumbência de proteger a dignidade da pessoa humana que é direito de todos e princípio fundamental do estado democrático de direito (SILVA, SANTOS, 2019, p. 720).

Um dos grandes desafios do sistema de saúde é a efetivação de um acesso equitativo das pessoas gordas, pois a perpetuação de barreiras no serviço influencia na desigualdade de acesso aos serviços de saúde e fortalece mecanismos de exclusão social. Para isso, é necessário primeiramente identificar essas barreiras de acesso começando por adequações estruturais para garantir acessibilidade das pessoas gordas com segurança e comodidade, além da realização de um atendimento com qualidade, respeitoso e inclusivo (SIQUEIRA et al 2009; ASSIS, JESUS, 2012; SANCHEZ, CICONELLI, 2012; ARAÚJO et al, 2018).

Segundo Albury et al (2020), ter um ambiente de saúde acessível para pessoas gordas é o mínimo, este é só o primeiro passo para abordar a questão do estigma de peso dentro da saúde. Os autores dão alguns exemplos simples de como as instalações devem ser apropriadas para todas as pessoas independentemente do peso, cadeiras de tamanho adequado devem ser padrão, os corredores devem ser planejados para a livre circulação e o aparelho utilizado para aferir a pressão arterial de tamanho grande deve estar disponível e de fácil acesso nos serviços de saúde (ALBURY et al, 2020).

Os serviços de saúde precisam reestabelecer uma relação de respeito e confiança a fim de garantir o acesso à saúde das pessoas gordas. Mensinger, Tylka e Calamari (2018) sugerem a importância de se estabelecer um espaço de saúde acolhedor e seguro, sem vergonha e culpa, que respeite a todos, livre de micro agressões relacionadas ao peso até mesmo as involuntárias. Segundo os autores, os pacientes têm melhores resultados quando tem uma relação de respeito e confiança com seus profissionais de saúde. Utilizar uma linguagem apropriada já demonstra uma melhora na experiência da pessoa gorda nos serviços de saúde, como por exemplo uma linguagem livre de julgamento e de conotação negativa, evitar o uso de uma linguagem combativa, de humor humilhante, assim como uma linguagem que atribui responsabilidade, além de evitar fazer suposições sobre os hábitos das pessoas gordas (ALBURY et al, 2020).

Importante ressaltar que ameaçar, aterrorizar ou repreender não irá resultar em mudanças de comportamento e as pessoas respondem melhor a uma abordagem colaborativa (ALBURY et al, 2020).

Albury et al (2020) também indicam algumas orientações de como proceder no atendimento, primeiramente o profissional de saúde deve abordar a demanda e/ou queixa que levou a pessoa ao serviço de saúde. Iniciar uma conversa referindo-se aos tópicos mencionados pela pessoa e mostrar que está ouvindo suas demandas. Antes de falar sobre o peso da pessoa deve buscar permissão para discutir essa temática, oportunizando que a pessoa possa dizer que não quer discutir sobre isso neste momento ou então abrindo uma oportunidade para pessoa pedir conselhos e levantar preocupações se a pessoa desejar (ALBURY et al, 2020). É muito importante avaliar a prontidão do paciente de conversar sobre o peso assim como conversar sobre as experiências anteriores de perda de peso realizadas pela pessoa gorda (WARD, GRAY, PARANJAPE, 2009).

Conforme Amparo-Santos, França e Reis (2020), é necessário considerar a questão da obesidade como um assunto ético visto o sofrimento e vulnerabilidade das pessoas gordas causado pelo estigma. A parte positiva é que o estigma de peso é um fator de risco modificável, só precisamos fazer algo a respeito (BROCHU, 2020). E os profissionais de saúde ao invés de contribuírem para o problema podem até mesmo desempenhar um papel na redução do estigma e melhorar o envolvimento da pessoa gorda com o serviço de saúde (ALBURY et al, 2020; BROCHU, 2020). Silva e Santos (2019) dizem que para reverter a situação é preciso ter duas frentes de atuação: a punição das ocorrências e a conscientização dos profissionais da saúde desde a graduação.

Quando uma pessoa gorda sofre gordofobia dentro de algum serviço de saúde o que acontece? Para investigar como isso acontece, questionou-se as participantes da pesquisa: *“Você já denunciou algum caso de gordofobia sofrido em um serviço de saúde?”* (n=515), onde apenas 6,4% responderam *sim, denunciei*; 49,7% responderam *não denunciei, porque não sabia onde fazer a denúncia*; 34,3% responderam *não denunciei, porque nem sabia que era um caso de gordofobia*; e 9,5% responderam *outros*.

Saio da sala de exames e faço queixas escritas na recepção e também na internet no site da empresa e no Reclame Aqui. Meses depois uma atendente (call center) me liga pedindo para repetir o acontecido, escutam e dizem que o Laboratório pede desculpas por qualquer inconveniente. Pergunto o que será feito com o médico e dizem que será abordado por outros colegas sobre o tema (participante).

Não fizemos nenhuma denúncia nem nada pois essa situação acabou com minha energia. Desde então troquei meu plano de saúde (já faz uns 4 anos) e usei ele uma vez, pois tenho medo de passar por isso novamente (participante).

Na opção *outros* foi possível identificar outras motivações para não realizar a denúncia⁶¹ como: medo de retaliação, medo de não ser levada a sério, medo de ser ridicularizada, vergonha, constrangimento, preguiça, não querer se estressar e nem se expor. Além disso, foram expostas outras alternativas para a resolução do problema, como: denunciar nas redes sociais, não voltar mais naquele profissional ou então conversar e resolver diretamente com ele.

Não denunciei porque provavelmente não daria em nada (seria encoberto pelo CRM ou mofaria na ouvidoria) e ainda me desgastaria (Gordofobia não é levado a sério) (participante).

Não denunciei porque não tive coragem e acredito que só me deixaria ainda mais exposta (seria a “gorda delatora” e poderia sofrer retaliação) (A gente se culpa das opressões que sofremos) (participante).

Não denunciei, porque fiquei sem reação no momento, fiquei atônita, me abalou muito, fiquei muito constrangida (participante).

Não denunciei, me senti ofendida, porém levei isso como algo normal do meu cotidiano (participante).

Muitas dúvidas surgem - onde fazer a denúncia, como reconhecer um caso de gordofobia, como proceder após a denúncia, como os serviços devem agir – e essas questões ainda não têm respostas. Mas com certeza as ouvidorias dos serviços de saúde devem realizar as apurações dessas denúncias, pois é sua função captar as demandas e transmiti-las para instâncias responsáveis a fim de que sejam tomadas as providências necessárias (BRASIL, 2005). Ouvir os usuários dos serviços de saúde é um importante instrumento que permite avaliar as condutas, auxilia no planejamento e na tomada de decisões, para melhorar constantemente os serviços prestados (ANTUNES, 2008; PEIXOTO, MARSIGLIA, MORRONE, 2013). Silva e Cantisani (2018, p.376) ressaltam que “[...] um dos grandes limites do combate à gordofobia é a negação da existência da opressão impedindo a realização da autocrítica por parte dos profissionais e estudantes, agravando a persistência da reprodução do preconceito”.

Recentemente, alguns documentos internacionais têm dado o primeiro passo de reconhecer a existência do estigma de peso, como por exemplo o editorial de maio da revista *The Lancet Diabetes Endocrinology: Obesity-related stigma—hiding in plain sight* (2020) e o consenso *Joint international consensus statement for ending stigma of obesity* (RUBINO et al., 2020) que apontam a necessidade de acabar com o estigma do peso. Rubino et al. (2020) concordam com aumentar a conscientização sobre as consequências negativas do estigma de

61 “Denúncias: acusações feitas a uma ou mais pessoas por suposta falta, contravenção ou suposto crime efetuado por ela(s)” (PEIXOTO, MARSIGLIA, MORRONE, 2013, p. 788).

peso, mas apontam que isso não é o suficiente para acabar com o problema. Será preciso mudar amplamente crenças arraigadas e preconceitos antigos desafiando e requisitando uma nova narrativa pública sobre obesidade que seja coerente com as evidências atuais (RUBINO et al 2020).

O documento inclusive menciona que a ausência de leis e políticas que proíbam a discriminação por peso também pode contribuir para a expressão do estigma de peso, pois transmite a mensagem de que o estigma de peso é aceitável e tolerável (RUBINO et al 2020). Segundo Kirkland (2008) proteger pessoas gordas por leis antidiscriminatórias frequentemente é vista com desprezo, parece vedada ter uma vida mais justa. A questão da gordofobia é diferente de outras opressões, pois o peso diferente de outras características é considerado mutável, então a maneira de evitar a discriminação deve ser a perda de peso e não leis antidiscriminação, o que torna a gordofobia ainda mais lesiva (KIRKLAND, 2008; TAROZO, PESSA, 2020).

Por isso, é preciso viabilizar a realização das denúncias, investigar os ocorridos e responsabilizar os profissionais por má conduta e/ou violação do Código de Ética se for o caso. Os profissionais de saúde são responsáveis por aderir a princípios éticos no cuidado, como a beneficência (fazer o bem e contribuir para a saúde) e a não-maleficência (não prejudicar e evitar o sofrimento adicional, ou seja, “acima de tudo, não faça mal”), o princípio da justiça referente a equidade (atender as necessidades respeitando as diferenças), além de respeitar a autonomia do paciente que deve ser o protagonista das decisões (KOVÁCS, 2003; TYLKA et al, 2004).

Além da responsabilidade de aderir a princípios éticos no cuidado, o profissional precisa entender o poder da sua presença enquanto profissional (MENSINGER, TYLKA, CALAMARI, 2018). Por isso, é necessário alertar aos profissionais de saúde sobre o impacto de suas crenças negativas na sua prática e, conseqüentemente, como isso afeta os cuidados prestados às pessoas gordas (TEIXEIRA, PAIS-RIBEIRO, DA COSTA MAIA, 2012; SABIN, MARINI, NOSEK, 2012). Os profissionais precisam ser orientados, pois a grande questão daqueles profissionais que querem repensar sua prática é conseguir diferenciar na prática o que é orientação e o que pode se configurar em gordofobia.

Ou seja, para além da lógica punitivista, a conscientização e sensibilização de profissionais e estudantes de saúde é indispensável para reverter essa situação. De acordo com Wharton et al. (2020), uma chave para reduzir a discriminação em ambientes de saúde é que os profissionais estejam cientes das suas próprias atitudes em relação às pessoas gordas, a fim de evitar narrativas estigmatizantes, generalizantes e excessivamente simplistas. Para isso, é

fundamental realizar educação continuada com os profissionais e começar uma sensibilização já nas grades curriculares de estudantes de saúde (MENSINGER, TYLKA, CALAMARI, 2018).

Diversos autores apontam para ações educativas como: elaborar campanhas anti-estigma para profissionais de saúde (PUHL, HEUER, 2010; SIKORSKI et al, 2013); realizar atividades de sensibilização (CORDONI, ROSSAKA, REATO, 2014); implementar treinamentos de redução de estigma para profissionais e estudantes de saúde (PUHL, HEUER, 2010; BACARDÍ-GASCÓN et al, 2015); identificar como atitudes negativas podem afetar os cuidados prestados aos pacientes (SABIN, MARINI, NOSEK, 2012); abordar as consequências iatrogênicas da discriminação institucional relacionado ao peso (BACON, APHRAMOR, 2011); incluir a discussão sobre preconceito, estigma e discriminação das pessoas gordas nos cursos de graduação em saúde (OBARA, VIVOLO, ALVARENGA, 2018).

Embora ainda não seja abordada essa questão na formação e na educação permanente dos profissionais de saúde, já há evidências de que o estigma pode ser reduzido se houver capacitações sobre diversidade corporal e viés de peso nos serviços de saúde (BROCHU, 2020). Silva e Cantisani (2018) destacam que a formação em saúde precisa estimular um olhar crítico sobre os conceitos de normalidade e patologia, formar profissionais capazes de identificar determinantes sociais que reforçam as desigualdades e violações de direitos humanos, sensibilizar para a construção de uma assistência humanizada, universal, integral e equânime.

Além disso, já há evidências que apontam para a centralidade de abordar a questão do estigma de peso nas intervenções de saúde pública para o enfrentamento da obesidade (PUHL, HEUER, 2010). Como discutido, a gordofobia é uma violência que tem consequências negativas na saúde das pessoas gordas, por isso é de responsabilidade da saúde pública atuar no sentido de tornar essa prática inaceitável. A saúde pública pode contribuir desenvolvendo, implementando e promovendo políticas públicas e campanhas de prevenção da gordofobia no âmbito da saúde.

A saúde coletiva, por conta do seu caráter interdisciplinar, permite uma abordagem mais abrangente dos problemas que atingem a população, por isso tem como missão “[...] influenciar a transformação de saberes e práticas de outros agentes, contribuindo para mudanças do modelo de atenção e da lógica com que funcionam os serviços de saúde em geral” (CAMPOS, 2000, p.225). Por isso, este trabalho sugere a elaboração de uma campanha anti-gordofobia no SUS, pois cabe aos sanitaristas posicionarem-se em defesa da vida das pessoas gordas e enfrentar a gordofobia como um problema de saúde, além de defender e garantir a participação ativa de quem é protagonista dessas vivências.

