

**ARTIGO - ARTICLE - ARTÍCULO****Gordofobia e o cuidado em saúde: um estudo sobre o estigma do peso em uma unidade de saúde da família no município de Santos**

Fatphobia and health care: a study on weight stigma in a family health unit in the city of Santos

Gordofobia y atención a la salud: un estudio sobre el estigma del peso en una unidad de salud familiar de la ciudad de Santos

Maria Laura Monteiro da Luz Camargo<sup>1</sup> , Christiane Alves Abdala<sup>2</sup> 

1 - Universidade Federal de São Paulo, (UNIFESP), Santos, São Paulo, Brasil

2 - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Santos, São Paulo, Brasil

**RESUMO**

O papel que a sociedade desempenha no cuidado à saúde de pessoas com obesidade tem sido considerado ineficaz. Essa pesquisa foi realizada com profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família e teve como objetivo compreender como a internalização do estigma do peso influencia na prática clínica. Como instrumentos, foram utilizados o Teste de Associação Implícita e a realização de dois grupos focais. A abordagem metodológica da pesquisa foi qualitativa. Em relação ao Teste de Associação Implícita, do total de 8 participantes, tivemos 3 resultados indicando preferência automática forte por pessoas magras comparadas a pessoas gordas, 2 resultados indicando preferência automática moderada por pessoas magras comparadas a pessoas gordas, 1 resultado indicando preferência automática leve por pessoas magras comparadas a pessoas gordas e 2 resultados com pouca ou nenhuma preferência por pessoas magras comparadas a pessoas gordas. A partir da análise de conteúdo, emergiram duas principais categorias: insatisfação corporal e gordofobia no cuidado em saúde. A discussão contemplou as ações que profissionais de saúde têm frente aos pacientes com obesidade e a pressão estética voltada ao público feminino.

**Palavras-chave:** Estigma de peso; Estratégia Saúde da Família; Gordofobia; Saúde Mental; Atenção Básica à Saúde.

**Histórico do Artigo**

Recebido	28 Julho 2023
Aprovado	21 Junho 2024

**Correspondência**

Maria Laura Monteiro  
Av. Bartolomeu de Gusmão nº 62  
CEP: 11045-400 - São Paulo/SP, Brasil.  
E-mail: marialaura.nutricionista@gmail.com

**Como citar**

Monteiro ML, Abdala CA. Gordofobia e o cuidado em saúde: um estudo sobre o estigma do peso em uma unidade de saúde da família no município de Santos. Rev. Saúde Col. UEFS 2024; 14(2): e10102.



## INTRODUÇÃO

Entre os determinantes que englobam o desenvolvimento da obesidade, temos os fatores biológicos, sociais, comportamentais e ambientais. A obesidade é considerada uma doença crônica complexa na qual o excesso de gordura corporal pode prejudicar a saúde, aumentando o risco de complicações médicas em longo prazo<sup>1</sup>. Porém, pensar em obesidade apenas como excesso de peso corporal pelo grande consumo de alimentos, baixo gasto energético e falta de determinação é uma visão muito simplista, além de estigmatizante<sup>2</sup>.

O exame diagnóstico mais antigo e comumente utilizado no setor saúde e em estudos epidemiológicos é o índice de massa corporal (IMC), calculado pela fórmula peso/altura<sup>2</sup> e adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A obesidade é definida operacionalmente como um IMC superior a 30 kg/m<sup>2</sup> e é subclassificada em classe 1 (IMC entre 30-34,9), classe 2 (IMC entre 35-39,9) e classe 3 (IMC  $\geq$  40).

Em níveis populacionais, as complicações de saúde causadas pelo excesso de gordura corporal se amplificam à medida que o IMC aumenta. Em níveis individuais, as complicações ocorrem devido ao excesso, localização e distribuição da adiposidade, além de muitos outros fatores, incluindo ambientais, genéticos, biológicos e socioeconômicos<sup>1</sup>. Embora o IMC seja um índice que tem mostrado informações sobre a aceleração do ganho de peso nos últimos 30 anos, não é possível, a partir dele, avaliar a composição corporal, pois não apresenta dados sobre o componente da gordura e onde está armazenada, portanto, torna-se mais indicado para estudos populacionais e não individuais<sup>2</sup>.