O desafio posto pelo Sistema Único de Saúde é de que a política de saúde no Brasil se construa e se implemente na perspectiva do acesso universal, reconhecendo as desigualdades existentes no interior da sociedade e criando respostas para minimizá-las. Para isso, a participação dos diferentes segmentos da sociedade no processo de construção e implementação dessas políticas é indispensável (FERRAZ, KRAICZYK, 2010, p.71).

Para desenvolver e implementar políticas públicas sem perpetuar possíveis atitudes gordofóbicas na abordagem das pessoas gordas no âmbito da saúde, é imprescindível o protagonismo das pessoas afetadas. O lema “*Nothing about us without us*” (Nada sobre nós sem nós), originário do movimento de pessoas com deficiência (SASSAKI, 2007; KLIMECK, AZIZE, 2019), já se expandiu para diversos movimentos sociais e é uma reivindicação do ativismo gordo. Pois, apesar de toda a atenção e alarme em relação à obesidade, as vozes das próprias pessoas gordas raramente são ouvidas (KIRKLAND, 2008). Além de ouvir as demandas, o sistema de saúde precisa apoiar os movimentos sociais que lutam por direitos sociais e ampliação da cidadania.

O “[...] ativismo gordo se constitui em coletivos que buscam ofertar segurança, acolhimento e informação” (AMPARO-SANTOS, FRANÇA, REIS, 2020, p. 85). Segundo a pesquisa de Jimenez (2020b, p. 205), muitas participantes relataram que o “[...] ativismo gordo salvou suas vidas, mudou à sua maneira de pensar e ver seu próprio corpo, ajudou [...] se libertar de uma episteme colonialista e patriarcal e a libertar-se da culpa de ser dissidente”. O ativismo também visa reduzir o isolamento social das pessoas gordas, pois a rede criada pelo ativismo aumenta a sociabilidade da pessoa gorda, o sentimento de pertencimento, e funciona até mesmo como um grupo terapêutico, afinal o corpo gordo merece ser vivido.

Empoderamento da gorda é fundamental pois consolida o abandono do sentimento de inferioridade e/ou exclusão, assumindo uma nova atitude e olhar, frente ao preconceito e exclusão do gordo na sociedade. Gostar de como você é, e não de como a sociedade gostaria que você fosse, é emancipar-se (JIMENEZ, 2019, p.1).

Ou seja, a partir do sentimento de orgulho em contraposição ao sentimento de vergonha, o ativismo gordo denuncia as discriminações vividas e reivindica o direito à diferença numa sociedade que apaga o pluralismo. Além disso, a luta anti-gordofobia tem assumido um caráter reivindicatório pautando políticas públicas de inclusão de pessoas gordas, como por exemplo o movimento “Vai ter Gorda”, de Salvador, com dois projetos em tramitação na Câmara Municipal: Dia Municipal de Combate à Gordofobia e acessibilidade no transporte público (AMPARO-SANTOS, FRANÇA, REIS, 2020).

Por isso, o fortalecimento do movimento gordo é essencial para a defesa da vida das pessoas gordas, assim como mais pesquisas e disciplinas que “[...] rompam com essa

universalização de saber criada para dominar e exterminar corpos maiores” (Jimenez, 2020, p. 160). Como por exemplo, o *Fat Studies* um campo interdisciplinar de conhecimento que promove um novo olhar sobre o peso corporal, desafiando o modelo biomédico e a literatura sobre obesidade (LUPTON, 2018; AMPARO-SANTOS, FRANÇA, REIS, 2020; KLIMECK, 2020).

Assim como é fundamental reconhecer os limites do modelo biomédico e as sequelas da abordagem normativa de peso. Por isso a prevenção quaternária é essencial para proteger as pessoas gordas das iatrogenias e do risco de sobremedicalização. Conforme Bacon e Aphramor (2011), as políticas e intervenções de saúde precisam garantir que não irão aumentar o estresse e o sofrimento das pessoas. Silva e Cantisani (2018) defendem um atendimento centrado na pessoa e não na doença, através de uma ação terapêutica que objetiva aliviar o sofrimento e alcançar o bem-estar (AMPARO-SANTOS, FRANÇA, REIS, 2020).

De forma mais prática, uma alternativa indicada é a implementação de uma abordagem que não seja focada no peso nos serviços de saúde. Tylka et al (2014) sugerem uma “Abordagem Inclusiva de Peso”, onde todos são capazes de alcançar saúde independente do IMC e merecem cuidados de saúde não estigmatizantes. A abordagem inclusiva de peso possui como foco o bem-estar de pessoas de todos os tamanhos, busca erradicar o estigma de peso na saúde e enfatiza a diversidade dos corpos (TYLKA et al, 2014; MENSINGER, TYLKA, CALAMARI, 2018). Essa abordagem já vem demonstrando melhorias em indicadores físicos, comportamentais e psicológicos (TYLKA et al, 2014).

Alguns movimentos advogam o cuidado do corpo a partir da aceitação corporal, do amor e da autoestima (PIÑEYRO, 2016; TAROZO, PESSA, 2020). Como por exemplo, a *Health at Every Size* (HAES®)⁶², que em português significa “Saúde em todos os tamanhos”, é um movimento transdisciplinar que encoraja comportamentos saudáveis para pessoas de todos os tamanhos (ULIAN et al, 2015; CHRISLER, BARNEY, 2016; LOZANO-SUFATEGUI,

62 A HAES® possui cinco princípios: “1) inclusão de peso (aceitar e respeitar a diversidade inerente de formas e tamanhos corporais e rejeitar a idealização ou patologização de pesos específicos); 2) melhoria da saúde (apoiar políticas de saúde que melhorem e equalizem o acesso a informações e serviços e práticas pessoais que melhorem o bem-estar humano, incluindo atenção às necessidades individuais físicas, econômicas, sociais, espirituais, emocionais e outras); 3) cuidado respeitoso (reconhecer nossos preconceitos e trabalhar para acabar com a discriminação de peso, estigma de peso e preconceito de peso. Fornecer informações e serviços a partir do entendimento de que o status socioeconômico, raça, gênero, orientação sexual, idade e outras identidades impactam o estigma do peso e apoiam ambientes que abordam essas desigualdades); 4) comer para o bem-estar (promover uma alimentação flexível e individualizada com base na fome, saciedade, necessidades nutricionais e prazer, em vez de qualquer plano alimentar regulamentado externamente focado no controle de peso); 5) movimento de melhoria da vida (apoiar atividades físicas que permitam que pessoas de todos os tamanhos, habilidades e interesses se envolvam em movimentos agradáveis, na medida que escolherem) (ASDAH, s. d., tradução livre).

SPARKES, MCKENNA, 2016). Deslocando o foco do controle de peso para a promoção da saúde, visto que o peso não é um comportamento (BACON, APHRAMOR, 2011).

A HAES® promove a autoaceitação e valorização da diversidade dos corpos, pois a autoestima fortalece o autocuidado (BACON, APHRAMOR, 2011). Independente do peso esta abordagem vem demonstrando melhoria em diversos indicadores de saúde, nas medidas fisiológicas, como por exemplo com redução da pressão arterial e melhoria na sensibilidade à insulina, na melhor relação com a comida a partir de uma alimentação intuitiva e até mesmo na melhoria do humor e imagem corporal (BACON, APHRAMOR, 2011).

Muitos acreditam que encorajar a aceitação corporal levará as pessoas ao ganho de peso, e até mesmo aqueles que acusaram os profissionais e ativistas de estarem romantizando a obesidade. Mas, após analisar os resultados dessa pesquisa, fica evidente que uma postura anti-gordofóbica é levar a sério as violências que acometem as pessoas gordas nesta sociedade, devido a idealização da magreza como sinônimo de padrão de saúde e beleza. Além de que, a autoaceitação é muito difícil quando a discriminação e a punição externa permanecerem, por isso é uma estratégia limitada.

Enfim, é imprescindível implementar políticas públicas intersetoriais e de âmbito coletivo a fim de garantir a saúde e a segurança alimentar da população. As políticas públicas não devem ser de combate aos corpos gordos, mas sim combate à má qualidade de vida decorrente do avanço do neoliberalismo. Pois todas as pessoas, sejam gordas ou não, estão expostas a danos à saúde gerados pelo sistema alimentar e estilo de vida vigente (LUPTON, 2018). Nas políticas públicas atuais, predomina uma lógica de trabalho que não é intersetorial, mas o setor saúde tem a influência necessária para articular diversos setores (SILVA, CANTISANI, 2018).

As estratégias de promoção da saúde precisam ser intersetoriais, multidisciplinares, ambientais, coletivas e estruturais (WANDERLEY, FERREIRA, 2010), envolvendo estratégias regulatórias (restrição da publicidade de alimentos), medidas fiscais, facilitando o acesso a alimentos in natura, reformulando os espaços urbanos e promovendo acesso a lazer (SILVA et al, 2021; VARTANIAN, SMYTH, 2013). Segundo Silva e Cantisani (2018, p. 377), “[...] é necessário redirecionar a atenção para os reais fatores determinantes da saúde, em detrimento das atitudes culpabilizantes”.

Sendo assim, as políticas intersetoriais que aproximem saúde, educação e agricultura são fundamentais para viabilizar e universalizar as práticas alimentares saudáveis (HENRIQUES et al, 2018). Para garantir a soberania e a segurança alimentar e nutricional da população, será preciso reorganizar o sistema produtivo de alimentos, articulando o campo, a

cidade e a floresta. A agroecologia e a agricultura familiar têm um grande potencial de oferecer estratégias produtivas saudáveis e sustentáveis (AZEVEDO, PELICIONI, 2011; HENRIQUES et al, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gordofobia é uma opressão estrutural que se configura em grande fator de adoecimento para as pessoas gordas. Este estudo caracterizou a gordofobia nos serviços de saúde de forma geral, identificou como a atual abordagem focada no peso expõe as pessoas gordas à sobremedicalização e alertou à necessidade de prevenir a gordofobia. O estudo foi abrangente e teve um grande número de participantes, mas quase a sua totalidade foram mulheres cis e brancas, o que representa uma das limitações do estudo. São necessárias mais pesquisas sobre como a gordofobia afeta o acesso aos serviços e a saúde das pessoas gordas envolvendo uma maior diversidade de pessoas e investigando as singularidades nos diferentes serviços de saúde, permitindo assim avaliar os impactos de acordo com as diferentes realidades sociais.

O estudo permitiu reconhecer como a gordofobia se expressa nos serviços de saúde, perpassando a falta ou dificuldade de acesso; o diagnóstico superficial e o preconceito clínico; a culpabilização e as advertências baseadas no medo; a abordagem violenta; o desprezo da queixa e a exclusividade do peso na assistência em saúde; a prescrição indiscriminada e compulsória de medicamentos e cirurgia bariátrica; e até mesmo, a negligência no atendimento de saúde das pessoas gordas. E mesmo que a área da saúde esteja relutante para debater gordofobia, é urgente reconhecer que a gordofobia médica existe e é prejudicial à saúde das pessoas gordas. Afinal a gordofobia médica é uma violência institucional exercida pelos serviços de saúde no atendimento de pessoas gordas, que resulta no seu afastamento e estabelece precarização no acesso e no cuidado em saúde, tornando-se um fator de risco à saúde das pessoas gordas.

Adverte-se que a gordofobia faz mal à saúde das pessoas gordas e se configura enquanto um problema de saúde pública, por isso cabe ao setor saúde prevenir a sua reprodução. Serão necessárias diversas estratégias, começando por acessibilidade nos serviços de saúde; um atendimento que aborde as demandas que levaram a pessoa ao serviço e avalie de antemão a sua prontidão para conversar sobre a questão do peso; conscientização e sensibilização de profissionais e estudantes de saúde sobre o viés de peso; aprovação de leis antidiscriminação; campanhas anti-gordofobia no âmbito do SUS; a garantia da participação ativa das pessoas

gordas na elaboração de políticas públicas; o fortalecimento do movimento gordo; e a implementação de políticas públicas intersetoriais para promover saúde e segurança alimentar de todas as pessoas.

REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2010. São Paulo, 2010.

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. 4.ed. São Paulo, 2016.

ABESO. **Atitude Saudável: Seu peso está saudável?** Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/imc>>. Acesso em: 14 de junho de 2019.

AGENDES, D. Gordas, sim, por que não? o discurso de mulheres gordas no blog Mulherão. **Anais do VII**, 2012.

AGUIAR, et al. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 2287-2296, 2013.

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 2287-2296, 2013.

AHIMA, Rexford S.; LAZAR, Mitchell A. The health risk of obesity—better metrics imperative. **Science**, v. 341, n. 6148, p. 856-858, 2013.

ALBURY C et al. The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. **Lancet Diabetes Endocrinol**, 8, 447–55, 2020.

ALDRICH T., HACKLEY B. The impact of obesity on gynecologic cancer screening: an integrative literature review. **J Midwifery Womens Health**, v.55, n. 4, p. 344-56, 2010.

ALEGRIA DRURY, Christine Aramburu; LOUIS, Margaret. Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 14, n. 12, p. 554-561, 2002.

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa. COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALMEIDA, Sersie Lessa Antunes Costa. et al. Abordagem terapêutica da obesidade crônica em pacientes pediátricos. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.2, p. 4570-4581 mar./apr. 2021.

ALTHEIA, Paola. **Não sou exposição: questionamento sobre imagem corporal, autoestima e saúde**. Quintal edições. Belo Horizonte, 2019.

ALVARENGA, Marle et al. **Nutrição comportamental**. Barueri, São apulo, 2 ed, Manole, 2019.

ALVES, Alda Judith. O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. **Cad. Pesq.**, São Paulo, v. 77, p. 53-61, maio, 1991.

ALVES, Kelly Poliany de Souza; JAIME, Patricia Constante. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4331-4340, 2014.

ALVES, Mariana et al. Análise dos efeitos adversos associados ao uso do anorexígeno sibutramina: revisão sistemática. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 6, n. 3, p. 313-326, 2018.

AMORIM, Bárbara Michele et al. Novo corpo, nova vida: o mercado de cirurgia bariátrica em perspectiva sociológica. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Florianópolis, 2018.

AMPARO-SANTOS, Ligia; FRANÇA, Silvana Lima Guimarães; REIS, Amélia Borba Costa (Organizadoras). Obesidade(s): diferentes olhares e múltiplas expressões. Universidade Federal da Bahia; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; Universidade do Estado da Bahia. Ministério da Saúde, Salvador, 2020, p. 101.

AMY, AALBORG, LYONS, KERANEN, 2006 - AMY NK, AALBORG A, LYONS P, KERANEN L. Barreiras para o rastreamento de câncer ginecológico de rotina para mulheres brancas e afro-americanas obesas. **Int J Obes** 30: 147–155, 2006.

AMY, Nancy K. et al. Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. **International journal of obesity**, v. 30, n. 1, p. 147, 2006.

ANTUNES, Ludmila Rodrigues. Ouvidorias do SUS no processo de participação social em saúde. **Saúde Coletiva**, v. 5, n. 26, p. 238-241, 2008.

ANVISA. Riscos X benefícios. Especialistas discutem perfil de segurança da sibutramina [Internt]. Brasília: Jun 14, 2011.

ARAGÃO, Carla Neiva; ZAMBON, Elaine. A avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: Uma análise teórica e prática. **Revista Científica Rumos da inFormação**, 2(1), 63-76, 2021.

ARAÚJO, Aline Silva. Comportamento alimentar em dietas restritivas como fator de risco para obesidade. Trabalho de Conclusão de curso de Nutrição. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde. Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília, 2019.

ARAÚJO, Ana Thereza Thereza Meirelles; BARBOSA, Amanda Souza. Dano iatrogênico e erro médico: o delineamento dos parâmetros para aferição da responsabilidade. **Revista Thesis Juris**, v. 6, n. 1, p. 186-209, 2017.

ARAÚJO, Kênya Lima de. Experiência de ser nutricionista obesa no mundo do trabalho. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia Faculdade de Medicina Da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho Salvador, 2014.

ARAÚJO, Livia Mara de et al. Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde-revisão integrativa. **Rev. pesquis. cuid. fundam.**(Online), p. 549-557, 2018.

ARMENDANE, Geraldo dos Dôres. Por um cuidado respeitoso. **Revista Bioética**, v.26, n. 3, p. 343-349, 2018.

ARRAES, Jarid. Gordofobia como questão política e feminista. *Revista Fórum*, [s.l.], setembro 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/phOA7I>>. Acesso em: 19 de junho de 2019.

ASDAH. Association for Size Diversity and Health. Health at Every Size Principles [Online]. Sem data. Disponível em: <<https://asdah.org/health-at-every-size-haes-approach/>>. Acesso em 23/03/2022.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2865-2875, 2012.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S465-S469, 2003.

AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Promoção da Saúde, Sustentabilidade e Agroecologia: uma discussão intersetorial. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 715-729, 2011.

AZEVEDO, Giordano de. A questão da autonomia estudantil na formação em saúde. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2018.

BACARDÍ-GASCÓN, Montserrat et al. Fat phobia in Mexican nutrition students. **Nutricion hospitalaria**, v. 32, n. 6, p. 2956-2957, 2015.

BACON, Jane G.; SCHELTEMA, Karen E.; ROBINSON, Beatrice E. Fat phobia scale revisited: the short form. **International journal of obesity**, v. 25, n. 2, p. 252, 2001.

BACON, Linda; APHRAMOR, Lucy. Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. **Nutrition Journal**, 2011.

BAGRICHEVSKY, Marcos et al. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1699-1708, 2010.

BAHIA, L.; ARAÚJO, D.V. Impacto econômico da obesidade no Brasil. **Revista HUPE**, v. 13, n. 1, p. 13-17, Rio de Janeiro, 2014.

BALBINO, Jéssica. Será que as silhuetas dissidentes estão sempre condenadas à solidão? Por que é tão difícil assumir um relacionamento com uma mulher fora do peso considerado adequado pelo padrão vigente? 22.01.2020. Disponível em: <<http://hysteria.etc.br/ler/corpos-grandes-e-invisiveis-a-solidao-da-mulher-gorda/>>. Acesso em 21 de novembro de 2021.

BANDEIRA, Lourdes. BATISTA, Analía Soria. Preconceito e discriminação como expressões da violência. **Estudos Feministas**. Ensaio, 2002.

BASTOS, E. C. L. et al. Fatores determinantes do ganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. ABCD. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, 26, 26-32, São Paulo, 2013.

BASTOS, João Luiz. GARCIA, Leila Posenato. Discriminação nos serviços de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 24(3):351-352, jul-set, Brasília, 2015.

BAZZOCCHI Alberto, et al. Visceral fat and body composition changes in a female population after RYGBP: a two-year follow-up by DXA. **Obesity surgery**, 25(3), 443-451, 2015.

BECHARA, Karina Quesada. Subnotificação da ingestão energética entre obesas candidatas à cirurgia bariátrica. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista – UNESP para obtenção do título de mestre, área de concentração Ciências Nutricionais. Araraquara – SP, 2011.

BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice De; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2018.

BERTH, Joice. **O que é empoderamento?** Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.

BEZERRA, Gitanna Brito. A construção do sujeito saudável: relações discursivas em propagandas de alimentos. **Letrônica**, v. 5, n. 2, p. 88- 102, junho, Porto Alegre, 2012.

BEZERRA, Mariana Silva et al. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3833-3846, 2020.

BEZERRA, Thaíse Alves. OLINDA, Ricardo Alves de. PEDRAZA, Dixis Figueroa. Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 637-651, 2017.

BITENCOURT, Almir Galvão Vieira et al. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, p. 223-228, 2007.

BLOOMBERG, Richard D. et al. Nutritional deficiencies following bariatric surgery: what have we learned? **Obesity surgery**, v. 15, n. 2, p. 145-154, 2005.

BLÜHER, M. Clinical relevance of adipokines. *Diabetes Metab. J.*, v. 36, n;5, p.317-27, 2012.

BOPPRE, Giorjines Fernando. Alterações da massa magra e massa óssea após cirurgia bariátrica. Efeitos de um programa de exercício físico. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, 2017.

BORDALO, L. A., et al. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 57(1), 113-120, 2011.

BOWSER D, HILL K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. Bethesda, Maryland: USAID-TRAction Project; 2010.

BRASIL. Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Rio de Janeiro, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 8^o Conferência Nacional de Saúde. 1986

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – n^o 8. Violência Intrafamiliar - Orientações para a Prática em Serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 28p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Portaria n^o 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União, n. Seção 1, Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Portaria n^o 483, de 1^o de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário Oficial da União, 2014.

BRASIL. Resolução RDC n^o 52, de 6 de outubro de 2011. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2011.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 137 p

BRASIL. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137p.

BRAY, George A. Overweight is risking fate: definition, classification, prevalence, and risks. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 499, n. 1, p. 14-28, 1987.

- BREWIS, Alexandra A. Stigma and the perpetuation of obesity. **Social science & medicine**, v. 118, p. 152-158, 2014.
- BRICARELLO, Liliana Paula; CASTRO, Adriana Garcia Peloggia de. Aspectos bioéticos ligados ao diagnóstico e tratamento da obesidade realizado por nutricionista. **Bioethikos**, v. 5, n. 3, p. 317-27, 2011.
- BROCHU, Paula M. Weight stigma as a risk factor for suicidality. *Behavior, Psychology and Sociology*. Editorial. **International Journal of Obesity**, v. 44, p. 1979–1980, 2020.
- BROWN, Ian et al. Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. **Br J Gen Pract**, v. 56, n. 530, p. 666-672, 2006.
- BROWNELL, Kelly D. Personal responsibility and control over our bodies: When expectation exceeds reality. **Health Psychology**, v. 10, n. 5, p. 303, 1991.
- BRUNTON, Paul A. et al. An intraoral device for weight loss: initial clinical findings. **British Dental Journal**, p. 1-6, 2021.
- BURITY, Valéria et al. Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. Brasília: ABRANDH, 2010.
- BURLANDY, Luciene. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 36(3):e00093419. 2020.
- CALEYACHETTY, Rishi et al. Metabolically healthy obese and incident cardiovascular disease events among 3.5 million men and women. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 70, n. 12, p. 1429-1437, 2017.
- CALLE, et al. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. **N Eng J Med**. 341:1097-105, 1999.
- CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cadernos de saúde pública**, v. 29, p. 844-846, 2013.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 219-230, 2000.
- CAMPOS, Jussara Maysa et al. Gênero, segurança alimentar e nutricional e vulnerabilidade: o Programa das Mulheres Mil em foco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1529-1538, 2020.
- CANELAS, João Daniel Almeida. O paradoxo da obesidade e as suas implicações clínicas. Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto - Centro Hospitalar do Porto, 2015.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- CAPONI, Sandra. “Biopolítica e medicalização dos anormais”. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 529-549, 2009

CARDOSO, RV. Prevenção quaternária: um olhar sobre a medicalização na prática dos médicos de família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2015;10(35): 1-10.

CARNEIRO, Mônica de Fátima Gontijo; GUERRA JÚNIOR, Augusto Afonso; ACURCIO, Francisco de Assis. Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1763-1772, 2008.

CARR, D., JAFFE, K. J., FRIEDMAN, M. A. Perceived interpersonal mistreatment among obese Americans: Do race, class, and gender matter? **Obesity**, 16(Suppl. 2), S60 –S68. <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2008.453>. 2008.

CASTIEL, L. D.; MORAES, D. R.; PAULA, I. J. Terapeuticalização e os dilemas preemptivistas na esfera da saúde pública individualizada. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n.1, p.96-107, 2016.

CASTIEL, Luis David. A saúde persecutória: à espera dos riscômetros portáteis. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.21, p.145-63, jan/abr 2007.

CASTIEL, Luis David; DIAZ, Carlos Álvarez-Dardet. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 136p.

CASTILLO, constanzx alvarez. **La cerda punk: ensayos desde un feminismo gordo, lésbiko, antikapitalista y antiespecista**. Valparaíso: Trío editorial, 2014.

CERON, Mariane. Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa. São Paulo: UNA-SUS, UNIFESP, 2010.

CERVI, Adriane. FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; PRIORE, Sílvia Eloiza. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. **Revista de nutrição**, v. 18, p. 765-775, 2005.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. **Perspectivas antropológicas da mulher**, v. 4, p. 23-62, 1985.

CHAUÍ, Marilena. **Senso comum e transparência. O preconceito**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1997.

CHRISLER, Joan C.; BARNEY, Angela. Sizeism is a health hazard. **Fat Studies**, v. 6, n. 1, p. 38-53, 2017.

CHRISTOPHER AN, et al. Affluence cues and first impressions: does it matter how the affluence was acquired? **J Econ Psychol**. 26: 187–200. 2005.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Elementos para a crítica da economia política da saúde no Brasil: parcerias público-privadas e valorização do capital. 2015. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Serviço Social). Rio de Janeiro: UERJ.

CLAPP, Jennifer; SCRINIS, Gyorgy. Big food, nutritionism, and corporate power. **Globalizations**, v. 14, n. 4, p. 578-595, 2016.

COLETIVO VEGANO POPULAR. Nutricídio, o genocídio alimentar. Medium, 2020. Disponível em: <<https://medium.com/@coletivoveganopopular/nutric%C3%ADdio-o-genoc%C3%ADdio-alimentar-1fbf0371423d>>. Acesso em: 22 de outubro de 2021.

COOPER, Charlotte. Headless Fatties [Online]. Londres, 2007. Disponível em: <<http://charlottecooper.net/fat/headless-fatties-01-07/>>. Acesso em: 03 de novembro de 2021.