Para além dessa visão reducionista, a obesidade é uma questão social, uma vez que os indivíduos sofrem com estigmatização. A grande questão é que nenhuma das estratégias geralmente utilizadas para o tratamento, como dietas e medicalização, tem se mostrado eficaz, principalmente em longo prazo. Pelo contrário, há uma rápida transição epidemiológica e nutricional<sup>3</sup> caracterizada pelo crescente número de indivíduos com sobrepeso e obesidade, entre eles crianças, adolescentes e adultos de ambos os sexos, no Brasil e em vários outros países, desde a década de 1970<sup>4,2</sup>.

A Comissão de Obesidade da revista *The Lancet*<sup>5</sup> publicou, em 2019, um relatório em que se discute o conceito de “Sindemia Global”, que aponta a interação de três pandemias – obesidade, desnutrição e mudanças climáticas – compartilhando determinantes e exercendo uma influência mútua em sua carga para a sociedade. Suas causas passam pelos interesses comerciais que orientam o modelo hegemônico do sistema agroalimentar global, pela falta de vontade das lideranças políticas e pela frágil e insuficiente ação da sociedade em geral.

É importante se atentar aos determinantes sociais que se relacionam diretamente ao acesso e à adequada garantia à saúde, como a falta de acesso a alimentos *in natura*, o

aumento do consumo de alimentos industrializados, além das desigualdades em relação a gênero, renda etc. Ademais, o enfoque que se dá ao excesso de peso como um problema facilmente solucionável, focando apenas no fator biológico, tem grandes consequências sociais e psicológicas e gera discriminação e preconceito. Os processos estigmatizantes que ocorrem com as pessoas com obesidade envolvem atitudes, crenças e comportamentos de aversão, que podem se manifestar em ambientes de saúde, trabalho, educação, nas relações pessoais e na mídia<sup>2</sup>, e contribuem para a desigualdade social e de saúde.

O preconceito e o estigma generalizados em nossa sociedade transparecem nos ambientes familiares e de trabalho, na relação com profissionais de saúde e até mesmo entre os próprios indivíduos com obesidade. É preocupante saber que os profissionais de saúde estão entre as principais fontes de práticas discriminatórias e estigmatizantes (médicos, enfermeiros, psicólogos, profissionais de educação física, nutricionistas, inclusive aqueles especializados no tratamento da obesidade). Pessoas gordas relatam que os profissionais de saúde que as acompanham não entendem como é difícil viver em um corpo gordo<sup>2</sup>. O estigma do peso internalizado mostrou ter um impacto extremamente negativo nos resultados associados ao tratamento da obesidade.

O papel que a sociedade desempenha no controle da obesidade, até recentemente, tem sido mal compreendido. Um exemplo disso, é o modo como o estigma da obesidade aparece no sistema de saúde, quando profissionais acreditam que indivíduos com obesidade não cumprem o aconselhamento médico ou o tratamento por falta de força de vontade, ou quando não há acesso aos equipamentos de saúde adequados para receber todos os tipos de pessoas. Isso faz com que pacientes tenham tratamento negado ou evitem buscar ajuda adequada<sup>6</sup>.

Além de todo o contexto dos ambientes de saúde, a exposição de corpos perfeitos feita pela mídia tem determinado a compulsão à busca do corpo ideal, especialmente pelo público feminino<sup>7,8</sup>.

O preconceito contra pessoas gordas é chamado de gordofobia (pressão estrutural na sociedade que atinge pessoas gordas) e a internalização do preconceito devido ao estigma social pode gerar consequências importantes como aumento do risco de transtornos alimentares, comportamentos não saudáveis para perda de peso, menor busca ao tratamento preventivo, menor prática de atividade física, maior vulnerabilidade à depressão, baixa autoestima, problemas com a imagem corporal, estereótipos negativos e maior risco de suicídio<sup>2,9</sup>.

Apesar de haver um aumento no número de publicações que exploram o estigma do peso e as consequências para a saúde, ainda há uma carência de trabalhos científicos que estudam essa temática, inclusive nacionalmente falando. Portanto, enquanto nutricionista que atuava no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde

da Prefeitura de Santos, a primeira autora deste artigo pôde refletir sobre as práticas profissionais e de políticas públicas em torno do cuidado às pessoas com obesidade<sup>10,6</sup>.

O estigma e preconceito social em ambientes de saúde estão diretamente relacionados à menor adesão ao tratamento de pessoas com obesidade e ao aumento da insatisfação corporal. Assim, entende-se que as relações e crenças com o corpo gordo podem interferir no atendimento ao paciente, assim como a ineficácia dos tratamentos propostos para a obesidade, que estão causando o desenvolvimento de transtornos alimentares, afetando questões psicológicas e aumentando a insatisfação corporal<sup>7,2</sup>. Desta forma, é necessário entender melhor como esses processos sociais, biológicos e psicológicos estão afetando a população de uma maneira geral<sup>3</sup> e como os profissionais da saúde podem promover saúde de uma maneira mais ética, inclusiva e resolutive.

É importante salientar que se faz necessária uma maior reflexão dos próprios profissionais de saúde que não avaliam os ambientes aos quais a população está exposta. Além disso, também é fundamental uma análise dos documentos de saúde, uma vez que estes podem acabar justificando e reproduzindo a gordofobia, o que reflete nas ações de políticas públicas, nos serviços de saúde e na prática profissional<sup>3</sup>. A patologização do corpo gordo, o olhar reducionista e biológico dado ao tratamento a pessoas com obesidade só reforçam a dificuldade em promover saúde.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi, além de conhecer o perfil sociodemográfico dos participantes, compreender como a internalização do estigma do peso pelos profissionais de saúde influencia na prática clínica. O desenvolvimento do projeto envolveu uma equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde do São Manoel, localizada na cidade de Santos, entendendo a relevância da Atenção Básica enquanto nível de cuidado à saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) como o mais próximo à população atendida.

## MÉTODO

Foi realizado um estudo quali-quantitativo, com classificação do tipo transversal e uso de dados primários, desenvolvido pela residente de Nutrição da Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, que também compunha uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

A Unidade de Saúde da Família (USF) na Zona Noroeste, localizada na cidade de Santos-SP, contava, em 2021, com duas equipes de Saúde da Família. A pesquisa foi realizada com uma das equipes composta por 1 médica de família, 1 enfermeira, 5 agentes comunitárias de saúde e 3 técnicas de enfermagem; no entanto, 1 técnica de enfermagem estava de férias e outra preferiu não participar da pesquisa, sendo assim, 8 participantes, no total. A opção por uma das equipes de Saúde da Família considerou o vínculo desenvolvido

entre residente e trabalhadores e, também, o interesse e disponibilidade destes em participar da pesquisa.

O perfil sociodemográfico das participantes foi identificado a partir de um questionário com perguntas sobre identidade de gênero, idade, profissão, grau de escolaridade e tempo de serviço nesta equipe de saúde da família.

O estudo foi realizado a partir da aplicação do Teste de Associação Implícita/ Implicit Association Test (TAI/ IAT), utilizado para medir atitudes implícitas, introduzido na literatura científica, em 1998, por Anthony Greenwald, Debbie McGhee e Jordan Schwartz<sup>11</sup>. O teste consiste em uma ferramenta computadorizada desenvolvida com o objetivo de medir a associação de dois conceitos de destino com um atributo, na qual os conceitos aparecem em uma tarefa de duas opções (por exemplo, pessoas com obesidade vs. pessoas magras) e o atributo em uma segunda tarefa (por exemplo, palavras agradáveis e desagradáveis em avaliação). A associação é medida com base no tempo de reação do indivíduo às questões e o pressuposto é o de que categorias mais associadas são respondidas mais rapidamente enquanto as menos associadas demandam mais tempo de resposta. Este tipo de teste é frequentemente utilizado para medir o preconceito implícito que pessoas podem ter e, no presente estudo, foi utilizado com foco no estigma do peso<sup>12</sup>.