CORDONI, Juliana Kessar; ROSSAKA, Vanessa Keiko; REATO, Lígia de Fátima Nóbrega. Percepções dos estudantes da área de saúde sobre a obesidade. **ABCS Health Sciences**, v. 39, n. 3, 2014.

CORI, Giuliana da Costa; PETTY, Maria Luiza Blanques; ALVARENGA, Marle dos Santos. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos—um estudo exploratório. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 565-576, 2015.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista estudos feministas**, v. 10, n. 1, p. 171, 2002.

CUELLAR, Maryi Lorena Puentes; ORTIZ, Kedhna Leandra Llanos. Como se construye la corporalidad en las mujeres víctimas de la violencia por su ex-esposo y compañero sentimental de 16-25 años en el municipio de neiva. **Dr. Félix Nieto**, v. 4, n. 1, p. 65, 2013.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DA COSTA LOUZADA, Maria Laura et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 00-00, 2015.

DA CRUZ, Claudia Almada Gavina; BASTOS, Liliana Cabral. Histórias de uma obesa: a teoria dos posicionamentos e a (re) construção discursiva das identidades. **Linguagem em (Dis) curso**, v. 15, n. 3, p. 367-384, 2015.

DA CUNHA CREJO, Bianca; MATHIAS, Mariana Giaretta. Comer transtornado e o transtorno de compulsão alimentar e as abordagens da nutrição comportamental. **Revista InterCiência-IMES Catanduva**, v. 1, n. 6, p. 37-37, 2021.

DA NATIVIDADE, Carolina dos Santos Jesuino; COSTA, Célio Juvenal. Processos civilizadores nas redes sociais e a gordofobia. **Perspectivas em Diálogo: revista de educação e sociedade**, v. 8, n. 17, p. 114-130, 2021.

DA SILVA MALVEIRA, Alice et al. Prevalência de obesidade nas regiões Brasileiras. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 4164-4173, 2021.

DA SILVA SOUZA, Valdelice Cruz; GONÇALVES, Josiane Peres. Gordofobia no espaço escolar: uma análise histórico-cultural. **Revista Ciências Humanas**, v. 14, n. 1, 2021.

DA SILVA, Claudia Valéria Cardim; DESLANDES, Suely Ferreira. O sofrimento da pessoa gorda na busca de cuidados à saúde: relatos de um ativista do Youtube contra

gordofobia. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e256101421911-e256101421911, 2021.

DA SILVA, Francisco Vieira. Muito além do peso: modulações biopolíticas em discursos sobre a obesidade infantil. **Calidoscópico**, v. 16, n. 2, p. 237-248, 2018.

DA SILVA, Sergio Gomes. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. **Psicologia ciência e profissão**, v. 30, n. 3, p. 556-571, 2010.

DANTAS, R. R.; SILVA, G. A. P. O papel do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar infantil. **Rev Paul Pediatr**, v. 37, n. 3, p. 363-371, 2019.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. Tradução: Mariana Echalar. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DE CARVALHO, Alexandra Bittencourt et al. Uma análise discursiva sobre identidades de resistência de mulheres gordas em blogs: desconstruindo processos identitários da moda e da biomedicina. **Guavira Letras**, v. 14, n. 28, 2018.

DE CASTRO, Juliana Brandão Pinto et al. Alimentação, corpo e subjetividades na educação física e na nutrição: o ranço da adiposidade e a ascensão dos músculos. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 11, n. 3, p. 803-824, 2016.

DE OLIVEIRA, Flávio Antonio. Aspectos racionais limitantes de suposta discricionariedade administrativa à admissão no serviço público ante os princípios e valores fundamentais. **Revista Digital de Direito Administrativo**, v. 1, n. 2, p. 409-426, 2014.

DE OLIVEIRA, Verenice Martins; LINARDI, Rosa Cardelino; DE AZEVEDO, Alexandre Pinto. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 31, n. 4, p. 199-201, 2004.

DE SOUZA LIMA, Romilda; NETO, José Ambrósio Ferreira; FARIAS, Rita de Cássia Pereira. Alimentação, comida e cultura: o exercício da comensalidade. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, v. 10, n. 3, p. 507-522, 2015.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 9, p. 7-14, 2004.

DEURENBERG-YAP M. et al. The paradox of low body mass index and high body fat percentage among Chinese, Malays and Indians in Singapore. **Int J Obes**. 24(8):1011-7, 2000.

DIAS, P. C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00006016, 2017.

DIEHR, Paula et al. Weight, mortality, years of healthy life, and active life expectancy in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 56, n. 1, p. 76-83, 2007.

DINIZ S.G., et al Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **Journal of**

Human Growth and Development, 2015. 25(3): 377-384. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>

DINIZ, D. CARINO G. Violência obstétrica, uma forma de desumanização das mulheres. El País. 20, março 2019. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2019/03/21/opinion/1553125734_101001.html>. Acesso em 30/09/2021.

DIXON, J. B. Regional differences in the coverage and uptake of bariatric-metabolic surgery: A focus on type 2 diabetes. Surg. Obes. Relat. Dis. 12, 1171–1177, 2016.

DODGEN, Leilani; SPENCE-ALMAGUER, Emily. Peer Reviewed: Beyond Body Mass Index: Are Weight-loss Programs the Best Way to Improve the Health of African American Women?. **Preventing chronic disease**, v. 14, 2017.

DOHRENWEND BP. The role of adversity and stress in psychopathology: some evidence and its implications for theory and research. **J Health Soc Behav**.41:1–19, 2000.

DOS REIS, Erika Cardoso; BRANDÃO, Ana Laura; CASEMIRO, Juliana Pereira. Práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e processos de trabalho. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 16, p. 55647, 2021

DOS SANTOS, Rayssa Becchi; ZAMBENEDETTI, Gustavo. Compreendo o processo de medicalização contemporânea no contexto da saúde mental. **Salud & Sociedad**, v. 10, n. 1, p. 22-37, 2019.

DUARTE, Sofia. Aparelho dental para emagrecer é comparado a instrumento de tortura. Publicado em 29 junho de 2021. Disponível em: < <https://capricho.abril.com.br/beleza/aparelho-dental-para-emagrecer-e-comparado-a-instrumento-de-tortura/>>. Acesso em: 05 de novembro de 2021.

DULLOO, A. G.; JACQUET, J.; MONTANI, J. P. How dieting makes some fatter: from a perspective of human body composition autoregulation. Proceedings of the Nutrition Society, Cambridge, v. 71, n. 3, p. 379-389, 2012.

DURSO, Laura E. et al. Internalized weight bias in obese patients with binge eating disorder: associations with eating disturbances and psychological functioning. **International Journal of Eating Disorders**, v. 45, n. 3, p. 423-427, 2012.

ECKEL, Nathalie et al. Transition from metabolic healthy to unhealthy phenotypes and association with cardiovascular disease risk across BMI categories in 90 257 women (the Nurses' Health Study): 30 year follow-up from a prospective cohort study. **The lancet Diabetes & endocrinology**, v. 6, n. 9, p. 714-724, 2018.

ESCOBAR, A. 2003. Actores, redes e novos produtores de conhecimento: os movimentos sociais e a transição paradigmática nas ciências. p.639- 666. In: SANTOS, Boaventura Sousa (Org.). Conhecimento Prudente para uma Vida Decente. São Paulo: Editora Cortez, 2003.

FALEIROS, Fabiana et al. Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 1-6, 2016.

FAO, FIDA, UNICEF, PMA, OMS. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición. FAO, Roma, 2018.

Fardouly, J., Vartanian, L. Changes in weight bias following weight loss: the impact of weight-loss method. *Int J Obes* 36, 314–319 (2012). <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.26>

FARRELL, A. E. **Fat shame: stigma and fat body in American culture**. Nova York: New York University Press, 2011.

FELIPPE, F.; SANTOS, A.M. Novas demandas profissionais: obesidade em foco. **Revista da ADPPUCRS**, v. 5, n. 1, p. 63- 70, 2004.

FERRAZ, Dulce; KRAICZYK, Juny. Gênero e Políticas Públicas de Saúde—construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2010.

FERREIRA, Arthur Pate de Souza; SZWARCOWALD, Célia Landmann; DAMACENA, Giseli Nogueira. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019.

FERREIRA, Vanessa Alves. Desigualdades sociais, pobreza e obesidade. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

FERREIRA, Vanessa Alves; MAGALHÃES, Rosana. “Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro”, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1792-1800, nov-dez. 2005.

FERREIRA, Vanessa Alves; MAGALHÃES, Rosana. Práticas alimentares cotidianas de mulheres obesas moradoras da Favela da Rocinha (Rio de Janeiro, RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2983-2991, 2011.

FIELD, A. E. et al. Association of weight change, weight control practices, and weight cycling among women in the Nurses' Health Study II. **International journal of obesity**, v. 28, n. 9, p. 1134, 2004.

FIGUEIREDO, Simone Pallone de. VELHO, Léa. A medicalização da obesidade. IX Jornadas latino-americanas de Estudios Sociales de la Ciencia y la tecnologia. 5-8 de junio de 2012. Ciudad de México.

FILDES, Alison. et al. Probability of an obese person attaining normal body weight: cohort study using electronic health records. **American journal of public health**, v. 105, n. 9, p. e54-e59, 2015.

FLAUZINO, Pabyle. Aparelho que "tranca a boca" simboliza a desumanização da pessoa gorda. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/universa/colunas/2021/07/01/aparelho-que-tranca-a-boca-simboliza-a-desumanizacao-da-pessoa-gorda.htm> acesso em 05/11/2021>. Acesso em: 05 de novembro de 2021.

FLEGAL KM, et al. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: A systematic review and meta-analysis. **JAMA**. 309:71-82, 2013.

FOSTER, Gary D. et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. **Obesity research**, v. 11, n. 10, p. 1168-1177, 2003.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FOUCAULT, Michel. En defensa de la sociedad. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. 2000.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

FRAGA, Alex Branco. et al (Org). Políticas de lazer e saúde em espaços urbanos. Porto Alegre: Gênese, 2009.

FRANCISCO, Lucas Vieira; DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 10, n. 3, p. 705-716, 2015.

FRIEDMAN, Kelli E.; ASHMORE, Jamile A.; APPLGATE, Katherine L. Recent experiences of weight-based stigmatization in a weight loss surgery population: psychological and behavioral correlates. **Obesity**, v. 16, n. S2, p. S69-S74, 2008.

FRUTUOSO, Maria Fernanda Petrolí. VIANA, Cássio Vinícius Afonso. Quem inventou a fome são os que comem: da invisibilidade à enunciação - uma discussão necessária em tempos de pandemia. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021.

GARD, M.; WRIGHT, J. **The obesity epidemic: science, morality and ideology**. London: Routledge, 2005. 218 p.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Debora. **Saúde pública, bioética e equidade**. 1997.

GARUZI, Miriane et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, p. 144-149, 2014.

GASTALDO, Denise. É a educação em saúde “saudável”? Repensando a Educação em Saúde através do conceito de bio-poder. **Educação e realidade**, v.22, n.1, p.147-168 jan/jun. 1997.

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: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012.

GAUDENZI, Paula. Um olhar da bioética sobre o cuidado com a própria saúde no contexto da Saúde Pública e do exercício do biopoder na atualidade. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

GAUTÉRIO, Carla Rosane Mattos; SILVA, Méri Rosane Santos da. “As diferentes vozes das mulheres do grupo Colméia: o corpo gordo feminino”. **REDSIS – Revista Didática Sistêmica**. Rio Grande, v. 16, n. Esp. 1, p. 21-33, 2014.

GELSLEICHTER, Mayara Zimmermann. Aspectos sociais e de gênero da obesidade em mulheres no serviço de cirurgia bariátrica do HU UFSC. Dissertação Programa De Pós-Graduação em serviço social, Florianópolis, 2019.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, Lúgia et al. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª edição. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1988.

GONÇALVES, Clarissa Azevedo. “O ‘peso’ de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero”. **Mneme – Revista de Revista Humanidades**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, v. 5, n. 11, jul./set, 2004.

GREJANIN, Danitielle K. Marques. et al. As percepções sobre o "ser obeso" sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. **Journal of Human Growth and Development**, v. 17, n. 3, p. 37-47, 2007.

GUEDES, D. P. et al. Baixo peso corporal/ magreza, sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes de uma região brasileira de baixo desenvolvimento econômico. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 437-443, 2013.

GUSMÃO, Anaís Bezerra de. et al. Manejo nutricional e farmacológico da obesidade pediátrica: um tratamento Multiprofissional. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, e60010111797, 2021.

HARVEY, David. **O Neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

HAY, Phillipa J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros Epidemiology of eating disorders: current status and future developments. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, n. Supl III, p. 13-7, 2002.

HENRIQUES, Patrícia et al. Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 4143-4152, 2018.

HILL, A. J. Obesity and eating disorders. **Obesity Reviews**, v.8, n. 1, p. 151–155, 2007.

HUIZINGA, M. M. et al. Physician Respect for Patients with Obesity. **J Gen Intern Med**, v. 24, n. 11, 2009.

HUNGER, Jeffrey M.; MAJOR, Brenda. Weight stigma mediates the association between BMI and self-reported health. **Health Psychology**, v. 34, n. 2, p. 172, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4.ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

JESSOP, 2012- JESSOP, Bob. Liberalism, neoliberalism, and urban governance: A state-theoretical perspective. **Antipode**, v. 34, n. 3, p. 452-472, 2002.

JESUS, Elisdete Maria Santos de. Desenvolvimento e validação de conteúdo de um instrumento para avaliação da assistência farmacêutica em hospitais de Sergipe. Dissertação Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal de Sergipe, 2013.

JIMENEZ, Maria Luiza Jimenez. Gordofobia: injustiça epistemológica sobre corpos gordos. **Epistemologias do Sul**, v. 4, n. 1, p. 144-161, 2020.

JIMENEZ, Maria Luiza Jimenez. Lute como uma Gorda. Universidade Federal do Mato Grosso. 2p. Folder. Cuiabá, 2019.

JIMENEZ, Maria Luiza Jimenez. Lute como uma gorda: gordofobia, resistências e ativismos. Tese (Doutorado em Estudos de Cultura Contemporânea) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2020.

JIMENEZ, Maria Luiza Jimenez; ABONIZIO, Juliana. Gordofobia e Ativismo gordo: o corpo feminino que rompe padrões e transforma-se em acontecimento. XXXI Congresso ALAS, Uruguay, 2017. Disponível em: <http://alas2017.easyplanners.info/opc/tl/1243_maria_luiza_jimenez_jimenez.pdf>. Acesso em: 12 de julho de 2019.

JUNIOR, Lourivaldo Bispo et al. Mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: um estudo reflexivo sobre os cuidados reprodutivos e psicossociais Women undergoing bariatric surgery: a reflective study on reproductive and psychosocial care. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 80444-80457, 2021.

KEPPLE, Anne Walleser; SEGALL-CORRÊA, Ana Maria. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 187-199, 2011.

KIRKLAND, Anna. Think of the hippopotamus: Rights consciousness in the fat acceptance movement. **Law & Society Review**, v. 42, n. 2, p. 397-432, 2008.

KLIMECK, Beatriz; AZIZE, Rogerio. 'Fat studies'e a produção de conhecimento situado: Notas sobre o sexto Congresso Internacional de Estigma do Peso. **Enfoques**, p. 1-9, 2019.

KLIMECK, Beatriz. "Anorexia? Não, olha seu tamanho": anorexia nervosa em mulheres gordas. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2020.

- KNOOPS, K.T.B. et al. Mediterranean diet, life factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: The HALE project. **The Journal of the American Medical Association**. 292(12): 1433–1439, 2004.
- KOPELMAN, Peter G. Obesity as a medical problem. **Nature**, v. 404, n. 6778, p. 635, 2000.
- KOVÁCS MJ. **Bioética nas questões da vida e da morte**. *Psicologia USP*, 14(2): 115-167, 2003.
- KRAEMER, Fabiana Bom et al. “O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1337-1359, 2014.
- KRAMER, Caroline K.; ZINMAN, Bernard; RETNAKARAN, Ravi. Are metabolically healthy overweight and obesity benign conditions?: A systematic review and meta-analysis. **Annals of internal medicine**, v. 159, n. 11, p. 758-769, 2013.
- KRUGER, Judy et al. Attempting to lose weight: specific practices among US adults. **American journal of preventive medicine**, v. 26, n. 5, p. 402-406, 2004.
- KRUSE, Maria Henriqueta Luce; SCHENINI, Franciele da Silveira; RIBEIRO, Rúbia Guimarães; OLIVEIRA, Stefanie Griebeler; CERVELIN, Aline Fantin. “Saúde e obesidade: discursos de enfermeiras”. *AQUICHAN, Chía, Colômbia*. v. 12, n. 2, p. 109-121, 2012.
- KUK, J. L. et al. Individuals with obesity but no other metabolic risk factors are not at significantly elevated all-cause mortality risk in men and women. *Clinical Obesity*, Hoboken, v. 8, n. 5, p. 305-312, 2018.
- KYLE, T. K. PUHL, R. M. Putting people first in obesity. **Obesity** 22:1211. doi: 10.1002/oby.20727, 2014.
- LANGDON, Jody; RUKAVINA, Paul; GREENLEAF, Christy. Predictors of obesity bias among exercise science students. **Advances in physiology education**, v. 40, n. 2, p. 157-164, 2016.
- LATNER, Janet D. et al. Weight and health-related quality of life: The moderating role of weight discrimination and internalized weight bias. **Eating Behaviors**, v. 15, n. 4, p. 586-590, 2014.
- LEAL, G. V. S., PHILLIPPI, S. T., POLACOW, V. O., CORDÁS, T. A., ALVARENGA, M. O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes? **J Bras Psiquiatr.**, v. 62, n. 1, p. 62-75, 2013.
- LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2017; 33 Sup 1:e00078816. doi: 10.1590/0102- 311X00078816
- LEITE, Júlia Campos. A Desconstrução da Violência Obstétrica Enquanto Erro Médico e Seu Enquadramento Como Violência Institucional e de Gênero. Seminário Internacional Fazendo Gênero, v. 11. & 13th Women’s Worlds Congress (Anais Eletrônicos), ISSN 2179-510X, Florianópolis, 2017.
- LEON, Magdalena. Empoderamiento: Relaciones de las mujeres con el poder. **Estudios Feministas**, v. 8, p.191-207, 2000.

- LESSER, Lenard I. et al. Relationship between funding source and conclusion among nutrition-related scientific articles. **PLoS Medicine**, v. 4, n. 1, p. e5, 2008.
- LIMA, Tiago Aparecido Maschio de. et al. Análise das prescrições de sibutramina em drogaria. *Revista Eletrônica de Farmácia* **Electronic Journal of Pharmacy**, doi 10.5216/ref.v15ie.47416, 2018.
- LINS A.P.M. SICHIERI, R. Influência da menopausa no índice de massa corporal. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 45(3):265- 70, 2001.
- LISSNER, Lauren et al. Variability of body weight and health outcomes in the Framingham population. **New England Journal of Medicine**, v. 324, n. 26, p. 1839-1844, 1991.
- LOBSTEIN, Tim. Maternal and child obesity: some policy challenges. **Proceedings of the nutrition society**, v. 70, n. 4, p. 506-513, 2011.
- LOZANO-SUFRAATEGUI, Lorena. SPARKES, Andrew C. MCKENNA, Jim. Weighty: NICE's not-so-nice words. **Frontiers in psychology**, v. 7, p. 1919, 2016.
- LUPTON, Deborah. **Fat**. 2ª Ed. Nova Iorque: Routledge. 2018. 128p.
- MALINOWSKI, S. S. Nutritional and metabolic complications of bariatric surgery. **The American journal of the medical sciences**, 331(4), 219-225, 2006.
- MALTA, D. C. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - DMPS/FCM/Unicamp. Campinas, 2001.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. Tendência temporal da prevalência de obesidade mórbida na população adulta brasileira entre os anos de 2006 e 2017. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00223518, 2019.
- MALTERUD, K.; ULRIKSE, K. Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. **Int J Qual Stud Health Well-being**, v. 6, n. 4, 2011.
- MANCINI, Marcio C.; HALPERN, Alfredo. Tratamento farmacológico da obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 46, p. 497-512, 2002.
- MANN, T. et al. Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. **The American Psychologist**, Washington, DC, v. 62, n. 3, p. 220-233, 2007.
- MANSKE, George Saliba; BARCELOS, Thaís Silveira. Práticas corporais medicalizantes: diagnosticando a revista vida simples. **Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, 233-246, jan./mar. de 2016.
- MARCELINO, Liette Francisco. PATRÍCIO, Zuleica Maria. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2011, v. 16, n. 12, pp. 4767-4776.
- MARTINS, André. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface (Botucatu)**, v.8, n.14, 2004.

- MASSIGNAM, Fernando Mendes. DORNELLES, João Luiz. NEDEL, Fúlvio Borges. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(3):541-544, jul-set 2015.
- MATHESON, E. M.; KING, D. E.; EVERETT, C. J. Healthy lifestyle habits and mortality in overweight and obese individuals. **Journal of the American Board of Family Medicine**, Lexington, v. 25, n. 1, p. 9-15, 2012.
- MATTINGLY, B.A., STAMBUSH, M.A., HILL, A.E. Shedding the pounds but not the stigma: negative attributions as a function of a target's method of weight loss. **J Appl Biobehav Res**, 14: 128–144. 2009.
- MATTOS, Rafael da Silva; LUZ, Madel Therezinha. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, p. 489-507, 2009.
- MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. 4.e. São Paulo: n-1 edições, 2019.
- MCPHERSON, Klim. Reducing the global prevalence of overweight and obesity. **The Lancet**, v. 384, n. 9945, p. 728-730, 2014.
- MEADOWS, Angela. DANÍELSDÓTTIR, Sigrún. What's in a word? On weight stigma and terminology. **Frontiers in psychology**, v. 7, p. 1527, 2016.
- MENSINGER, Janell L.; TYLKA, Tracy L.; CALAMARI, Margaret E. Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: a study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. **Body image**, v. 25, p. 139-147, 2018.
- MESUREUR L. ARVANITAKIS M. Metabolic and nutritional complications of bariatric surgery: a review. **Acta Gastro-enterologica** Oct-Dec;80(4):515-525. PMID: 29560648. Bélgica. 2017.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. 1998.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Expressões culturais de violência e relação com a saúde. In: MINAYO. **Violência e saúde [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. Hucitec-Abrasco. São Paulo/Rio de Janeiro, 2010.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Públ.**, v. 10, n. 1, p. 07-18, Rio de Janeiro, 1994.
- MINOSSI, José Guilherme. Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 36, n. 1, p. 090-095, 2009.
- MITJAVILA, Myriam Raquel. Medicalização, risco e controle social. **Revista de Sociologia da USP**, v.27, n.1, 2015.
- MITJAVILA, Myriam Raquel. O risco como recurso para a arbitragem social. **Rev. Sociol**, v.14, n.2, USP, São Paulo, 2002.

MITJAVILA, Myriam Raquel; JESUS, Cristine da Silva. Globalização, modernidade e individualização social. **Katálises**, v.7, n.1. Florianópolis, 2004.

MONACO-FERREIRA, Daniela Vicinansa; LEANDRO-MERHI, Vânia Aparecida. Weight regain 10 years after Roux-en-Y gastric bypass. **Obesity surgery**, v. 27, n. 5, p. 1137-1144, 2017.

MONTEIRO, Carlos A. et al. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. **Obesity reviews**, v. 14, p. 21-28, 2013.

MONTEIRO, Carlos Augusto; CASTRO, Inês Rugani Ribeiro de. Porque é necessário regulamentar a publicidade de alimentos. **Ciência e Cultura**, v. 61, n. 4, p. 56-59, 2009.

MOREIRA, Elaine Ferreira; et al Quais os riscos-benefícios da sibutramina no tratamento da obesidade. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.7, n.4, 42993-43009 apr 2021.

MORETTI-PIRES R. O. Domesticando corpos, construindo médicos: das relações de gênero a uma sociologia da profissão. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. 2017

MUENNIG et al, 2008 - MUENNIG, P., JIA, H., LEE, R., LUBETKIN, E. I think therefore I am: perceived ideal weight as a determinant of health. **Am. J. Public Health** 98, 501–506. doi: 10.2105/AJPH.2007.114769. 2008.

MYERS, Jonathan; et al. The obesity paradox and weight loss. **The American Journal of Medicine**, New York, v. 124, n. 10, p. 924-30, 2011.

NAJMAN, J. M.; KLEIN, D.; MUNRO, C. Patient characteristics negatively stereotyped by doctors. **Social science & medicine**, v. 16, n. 20, p. 1781-1789, 1982.

NAKAMURA, K.M., et al. Fracture risk following bariatric surgery: a population-based study. **Osteoporos Int** 25, 151-158. <https://doi.org/10.1007/s00198-013-2463-x>, 2014.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. **Psicologia em estudo**, v. 11, n. 3, p. 647-654, 2006.

NASCIMENTO A.L. ANDRADE S.L.L.S. Segurança alimentar e nutricional: pressupostos para uma nova cidadania? **Ciência Cultura**, 62(4):34-38, 2010.

NASCIMENTO C. A. D., BEZERRA S. M. M. S., & ANGELIM E. M. S. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**, 18, 193-201. doi: 10.1590/S1413- 294X2013000200004. 2013.

NECHAR, Patricia Assuf. O corpo gordo: Uma cartografia do imaginário social. Tese de doutorado. Programa de Estudos Pós-graduados em comunicação e semiótica. Pontifícia Universidade de São Paulo (PUC/SP). São Paulo, 2020.

NESTLE, Marion. **Food politics: How the food industry influences nutrition and health**. Univ of California Press, 2002.

NG, Marie. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The lancet**, v. 384, n. 9945, p. 766-781, 2014.