A aplicação do teste foi realizada individualmente por cada participante. Foi enviado um arquivo com as instruções de como realizar o teste. O TAI foi feito através do link <https://implicit.harvard.edu/implicit/brazil/takeatest.html>, indicando que fosse feito pelo computador, em ambiente tranquilo e com atenção. Logo após a realização, cada participante enviou uma captura de tela, por e-mail, com o resultado.

Após a aplicação do TAI foram realizados dois grupos focais, com duração de uma hora cada, visando uma análise do discurso que subsidiasse a interpretação da visão dos profissionais sobre a aplicação do TAI; relacionando o estigma do peso com as práticas clínicas nos pacientes; e uma análise da internalização do viés do peso dos próprios trabalhadores de saúde em relação a eles mesmos. A discussão foi audiogravada e contou com auxílio de uma profissional residente que atuava no mesmo NASF da residente pesquisadora, para organização do grupo e captação das falas. Os grupos foram desenvolvidos na própria unidade de saúde com os profissionais dentro do horário de trabalho, previamente acordado com a chefia da unidade de modo a não atrapalhar o andamento do serviço.

O projeto foi primeiramente discutido e aceito pela chefia da unidade, apresentado pessoalmente durante a reunião de equipe, a qual foi feito o convite para participação, e posteriormente submetido à aprovação da Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Projetos de Pesquisa (CAAPP) da Secretaria de Saúde de Santos e à Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o nº 46664921.0.0000.0139.

Os objetivos da pesquisa foram explicados às voluntárias, juntamente com a apresentação de um formulário contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que

foi assinado por todas as participantes, além do questionário sociodemográfico e o teste de associação implícita.

O primeiro grupo ocorreu dia 2 de dezembro de 2021. Todas as participantes estavam presentes, exceto uma das técnicas de enfermagem que não pôde participar na data. Foi explicado o intuito do grupo focal em debater os resultados do teste e ouvir as opiniões das participantes, além de ter sido colocada a questão de que todos nós reproduzimos preconceitos, incluindo a importância de reconhecermos qual nosso local de fala, se é de opressor ou oprimido, para lutarmos em situações de injustiças. Foram utilizados slides com perguntas disparadoras para iniciar a conversa, entre elas: “Como você se sentiu fazendo o teste?”; “Porque você acha que deu determinado resultado?”; “Já tinha ouvido falar sobre gordofobia antes?”; Como isso impacta na sua vida?”; e “Como você acha que o tamanho do seu corpo influencia na sua vida?”.

O segundo dia de grupo ocorreu em 9 de dezembro de 2021, e todas as participantes estavam presentes, exceto a enfermeira que estava de férias e uma das agentes comunitárias de saúde que não pôde participar. O grupo tinha como objetivo a reflexão sobre o modo como estigma do peso influencia no processo de trabalho dos profissionais da saúde, com consequências clínicas, sociais e ambientais. Além disso, foram trazidas propostas de atuação para a diminuição da gordofobia nos ambientes de saúde.

Foi utilizada a análise de conteúdo, proposta pela professora da Universidade de Paris V, Laurence Bardin, que consiste em três etapas: pré-análise, exploração de material e interpretação dos dados. Nessa análise, o foco do estudo foi a compreensão dos dados coletados<sup>13</sup>.

Todos os gastos foram por conta da pesquisadora. Havia um risco mínimo relacionado à pesquisa, devido às perguntas que, de maneira não intencional, poderiam constranger as participantes da pesquisa. Tal risco foi manejado pela pesquisadora, assim, caso as participantes se sentissem demasiadamente constrangidas com as perguntas ou no decorrer do grupo, elas poderiam interromper imediatamente a participação. Além disso, foi mantida a confidencialidade, o sigilo e a privacidade, salientando que os nomes atribuídos às participantes para elaboração deste artigo são fictícios.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do questionário sociodemográfico, foi identificada a participação de 8 pessoas que se reconheciam com o gênero feminino e na faixa etária de 26 a 46 anos. Em relação à formação acadêmica, o estudo contou com 3 participantes com ensino médio completo e 5 participantes com ensino superior completo, compondo a equipe de saúde da família, no mínimo há 1 ano e no máximo há 6 anos.

Em relação ao Teste de Associação Implícita, tivemos: em primeiro lugar 3 resultados indicando preferência automática forte por pessoas magras comparadas a pessoas gordas;

2 resultados indicando preferência automática moderada por pessoas magras comparadas a pessoas gordas; 1 resultado indicando preferência automática leve por pessoas magras comparadas a pessoas gordas; e 2 resultados com pouca ou nenhuma preferência por pessoas magras comparadas a pessoas gordas.

A pesquisa não se debruçou em profundidade na relação entre o perfil dos participantes e o tipo de resposta oferecida, além de não ter abordado a questão étnica/racial, o que entendemos como uma limitação do estudo, sendo necessário e importante estudos futuros com essas correlações.

A partir da análise de conteúdo realizada com as informações que foram construídas nos grupos focais, emergiram duas principais categorias: insatisfação corporal e gordofobia no cuidado em saúde.

Poulain<sup>14,33</sup> destaca que a frase de Jean Trémolières, de 1975, ainda é muito atual: “As sociedades contemporâneas criam obesos, mas não o suportam”. A obesidade se torna um problema social a partir do momento que atinge populações de maneira socialmente diferenciada. A estigmatização do peso é sem dúvida a forma de preconceito mais “aceitável” que existe. As pessoas gordas compõem o único grupo social que pode ser discriminado sem nenhuma punição. Essa ideia de normatização da discriminação de quem é gordo vem, principalmente, do sistema de valorização cultural da corpulência, de um corpo considerado dentro do padrão estabelecido e dos processos de definição das próprias normas sociais que julgam os indivíduos desviantes quando não se enquadram nela<sup>14</sup>.

Muito se ouve sobre “apologia à obesidade” quando falamos sobre gordofobia, porém, o que mais devemos nos conscientizar é de que esta suposta promoção e cuidado em saúde, na verdade, vem acompanhada de discursos negativos, que incentivam a aversão à gordura, práticas disfuncionais e padrões inatingíveis para se conquistar o que chamam de saúde<sup>15</sup> e que falar sobre gordofobia é falar sobre respeito.

### Insatisfação corporal

Discutir sobre preconceitos gera incômodos nas pessoas ao perceberem que estigmatizamos determinados grupos sociais. Como sujeitos que se constroem no mundo, como podemos refletir sobre processos sócio-histórico-culturais-emocionais que atuam sobre nós desde que nascemos?<sup>15</sup> Quando foi questionado sobre qual foi o sentimento em realizar o Teste de Associação Implícita, as participantes relataram a dificuldade em ver que existe uma relação entre palavras negativas e a aparência de uma determinada pessoa. O teste consiste principalmente em analisar nossas atitudes e crenças sobre determinados tópicos, sendo, assim, uma autocompreensão sobre nossas atitudes e estereótipos frente ao outro. Para algumas participantes, os resultados já eram esperados, para outras foi uma surpresa, por não se identificarem como gordofóbicas.

A parte mais difícil foi associar a palavra negativa a alguma coisa que supostamente seja negativo, por exemplo, quando era pra associar uma pessoa gorda

com uma palavra ruim, negativa, era muito difícil, ou uma pessoa negra, com uma palavra ruim, era muito difícil, porque é ruim né? A gente fazer isso, a gente não é assim, a gente tenta não ser assim, talvez, no nosso interior, a gente seja por questões culturais, mas isso, pra mim, foi muito difícil (Marta).