NOBRE, Julio Cesar de Almeida; et al. **Corpo e saúde: uma controvertida produção coletiva**. Cadernos UniFOA, Volta Redonda, n. 31, p. 59-73, ago, 2016.

NORONHA, Andreza; DEUFEL, Camila. “Reflexões Teóricas sobre a Gordofobia na mídia: o corpo na contemporaneidade”. In: V Seminário Nacional de Pesquisa em Educação: ética e políticas, Santa Cruz do Sul. Resumo. Universidade de Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2014, p. 1. Disponível em: <<http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sepedu/article/view/12076>>. Acesso em: 03/11/2018.

NOVELLE, Julia M.; ALVARENGA, Marle S. Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. **J Bras Psiquiatr**, v.65, n. 3, p. 262-85, 2016.

NUNES, M. A. et al. Prevalence of abnormal eating behaviours and inappropriate methods of weight control in young women from Brazil: a population-based study. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 8, n. 2, p. 100-106, 2003.

NYMAN, Viola M.K. et al. Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. **Midwifery**, v. 26, n. 4, p. 424-429, 2010.

O'HARA, L. GREGG, J. Human rights casualties from the “war on obesity”: Why focusing on body weight is inconsistent with a human rights approach to health. **Fat Studies**, 1(1), 32-46. 2012.

OBARA, Angélica Almeida. **Atitudes de estudantes universitários de nutrição em relação aos indivíduos obesos e à obesidade**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

OBARA, Angélica Almeida; VIVOLO, Sandra Roberta Gouvea Ferreira; ALVARENGA, Marle dos Santos. Preconceito relacionado ao peso na conduta nutricional: um estudo com estudantes de nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00088017, 2018.

OLINTO, Maria Teresa Anselmo. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, p. 161-169, 1998.

OLIVEIRA, Karla Rodrigues; et al. Sibutramina: efeitos e riscos do uso indiscriminado em obesos. Revista eletrônica de trabalhos acadêmicos – universo/Goiânia ano 1 / N°3 / 2016.

OPAS. Organização Pan-Americana De Saúde. Sistemas alimentares e nutrição: a experiência brasileira para enfrentar todas as formas de má nutrição. Brasília, DF: OPAS, 2017.

OPAS. Organização Pan-Americana De Saúde. XXXVI Reunión del Comitê Asesor de Investigaciones em Salud-Encuesta Multicêntrica-Salud Beinestar y Envejecimiento (SABE) em América Latina y el Caribe-Informe preliminar. 2002.

OREOPOULOS A, Ezekowitz JA, McAlister FA, et al. Association between direct measures of body composition and prognostic factors in chronic heart failure. *Mayo Clin Proc.* 85:609–617, 2010.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 205-218, 2015.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, v. 32, p. 299-316, 1998.

PAIM, Marina Bastos; KOVALESKI, Douglas Francisco. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saúde e Sociedade*, v.29, n.1, 2020.

PALMA, A. et al. Os “pesos” de ser obeso: traços fascistas no ideário de saúde contemporâneo. *Movimento*, Porto Alegre, v.18, n. 4, p. 99-119, 2012.

PANTENBURG, B. et al. Medical Students’ Attitudes towards Overweight and Obesity. *PLOSOne*, v. 7, n. 11, 2012.

PATEL, Raj. **Stuffed and starved: The hidden battle for the world food system**. Melville House Pub, 2008.

PATRICIO, Rachel. **Sobre diversidade de corpos e a palavra “gorda”**. 3 de outubro de 2015. Disponível em: <<https://medium.com/falando-sobre-gordofobia/sobre-diversidade-de-corpos-e-a-palavra-gorda-90aebdde3e50>>. Acesso em: 19 de junho de 2019.

PAUMGARTTEN, Francisco JR. Tratamento farmacológico da obesidade: a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 3, p. 404-404, 2011.

PEIXOTO, Stefano Frugoli; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; MORRONE, Luiz Carlos. Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários. *Saúde e Sociedade*, v. 22, p. 785-794, 2013.

PEREIRA, Dayse Maria Gonçalves; SILVA, Bruna Yhang da Costa. Índices antropométricos tradicionais e novos e sua relação com a glicemia de diabéticos tipo 2. *Braspen J*, v. 32, n. 1, p. 49-53, 2017.

PERSKY, Susan; ECCLESTON, Collette P. Medical student bias and care recommendations for an obese versus non-obese virtual patient. *International Journal of Obesity*, v. 35, n. 5, p. 728-735, 2011.

PHELAN, S.M. et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev.* 16(4):319-26, Apr, 2015.

PHELAN, Sean M. et al. Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: the medical student CHANGES study. *Obesity*, v. 22, n. 4, p. 1201-1208, 2014.

PICH, Santiago. Adolphe Quetelet e a biopolítica como teologia secularizada. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 20, p. 849-864, 2013.

PICHETTI, Débora Zichtl Campos Mariani et al. Entre o discurso médico e a percepção de si: Narrativas da violência de gênero em ginecologia. 2020. TCC Curso de Graduação em Medicina. Universidade Federal de Santa Catarina. 112p

PIÑEYRO, Magdalena. **Stop Gordofobia y las panzas subversas**. Málaga: Zambra y Baladre, 2016

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.**, v. 17, n. 4, p. 523-533, Campinas, 2004.

PINTO, Maria Soraia Pinto; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 443-457, 2010.

POLLAN, Michael. **Em defesa da comida**. Rio de Janeiro: Intrínseca, p. 9-29, 2008.

POULAIN JP. **Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar**. Florianópolis: Ed. UFSC; 2013. 285 p.

POULAIN, J.-P. **Sociologia da obesidade**. São Paulo: Senac, 2013

PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa. Alimentação e globalização: algumas reflexões. **Ciência e Cultura**, v. 62, n. 4, p. 43-47, 2010.

PUHL, R. M.; ANDREYEVA, T.; BROWNELL, K. D. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *International Journal of Obesity*, Londres, v. 32, n. 6, p. 992-1000, 2008.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. Obesity stigma: important considerations for public health. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 100, n. 6, p. 1019-1028, 2010.

PUHL, R. M.; PETERSON, J. L. The nature, consequences, and public health implications of obesity stigma. In: CORRIGAN, P. W. (Ed.), *The stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices* (pp. 183–203). Washington, DC: American Psychological Association, 2014.

PUHL, R. PETERSON, J. L. LUEDICKE, J. Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers. **Int. J. Obes.** 37, 612–619. doi: 10.1038/ijo.2012.110. 2013.

PUHL, Rebecca M.; BROWNELL, Kelly D. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. **Obesity**, v. 14, n. 10, p. 1802-1815, 2006.

PUHL, Rebecca M.; HEUER, Chelsea A. The stigma of obesity: a review and update. **Obesity**, v. 17, n. 5, p. 941-964, 2009.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do Poder e Classificação Social In: Epistemologias do Sul, Org. Boaventura de Sousa Santos, Maria Paula Meneses. Janeiro, 2009.

RALSTON, J. et al. Time for a new obesity narrative. **The lancet**, v. 392, Issue 10156, p. 1384-1386, October 20, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32537-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32537-6). 2018.

RANGEL, Natalia Fonseca de Abreu. O ativismo gordo em campo: política, identidade e construção de significados. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

RANGEL, Natália Fonseca de Abreu. Redes da internet como meio educativo sobre gordofobia. 2017. 90 f. TCC (Graduação) - Curso de Ciências Sociais, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

RECH, Daiani Cristina; et al. As políticas públicas e o enfrentamento da obesidade no Brasil: uma revisão reflexiva. Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2016.

REY-LOPEZ, J. P. et al. The prevalence of metabolically healthy obesity: a systematic review and critical evaluation of the definitions used. **Obesity reviews**, v. 15, n. 10, p. 781-790, 2014.

REZENDE, F. et al. Aplicabilidade do índice de massa corporal na avaliação da gordura corporal. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v.16, n.2, março/abril, Niterói, 2010.

REZENDE, Fabiane et al. Revisão crítica dos métodos disponíveis para avaliar a composição corporal em grandes estudos populacionais e clínicos. **ALAN**, Caracas, v. 57, n. 4, p. 327-334, dic. 2007.

RIBEIRO, 2021 - RIBEIRO, Edna. Nutricídio, mas também pode chamar de fome. O joio e o trigo, 2020. Disponível em: <<https://ojoioeotriogo.com.br/2020/11/nutricidio-mas-tambem-pode-chamar-de-fome/>>. Acesso em: 22 de outubro de 2021.

RIBEIRO, Djamila. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte (MG): Letramento, 112 páginas, Coleção: Feminismos Plurais, 2017.

RIGO, L. C.; SANTOLIN, C. B. Combate à obesidade: uma análise da legislação brasileira. **Movimento**, Porto Alegre, v.18, n. 2, p. 279-296, 2012.

ROBINSON, E.; HUNGER, J. M.; DALY, M. Perceived weight status and risk of weight gain across life in US and UK adults. **International Journal of Obesity**, Londres, v. 39, n.12, p.1721-1726, 2015.

RODRIGUES, Cristiano. Atualidade do conceito de interseccionalidade para a pesquisa e prática feminista no Brasil. Seminário Internacional Fazendo Gênero, v. 10, 2013.

RODRIGUES, Daisy Cristina; et al. Estigmas dos profissionais de saúde frente ao paciente obeso: uma revisão integrativa. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 3, p. 197-203, set./out. 2016.

ROSE, N. Para além da medicalização. In: **Lancet**, 369: 700-01, 2007.

RUBINO, Francesco et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nature Medicine**, n. 26, p. 485-497, 2020.

RZEHAK, Peter et al. Weight change, weight cycling and mortality in the ERFORT Male Cohort Study. **European journal of epidemiology**, v. 22, n. 10, p. 665-673, 2007.

SABIN, Janice A.; MARINI, Maddalena; NOSEK, Brian A. Implicit and explicit anti-fat bias among a large sample of medical doctors by BMI, race/ethnicity and gender. **PloS one**, v. 7, n. 11, p. e48448, 2012.

SADER, Emir. Notas sobre a Globalização In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (org). Estado, Sociedade e formação profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

SAFFIOTI, Heleieth IB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos pagu**, n. 16, p. 115-136, 2001.

SAMOCHA-BONET, D. et al. Metabolically healthy and unhealthy obese--the 2013 stock conference report. **Obes Rev**,15: 697–708, 2014.

SAMPAIO, Flávia Alves. Gordofobia: as vozes da opressão no gênero piada. TCC (Graduação em Letras Portugues). Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2018. 33p.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, p. 260-268, 2012.

SÁNCHEZ-CARRACEDO, David; NEUMARK-SZTAINER, Dianne; LÓPEZ-GUIMERA, Gemma. Integrated prevention of obesity and eating disorders: barriers, developments and opportunities. **Public health nutrition**, v. 15, n. 12, p. 2295-2309, 2012.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. **Gordos, magros e obesos: uma história de peso no Brasil**. 1ed. São Paulo. Estação Liberdade, 2016.

SANTOS, Amanda; SANCHOTENE, Nicole. “‘Gorda, Sim! Maravilhosa, Também!’: Do Ressentimento à Autoestima em Testemunhos de Vítimas de Gordofobia no YouTube”. In: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 40º, Curitiba. Anais. Curitiba: Intercom, 2017, p. 1-15. Disponível em: <<https://lumina.ufjf.emnuvens.com.br/lumina/article/view/831>>. Acesso em: 10/07/2018.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador -Bahia. Tese de Doutorado. Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2006.

SANTOS, Margarida Custódio dos et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Revista portuguesa de saúde pública**, p. 47-57, 2010.

SANTOS, Tania Steren dos. Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social. **Sociologias**. Porto Alegre. Vol. 11, n. 22 (jul./dez. 2009), p. 120-156, 2009.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Nada sobre nós, sem nós: Da integração à inclusão – Parte 2. **Revista Nacional de Reabilitação**, n. 58, p.20-30, 2007.

SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. **Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%**. 11 de julho de 2018. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/>>. Acesso em: 15 de junho de 2019.

SCAGLIUSI, Fernanda Baeza; LANCHÁ JÚNIOR, Antonio Herbert. Subnotificação da ingestão energética na avaliação do consumo alimentar. **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 4, p. 471-481, 2003.

SCHERER-WARREN, Ilse. Das Mobilizações às Redes de Movimentos Sociais. Sociedade e Estado, Brasília, v. 21, n.1, p. 109-130, jan./abr. 2006.

SCHRAIBER LB. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.

SCHVEY, Natasha A.; PUHL, Rebecca M.; BROWNELL, Kelly D. The stress of stigma: exploring the effect of weight stigma on cortisol reactivity. **Psychosomatic medicine**, v. 76, n. 2, p. 156-162, 2014.

SCHWARTZ, Marlene B.; HENDERSON, Kathryn E. Does Obesity Prevention Cause Eating Disorders? **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v. 48, n. 8, 2009.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 29-41, 2007.