Concordo com a doutora, em relação a isso, o julgamento, porque acho que é muito difícil pra gente julgar, mas achei tranquilo, e meu resultado foi o que eu esperava mesmo porque, na minha cabeça, eu sei que nunca tive distinção entre magro e gordo, então deu aquilo que eu esperava mesmo (Beatriz).

De acordo com Albury et al.<sup>16</sup>, é muito comum a sociedade apontar pessoas que têm obesidade com julgamentos negativos, entre eles: “feios”, “infelizes”, “menos competentes”, “desleixados”, “preguiçosos”, “sem autodisciplina”, “sem motivação” e “sem controle”. Isso se reafirma quando uma agente comunitária de saúde relata ter sentido um pouco de contradição quando o resultado deu preferência forte a pessoas magras, sendo que ela é uma mulher gorda, e conta um pouco sobre como é difícil lutar contra a gordofobia e a insatisfação corporal que sofre. Em uma de suas falas, ela se emociona e relata:

Meu deus, eu sou obesa e vou ter preferência por pessoas magras, porque assim, no caso, eu vivo na pele a gordofobia, só que depois eu fiquei pensando que a gente que é gordo, a gente não quer ser gordo, a gente preferia ser magro. E, fiquei pensando em questões minhas. Eu nunca me interessei por exemplo por um homem gordo. Tem pessoas que gostam, mas eu nunca pensei. Por mais que a gente seja gordo, obeso, a gente não quer ser, porque a gente vira ponto de referência. São várias questões, né? E, assim, se você me perguntar hoje, Alice, qual o principal objetivo seu hoje? O que você mais queria na vida, eu diria que queria perder peso, que queria ser magra. Eu não queria ser magérrima, eu queria ser magra, ou dizer, assim... normal. Porque, assim, é tudo muito difícil pra gente, não só a saúde, a saúde conta muito, mas as questões pessoais, sabe? De você não se sentir feliz! Pra sair de casa é sempre uma briga, bota todas as roupas em cima da cama pra você achar e sempre é uma questão pra você. Mas assim, depois eu fiquei pensando, eu sou gordofóbica, a maioria da população realmente é, por mais que a gente não queira ser, mas a gente sempre associa ser gordo com não ser saudável, com não ser algo legal. Então, eu entendi isso na hora de fazer o teste, apareceu assim as pessoas e associar a palavra ruim com o obeso, né? A gente não quer fazer isso, mas a gente acaba fazendo. No geral, ninguém vai olhar pra pessoa gorda ou obesa e falar: “nossa, você é saudável”. Por mais que as taxas delas estejam boas, por exemplo, a gente vê na internet, por exemplo, eu acompanho muito pessoal que fala de emagrecimento e vida saudável essa coisas, e tem muitas meninas que são gordas e levantam a bandeira da aceitação, né? Às vezes aquela pessoa pode não ser diabética, hipertensa, ter

as taxas tudo ok, mas ninguém olha. Aí você vai ver os comentários e falam que está fazendo apologia à obesidade, xinga a pessoa, então, assim, ninguém nunca vai ver a pessoa gorda, por mais que ela esteja saudável, nunca ninguém vai ver, e a gente também olha assim, mesmo sendo gordo, é difícil. Essa coisa assim de levantar o empoderamento, aceitação, eu acho legal que a gente tenha, porque tem gente que tira a própria vida por causa dessas questões. Eu acho importante, mas a gente também tem que ser verdadeiro: eu não quero ter um filho obeso, eu não quero que ele viva o que eu vivo” (Alice).

Falar sobre gordofobia é entender a teia causal extensa que existe por trás do tamanho de um corpo. A realização dos grupos foi muito interessante por ter sido composto apenas por mulheres profissionais de saúde, assim, a discussão girou em torno não só da atuação dos profissionais de saúde frente ao estigma do peso, mas também da própria relação de corpulência e saúde com elas mesmas. Ao decorrer do encontro, surgiram muitas frases gordofóbicas que são comumente reproduzidas, com uma preocupação excessiva em relação ao tamanho do corpo e uma alusão ao fracasso. Pensar nisso é pensar na construção social machista e capitalista que vivemos, quando falamos em mulheres que além de trabalharem fora de casa, cuidam de suas famílias e ainda têm uma grande preocupação em se manter dentro dos padrões criados pela sociedade. Muitas vezes, a não realização de atividades que esperam de nós estão sempre associadas ao sentimento de culpa.

Vivemos uma insatisfação corporal normativa, ou seja, não gostar do corpo que você tem é tido como normal. Como disse Paola Altheia<sup>15:11</sup>, autora do livro “Não sou exposição”: “o corpo da mulher incomoda somente por existir”. E conseguimos analisar essas questões a partir das falas das participantes:

[...] domingo, dia de organizar, quando eu não estou trabalhando, quero descansar, acho isso show, queria ter essa capacidade, mas eu não tenho, não vou ficar me culpando, porque já me culpei muito por me achar improdutiva (Marta).

Meu desejo é ter um corpo escultural, mas não ser magra, corpo escultural. Eu não vou à praia, não vou de jeito nenhum. Vou na cachoeira, porque aí eu não preciso estar de biquíni, então vou pra cachoeira e fico de roupa normal (Helena).

Hoje eu sou resolvida, minha vontade era casar, aí eu casei e falei: ah, então não vou mais precisar de um corpo bonito. Na minha cabeça, era assim (Lúcia).

Eu sempre quis ser inteligente, porque, assim, eu já fui um bebê gordo, minha família tem uma tendência a obesidade, então fui um bebê gordinho, minha infância foi gorda. Quando eu fiquei adolescente, aí eu emagreci, mantinha 58kg por muito tempo. Quando eu fiz 18 anos, jogava futsal e tinha uma vida bem ativa. Eu parei de estudar, parei de fazer exercícios, comecei a trabalhar, ter uma vida mais sedentária. Descobri que tinha síndrome do ovário

policístico, então foi juntando um monte de coisa e aí, depois, eu vim pra cá, morar aqui, casei, me sentia muito depressiva porque ficava longe da minha família e aí comecei a engordar mais, e cheguei onde estou hoje. E, assim, uma forma que eu achei pra me defender, na minha vida mesmo – na minha infância, eu sempre pensei que eu queria ser inteligente, porque assim, eu pensava, mesmo que eu não seja bonita, que eu não seja magra, eu vou ser inteligente –, então eu sempre me esforçava para tirar boas notas, o melhor que eu pudesse ser na minha turma. Por exemplo, eu tô fazendo enfermagem e sempre me sinto meio que excluída. Então, assim, no grupo, eu não conseguia ter uma aproximação com as pessoas, porque parece que as pessoas, não sei se é coisa da minha cabeça, ou se é minha personalidade, mas eu sempre associo, que a distância e que a pessoa não se aproxima de mim pelo fato de eu ser obesa. Então, assim, eu procuro focar muito nas aulas, estudar bastante, porque eu quero me destacar nisso. Isso fica na minha cabeça, as pessoas não vão me observar porque eu sou obesa, mas elas vão prestar atenção em mim porque eu sou inteligente... Encerramos o semestre e apenas uma matéria eu tirei 8, todas as outras eu tirei 10, e aí teve um momento no curso, perguntaram minha nota e vi que as pessoas ficavam surpreendidas com a nota que eu tinha tirado, porque parece que, porque você é gordo, você não pode ser inteligente (Alice).

Outra participante revela contar calorias e que isso mudou sua vida, pois sente que pode comer de tudo, no entanto, evita ir a restaurantes e diz que só irá flexibilizar seus hábitos quando tiver no seu peso ideal. É muito comum vermos mulheres que são vítimas da objetificação do corpo feminino. No artigo “Imagina ela nua!: experiências de mulheres que se autodeclaram gordas”<sup>17</sup>, as autoras exploram as experiências corporais cotidianas de mulheres gordas. É importante analisar que, na nossa trajetória ocidental, o corpo da mulher é reduzido a um modelo de subjetividade feminina criado por padrões sociais. Mulheres que passam anos da sua vida em busca de se encaixarem e de serem aceitas, em moldar seus corpos, em afirmar sua inteligência independentemente da sua aparência, de suprir as expectativas de que para encontrar um parceiro, você deve estar em um corpo magro, e, além disso, para uma boa posição social, ter um casamento consolidado. Quantas mulheres já deixaram de vivenciar momentos por vergonha do seu corpo?