SCOTT, Gabriella Padilha. Mulher, corpo e credibilidade: um estudo cartográfico sobre as apresentadoras dos principais telejornais do país. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Comunicação Social – Jornalismo) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

SCOTT, Joan W. **A invisibilidade da experiência**. Proj. História, São Paulo (16) fev 1998.

SCRINIS, Gyorgy. On the ideology of nutritionism. **Gastronomica**, v. 8, n. 1, p. 39-48, 2008.

SEIXAS, B. XAVIER, J. A fome “oculta” do capital: a precarização do trabalho e do alimento mercadoria face à necropolítica. In: Seminário Nacional de Sociologia da UFS, 3., 2020, São Cristóvão, SE. Anais São Cristóvão, SE: PPGS/UFS, 2020.

SEIXAS, Cristiane Marques; BIRMAN, Joel. O peso do patológico: biopolítica e vida nua. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.19, n.1, p.13-26, Rio de Janeiro, 2012.

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170915, 2019.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SICHERI R., NASCIMENTO S., COUTINHO W. The burden of hospitalization due to overweight and obesity in Brazil. **Cad Saúde Pública**. Jul;23(7):1721-7, 2007.

SIKORSKI, Claudia et al. Attitudes of health care professionals towards female obese patients. **Obesity facts**, v. 6, n. 6, p. 512-522, 2013.

SILVA, B. L.; CANTISANI, J. R. As interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição: uma problematização necessária. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

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

SILVA, Luiza Eunice Sá da. et al. Tendência temporal da prevalência do excesso de peso e obesidade na população adulta brasileira, segundo características sociodemográficas, 2006-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

SILVA, Nuno Cardoso da. **A Globalização como factor de Exclusão**. 2004.

SILVA, Rosana Maria Nascimento Castro. No fiel da balança: uma etnografia da regulamentação sanitária de medicamentos para emagrecer. Tese (Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social) - Universidade de Brasília. 2012.

SILVA, Sergio Gomes da Silva. Preconceito e Discriminação: As Bases da Violência Contra a Mulher. **Psicologia Ciência e Profissão**, 30 (3), 556-571. 2010.

SILVA, Sílvia Elaine da; SANTOS, Paloma Rosa dos. Gordofobia médica: manifestação de um estigma social como violação de direitos humanos. In: JUNIOR, Alúcio Gomes Silva; MARÇAL, Felipe; SILVA, Leonardo Rabelo de Matos; REIS, Vanessa Velasco Hernandez Brito (Orgs). Direitos sociais e efetividade. Grupo multifoco: Rio de Janeiro, 1 edição, 2019.

SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 39-44, 2009.

SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; CAMARGO JR, Kenneth Rochel. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 65-78, 2007.

SÖNMEZ, K. et al. Which method should be used to determine the obesity, in patients with coronary artery disease? (Body mass index, waist circumference or waist-hip ratio). **Int J Obes**. 27(3):341-6, 2003.

SOUZA, Elton Bicalho de. **Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores**. Cadernos UniFOA, ed.13, agosto, 2010.

SOUZA, L. E. P. F. Saúde pública ou saúde coletiva. **Revista espaço para a saúde**, v. 15, n. 4, p. 1-21, 2014.

SOUZA, Luciana Karine de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019.

STENZEL, Lucia Marques. **Obesidade: o peso da exclusão**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

STEPAN, N. **A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina**. Coleção História e Saúde, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

STRAWBRIDGE, W. J et al. New NHLBI clinical guidelines for obesity and overweight: will they promote health? **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 90, n. 3, p. 340-343, 2000.

STUCKLER, David et al. Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol, and tobacco. **PLoS medicine**, v. 9, n. 6, p. e1001235, 2012.

STUCKLER, David; NESTLE, Marion. Big food, food systems, and global health. **PLoS medicine**, v. 9, n. 6, p. e1001242, 2012.

SUTIN, A. R., et al Perceived weight discrimination, changes in health, and daily stressors. **Obesity**, 24, 2202–2209. ²⁰¹⁶.

SUTIN, Angelina; STEPHAN, Yannick; TERRACCIANO, Antonio. Weight Discrimination and Risk of Mortality. **Psychol Sci**. Nov; 26(11): 1803–1811. 2015.

SWINBURN, B. A. et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. **Lancet**, Londres, v. 378, n. 9793, p. 804-814, 2011.

SYKES, Heather. **Queer Bodies: Sexualities, Genders & Fatness in Physical Education**. New York: Peter Lang, 2011.

TAKATA, Yutaka et al. Association between body mass index and mortality in an 80-year-old population. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 55, n. 6, p. 913-917, 2007.

TAROZO, Maraisa; PESSA, Rosane Pilot. Impacto das consequências psicossociais do estigma do peso no tratamento da obesidade: uma revisão integrativa da literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, 2020.

TAYLOR, Shelley E. **Health psychology**. New York, NY: McGraw-Hill, 2012.

TEIXEIRA, Filipa Valente; PAIS-RIBEIRO, José Luis; DA COSTA MAIA, Ângela Rosa Pinho. Crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade: uma revisão sistemática. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 254-262, 2012.

TEO, Carla Rosane Paz Arruda. Discursos e a Construção do Senso Comum sobre Alimentação a Partir de uma Revista Feminina. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, n.2, p.333-346, 2010.

TESSER C. D., et al Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**.; 10(35):1-12. 2015.

TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, artigo 116, 2017.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006.

TESSER, Charles Dalcanale. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, 17(2):e0020537, Rio de Janeiro, 2019.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3615-3624, 2010.

THOMAS, S. L. et al. "They all work...when you stick to them": A qualitative investigation of dieting, weight loss, and physical exercise, in obese individuals. **The Journal of Nutrition**. v. 7, n. 34, 2008.

TIAN, S. et al. Metabolically healthy obesity and risk of cardiovascular disease, cancer, and all-cause and cause-specific mortality: a protocol for a systematic review and meta-analysis of prospective studies. **BMJ Open**, v. 9, n. 10, 2019.

TOMIYAMA, A. J. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. **Appetite** 82, 8–15. doi: 10.1016/j.appet.2014.06.108. 2014.

TOMIYAMA, A. Janet. et al. Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005–2012. **International Journal of Obesity**, v. 40, n. 5, p. 883, 2016.

TOVAR, Virgie. Take The Cake: Revisiting the Fat Liberation Manifesto 46 Years Later. 01.24.19. Disponível em < <https://ravishly.com/take-cake-revisiting-fat-liberation-manifesto-46-years-later>>. Acesso em 03 de novembro 2021.

TOVAR, Virgie. **You have the right to remain fat**. Feminist Press at CUNY, 2018.

TRAMONTT, Cláudia Raulino. SCHNEIDER, Cláudia Dornelles. STENZEL, Lucia Marques. Compulsão alimentar e bulimia nervosa em praticantes de exercício físico. **Rev Bras Med Esporte**, v. 20, n. 5, 2014.

TYLKA, T. L. et al. The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. **International Journal of Obesity**, Londres, v. 2014, artigo 983495, 2014.

UDO, Tomoko; PURCELL, Katherine; GRILO, Carlos M. Perceived weight discrimination and chronic medical conditions in adults with overweight and obesity. **International journal of clinical practice**, v. 70, n. 12, p. 1003-1011, 2016.

ULIAN, Mariana Dimitrov et al. Saúde e Bem-estar na Obesidade: Paradoxo ou Possibilidade? **Revista de Cultura e Extensão USP**, v. 14, p. 123-131, 2015.

UZÊDA, J.C.O. et al. Correction: Factors associated with the double burden of malnutrition among adolescents, National Adolescent School-Based Health Survey (PENSE 2009 e 2015). **PLoS ONE**, v. 14, n. 6: e0219315. 2019.

- VADIVELLOO, Maya; MATTEI, Josiemer. Perceived weight discrimination and 10-year risk of allostatic load among US adults. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 51, n. 1, p. 94-104, 2017.
- VALENÇA, Marcos Moraes. Ecologia de saberes e justiça cognitiva. O movimento dos trabalhadores rurais sem-terra (MST) e a universidade pública brasileira: um caso de tradução? Tese de Doutorado. Universidade de Coimbra. Portugal, 2014.
- VALLGÅRDA, S. et al. Should Europe follow the US and declare obesity a disease?: a discussion of the so-called utilitarian argument. **European journal of clinical nutrition**, v. 71, n. 11, p. 1263-1267, 2017.
- VARTANIAN, L. R. “Obese people” vs. “Fat people”: impact of group label on weight bias. **Eat. Weight Disord.** 15, 195–198. doi: 10.1007/BF03325299. 2010.
- VARTANIAN, Lenny R. SMYTH, Joshua M. Primum non nocere: obesity stigma and public health. **Journal of bioethical inquiry**, v. 10, n. 1, p. 49-57, 2013.
- VAURS, C., et al. Original article: Determinants of changes in muscle mass after bariatric surgery. **Diabetes and Metabolism**, 41, 416-421, 2015.
- VIANA, E. S. R., REITZ, J. R., DE ASSIS, J. M., DA CORREGGIO, L. D. G. Autoimagem e autoestima de uma mulher gorda em um contexto gordofóbico: análise de experiências constitutivas no seu círculo de convivência. **Revista de Pesquisa e Prática em Psicologia**, 1(3), 687-712, 2021.
- WACQUANT, Loic. **Punir os pobres: a gestão da miséria nos Estados Unidos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2003.
- WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 185-194, 2010.
- WANG, Shirley S.; BROWNELL, Kelly D.; WADDEN, Thomas A. The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. **International journal of obesity**, v. 28, n. 10, p. 1333-1337, 2004.
- WARD, Stephanie H. GRAY, Anastasia M. PARANJAPE, Anuradha. African Americans’ Perceptions of Physician Attempts to Address Obesity in the Primary Care Setting. **J Gen Intern Med**, May; 24(5): 579–584. 2009.
- WEINER, B.; PERRY, R.P.; MAGNUSSON, J. An attributional analysis of reactions to stigmas. **J Pers Soc Psychol**, v. 55, n. 5, p. 738–748, 1988.
- WHARTON, Sean. et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. **CMAJ**. August 4;192:E875-91. doi: 10.1503/cmaj.191707. 2020.
- WHO, Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. **Lancet (London, England)**, v. 363, n. 9403, p. 157, 2004.

WILMS, B., et al Differential Changes in Exercise Performance After Massive Weight Loss Induced by Bariatric Surgery. **Obesity Surgery**, 23(3), 365-371, 2012.

WITT, Juliana da Silveira Gonçalves Zanini; SCHNEIDER, Aline Petter. Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, p. 3909-3916, 2011.

WITT, K.A. BUSH, E.A. College athletes with an elevated body mass index often have a high upper arm muscle area, but not elevated triceps and subscapular skinfolds. **J Am Diet Assoc**, 105:599-602, 2005.

WOLF, Corri. Physician assistant students' attitudes about obesity and obese individuals. **Journal of Physician Assistant Education (Physician Assistant Education Association)**, v. 21, n. 4, 2010.

WOLF, Naomi. **O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres**. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

WOO, S. et al. Cut-off point of BMI and obesity-related comorbidities and mortality in middle-aged. **Obes Res**. 12(12):2031-40, 2004.

YOKOKURA, Ana Valéria Carvalho Pires; et al. Obesidade e cirurgia bariátrica no olhar dos ex-obesos mórbidos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 462-469, 2011.

YOUNG KP, ANDERSON DA. Prevalence and correlates of exercise motivated by negative affect. **Int J Eat Disord**. 43(1):50-8, 2010.

YOUNG, Iris Marion. **La justicia y la política de la diferencia**. Madrid: Ediciones Cátedra, 2000.

ZIONI, Fabiola. WESTPHAL, Márcia Faria. O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o Ponto de Vista da Teoria Social. **Saúde Soc**. São Paulo, v.16, n.3, p.26-34, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevista

Informações sobre a pesquisa:

A pesquisa faz parte da tese de doutorado da aluna Marina Bastos Paim¹ sob a orientação do professor Dr. Douglas Francisco Kovaleski, vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva, realizarei uma pesquisa envolvendo um estudo cuja proposta é descrever e caracterizar como se dá a gordofobia nos espaços de saúde, e reconhecer e analisar os seus efeitos no cuidado da pessoa gorda.

A partir dos resultados obtidos com este estudo, pretendo contribuir com o debate sobre a necessidade de a saúde elaborar estratégias de prevenção da gordofobia na saúde.

O estudo é qualitativo, os procedimentos práticos do estudo irão envolver entrevistas individuais semiestruturadas com profissionais, estudantes e professores de saúde. O método de amostragem será não probabilístico, chamada bola de neve, a partir inicialmente de sementes identificadas pela pesquisadores e posterior indicação dos participantes.

A entrevista semiestruturada consiste em perguntas amplas que podem gerar um largo campo de interrogativas que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado, criando, então, um diálogo entre o entrevistado e o entrevistador, por isso te convido para participar da entrevista e peço sua permissão para gravá-las (áudio) e transcrevê-las. As entrevistas serão transcritas e serão armazenadas em arquivos digitais, mas somente terão acesso a elas a pesquisadora e o seu orientador. Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/2012, e, com o fim desse prazo, será descartado. O tempo estimado de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora e trinta minutos.

Sua participação é voluntária, o estudo pode trazer desconforto pelo tempo exigido e/ou constrangimento com os outros participantes da pesquisa (conflitos decorrentes de opiniões divergentes), mas o pesquisador atuará como mediador das discussões. A data da entrevista será acordada previamente com o participante. A sua participação será uma oportunidade de aprofundar seus conhecimentos sobre o tema proposto. Os registros ficarão sob posse do pesquisador e os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada e serão divulgados em forma de dissertação, artigos científicos em revistas especializadas e resumos em eventos científicos.

Ressalto ainda que a sua participação não é obrigatória e que, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo quanto à sua relação com o pesquisador. Caso haja dúvidas a respeito do estudo, o pesquisador estará à disposição para esclarecê-las.

A participação é **absolutamente voluntária** e não remunerada – *a legislação brasileira não possibilita quaisquer pagamentos referentes à participação em pesquisas* –, contudo todo e qualquer custo decorrente da participação na entrevista será ressarcido em espécie pelo pesquisador com verba de recurso próprio, conforme item IV.3 (g) da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde acerca de pesquisas com seres humanos, bem como indenização em caso de qualquer prejuízo material causado pela pesquisa ao participante, respeitando assim o item IV.3 (h) da Resolução 466/2012. A sua recusa em participar da pesquisa ou cancelar o consentimento não implicarão qualquer penalidade ou prejuízo.

Dessa forma, você está ciente de que a sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, o(a) identificar será mantido em sigilo. E que lhe é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois de sua participação. Você está ciente de que a qualquer momento pode deixar de permitir a participação nesta pesquisa, retirando o consentimento, sem precisar haver justificativa, e sem que essa decisão lhe traga qualquer consequência.

Tendo em vista o objetivo da pesquisa e os esclarecimentos prestados, concordo em participar, autorizando: a) a realização da entrevista e a gravação de áudio desta para posterior transcrição; b) publicações escritas da pesquisa e apresentações em congressos científicos, sem a identificação de nomes das pessoas envolvidas.

Este documento, que possui valor legal, deverá ser assinado em duas vias de igual valor pelo participante e pelo pesquisador, uma delas ficando em posse do participante. Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de algum esclarecimento sobre o trabalho que será realizado,

entre em contato com o pesquisador pelo telefone: (48) 996235216 ou via *e-mail* pelo: marinabastosp@gmail.com. Você poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094 ou ainda diretamente no prédio da Reitoria II, 4º andar, sala 401, na rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, bairro Trindade, Florianópolis, *e-mail*: cep.propesq@contato.ufsc.br. Caso persistam dúvidas, sugestões e/ou denúncias após os esclarecimentos do pesquisador, o comitê está disponível para lhe atender. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

O projeto possui aprovação do CEPESH/UFSC e atende à Resolução 466/2012 e suas complementares.

Contatos dos pesquisadores:

Os contatos dos pesquisadores responsáveis para solucionar qualquer tipo de dúvida, e/ou cancelar sua participação em qualquer fase da pesquisa, são os seguintes:

– Marina Bastos Paim (doutoranda) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

E-mail: marinabastosp@gmail.com

– Douglas Francisco Kovaleski (orientador) – Departamento de Saúde Pública UFSC

E-mail: douglas.kovaleski@gmail.com

Consentimento pós-informação:

Declaro, ainda, ter recebido uma cópia deste Termo, tendo assim a possibilidade de lê-lo quantas vezes for necessário.

Eu, _____, portador da identidade (RG) _____, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “Gordofobia nos espaços de saúde e seus efeitos: da denúncia do ativismo gordo à necessidade de reconhecimento na saúde coletiva” e concordo em participar da realização desta pesquisa.

Florianópolis, ____ / ____ / ____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ONLINE

1- Dados pessoais e socioeconômicos:**1 Identidade de gênero:**

- Mulher cis
- Mulher trans
- Homem cis
- Homem trans
- Travesti
- Não-binário
- Outro

2 Faixa etária:

- entre 18-24 anos
- entre 25-34 anos
- entre 35-44 anos
- entre 45-54 anos
- entre 55-64 anos
- acima de 65 anos

3 Sexualidade:

- Heterossexual
- Lésbica
- Homossexual
- Bissexual
- Pansexual
- Assexual
- Outro

4 Você se declara:

- Branco
- Preto
- Pardo
- Indígena
- Outro:

5 Escolaridade:

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino Médio completo
- Ensino Superior incompleto
- Ensino Superior completo
- Pós-graduação incompleta
- Pós-graduação completa

6 Renda mensal (per capita):

*O salário-mínimo atualmente é de R\$ 1.045.

- Até 1 salário-mínimo
- Entre 1 e 3 salários-mínimos
- Entre 3 e 5 salários-mínimos
- Entre 5 e 7 salários-mínimos
- Acima de 8 salários-mínimos

7 Em qual o estado que você mora?

- Acre (AC)
- Alagoas (AL)
- Amapá (AP)
- Amazonas (AM)
- Bahia (BA)
- Ceará (CE)
- Distrito Federal (DF)
- Espírito Santo (ES)
- Goiás (GO)
- Maranhão (MA)
- Mato Grosso (MT)
- Mato Grosso do Sul (MS)
- Minas Gerais (MG)
- Pará (PA)
- Paraíba (PB)
- Paraná (PR)
- Pernambuco (PE)
- Piauí (PI)
- Rio de Janeiro (RJ)
- Rio Grande do Norte (RN)
- Rio Grande do Sul (RS)
- Rondônia (RO)
- Roraima (RR)
- Santa Catarina (SC)
- São Paulo (SP)
- Sergipe (SE)
- Tocantins (TO)

8 Qual o nome da sua cidade?**9 Onde você faz seus atendimentos de saúde (você pode escolher mais de uma opção)?**

- Faço consultas particulares
- Possuo plano de saúde
- Utilizo serviços do SUS (Sistema Único de Saúde)

10 Você é uma pessoa:

- Gorda (o)
- Ex- gorda (o)
- Outro

11 Você é um ativista do movimento gordo?

- Sim
- Não
- Não sei

2- “Obesidade”**12 Você já recebeu o diagnóstico de “obesidade”?**

- Sim, já recebi esse diagnóstico uma vez.
- Sim, já recebi esse diagnóstico diversas vezes.
- Não, nunca recebi esse diagnóstico.

13 Se sim, você lembra como foi feito este diagnóstico?**14 Que tipos de tratamentos você já fez com indicação de um profissional de saúde?**

- Medicamentos para emagrecer
- Cirurgia bariátrica
- Dieta com restrição de calorias
- Exercício físico
- Nenhum
- Outro

15 Se você realizou algum tratamento, como foi essa experiência?**3- Gordofobia na saúde****16 Você se sente acolhida(o) nos serviços de saúde?**

- Sim
- Não
- Não sei
- Outro

17 Você já sofreu gordofobia em serviços de saúde?

- Sim, já aconteceu comigo.
- Não, nunca aconteceu comigo e nem conheço nenhum caso.
- Não, nunca aconteceu comigo, mas conheço pessoas que sofreram.
- Fiquei na dúvida se o ocorrido é ou não um caso de gordofobia.

18 Se sim, quando reconheceu que a situação sofrida era um caso de gordofobia?

- No mesmo momento
- Dias depois
- Meses depois
- Anos depois

19 Se sim, com que frequência você sofre gordofobia em serviços de saúde?

- Raramente
- Muitas vezes
- Quase sempre

20 Se sim, em que serviço de saúde você sofreu gordofobia?

- Consultório clínico particular
- Hospital público
- Hospital privado
- Serviços de Emergência ou Urgência (UPA)
- Policlínica ou Ambulatório público
- Centro de saúde do seu bairro
- Outro:

21 Poderia fazer um breve relato de uma ou mais situações de gordofobia que você sofreu em espaços de saúde (onde, como, quando, envolvidos):**22 Você já sofreu gordofobia por parte de algum profissional da saúde?**

- Sim
- Não
- Não sei

23 Se sim, de que profissionais você sofreu gordofobia (você pode assinalar mais de um se for o caso)?

- Médico
- Nutricionista
- Educador Físico
- Fisioterapeuta
- Assistente social
- Psicólogo
- Dentista
- Fonoaudiólogo
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Técnico de enfermagem
- Outro

24 Alguma dessas situações já aconteceu com você? O profissional de saúde:

- Realizou algum pré-julgamento dos seus hábitos
- Deu a entender que você mente sobre seus hábitos
- Atribuiu a culpa de todos seus problemas de saúde ao seu peso
- Disse que você vai morrer se não perder peso
- Disse para você voltar apenas quando tiver perdido peso
- Fez você se sentir constrangida(o), menosprezada(o), envergonhada(o) e culpada(o) pelo seu corpo
- Fez piadas, ironias e brincadeiras sobre seu corpo
- Utilizou linguagem ofensiva, falas grosseiras e/ou te ofendeu verbalmente
- Tratou você de forma desrespeitosa e/ou hostil
- Humilhou, intimidou e/ou aterrorizou você
- Agrediu fisicamente você
- Comparou você a um animal
- Realizou algum julgamento moral sobre você
- Não deu atenção a sua queixa e/ou sintoma relatado

- Não investigou devidamente os seus sinais e sintomas (diagnóstico superficial)
- Realizou um exame superficial e/ou não te examinou
- Diagnosticou você com “obesidade” apenas te olhando
- Utilizou apenas o IMC para avaliar sua saúde
- Pressionou para você subir na balança mesmo contra sua vontade
- Pressionou você para perder peso, mesmo que sua busca pelo serviço não tenha nada a ver com o seu peso
- Recomendou fazer uma cirurgia bariátrica, mesmo que você não esteja dentro dos critérios
- Insistiu para você continuar tomando medicamento para perda de peso, mesmo você relatando efeitos adversos
- Recomendou fazer dieta e atividade física mesmo você relatando que já faz
- Outro

25 O que é gordofobia médica para você?

26 Os serviços de saúde que você frequenta possuem acessibilidade e/ou equipamentos para pessoas gordas?

- Nem sempre há acessibilidade e/ou equipamentos, e por isso já deixei de ser atendido (por falta de estrutura).
- Há dificuldades de acesso e/ou equipamentos, mas consigo ser atendido (mesmo que com dificuldades).
- Há acessibilidade e/ou equipamentos, sou atendido sem dificuldades.
- Outro

27 Se houve dificuldades, o que faltou para garantir sua acessibilidade aos serviços de saúde?

28 Você já sofreu gordofobia enquanto praticava alguma atividade física?

- Sim, é bem frequente.
- Sim, mas é pouco frequente.
- Não, mas tenho medo de sofrer.
- Nunca sofri e não tenho este medo.
- outro

4- Efeitos e consequências

29 Você já evitou os serviços de saúde de alguma forma?

- Sim
- Não
- Outro

30 Se sim, por que você evitou os serviços de saúde? O que você deixou de fazer?

31 Como a gordofobia afeta sua relação com a atividade física?

32 Como a gordofobia afeta a sua relação com a comida?

33 Como a gordofobia afeta a sua saúde mental?

34 Você já realizou algumas dessas medidas de controle de peso (não saudáveis)?

- Usei laxantes, diuréticos
- Fiquei sem comer por longos períodos
- Induzi vômitos
- Fiz dietas da moda
- Fiz cirurgia plástica e/ou lipoaspiração
- Fiz atividade física de forma compensatória e exagerada
- Troquei refeições por shakes
- Tomei medicamentos para emagrecer por conta própria
- Nunca realizei nenhuma dessas medidas
- Outra

35 Você tem ou já teve algum transtorno alimentar?

- Não, nunca tive.
- Nunca fui diagnosticada (o), mas acredito ter transtorno alimentar.
- Sim, fui diagnosticada com anorexia.
- Sim, fui diagnosticada com bulimia.
- Sim, fui diagnosticada com compulsão alimentar.
- Sim, fui diagnosticada com outro transtorno alimentar.

36 Você tem alguma dica aos profissionais de saúde de como realizar um atendimento não-gordofóbico?

37 Você já denunciou algum caso de gordofobia sofrido em um serviço de saúde?

- Sim denunciei
- Não denunciei porque não sabia onde fazer a denúncia
- Não denunciei porque nem sabia que era um caso de gordofobia
- Outro

38 Você quer fazer algum comentário aos pesquisadores?

Não sabe como denunciar?

Atendimento no SUS: disque Saúde 136 para o registro na ouvidoria

Atendimento particular: ligue para a ouvidoria do seu convênio ou do hospital

Você também pode denunciar para o conselho do profissional em questão

Você também pode denunciar para o conselho do profissional em questão

Se você conhece outras pessoas com relatos de gordofobia em serviços de saúde, por favor envie o link do questionário: <https://forms.gle/GJaG4Tcfw7RLEfto8>

Agradeço muito seu tempo e sua disposição em participar da pesquisa.

Enviarei os resultados para seu e-mail.