Como mencionado anteriormente, o estigma do peso está fortemente ligado a uma maior vulnerabilidade, à depressão, baixa autoestima, ansiedade, compulsão alimentar e, até mesmo, ao risco de suicídio<sup>2</sup>. A ideia de que temos controle sobre o formato de nossos corpos e de que somos completamente responsáveis por isso, acaba por gerar uma eterna frustração, medo, culpa e sentimento de falta de controle. A insatisfação corporal não nos motiva a perder peso, pelo contrário, só reforça comportamentos compensatórios, péssima relação com alimentação e atividade física e, principalmente, um sofrimento existencial. Desde muito cedo, nós mulheres

aprendemos que a beleza é reconhecimento, é fazer parte de grupos sociais que são socialmente aceitos, a questão é que a cultura da beleza acaba por ser um fator de desumanização e insegurança<sup>15</sup>. Enquanto as motivações para ter uma vida saudável for o emagrecimento e a estética, menos sustentável isso se torna. É preciso entender, também, que vivemos em um sistema que cria um padrão que não foi criado para nós, pois sempre existirão os produtos milagrosos, as dietas da moda, os procedimentos estéticos que farão você pensar que só terá a felicidade plena e sucesso quando alcançar esses objetivos. Acontece que dificilmente teremos liberdade, mas buscar acolhimento e realidades mais palpáveis pode tornar o caminho mais fácil.

### **Gordofobia no cuidado em saúde**

A estigmatização tende a culpabilizar o indivíduo pela sua condição. A ideia simplista de que a pessoa com sobrepeso ou obesidade é assim porque come demais e se exercita de menos acaba por ser um reflexo sobre moralidade, como se a dignidade de existência só fosse possível se você viver em um corpo magro.

No decorrer do grupo, se falou muito sobre a falta de comprometimento do paciente, dificuldade em seguir com as recomendações em consultório, julgamentos sobre a forma de se alimentar e do sedentarismo.

Você dizendo dessa forma, parece que está tirando a responsabilidade da pessoa. Eu entendo que é uma causa multifatorial, mas assim se você olhar superficialmente, parece que a culpa não é da pessoa, tipo, não, você é gorda mas a culpa não é sua. Não que tenha que ter um culpado, não que a pessoa tem que ser culpada ou não, mas acho que, dessa forma, algumas pessoas não se responsabilizam por isso, que é o que eu mais vejo aqui: não, não é responsabilidade minha, a responsabilidade é sua, e aí, assim, fica difícil, quando a gente não assume uma responsabilidade sobre alguma coisa (Marta).

Isso reflete uma visão de que a obesidade resulta apenas de comportamentos modificáveis, ou seja, responsabiliza o paciente por seus hábitos e peso corporal<sup>14</sup>. Esse tipo de abordagem é ineficaz, pois favorece o distanciamento entre o discurso e a prática pedagógica em saúde ao invés de envolver o indivíduo no cuidado.

Essa discussão é muito mais complexa quando pensamos realmente na raiz do problema. Sabemos que o fenômeno da obesidade é um problema de saúde pública e apesar das estratégias que foram criadas, o sobrepeso e a obesidade continuam a crescer. Em decorrência disso, a comunidade científica, pesquisadores, profissionais da saúde e formuladores de políticas públicas têm sido convocados a rever não só ações e estratégias como também as bases científicas que fundamentam o pensar na obesidade<sup>10</sup>.

Na nossa sociedade moderna, o gasto energético dos indivíduos baixou consideravelmente e, entre suas causas,

temos o aquecimento global e a climatização; o desenvolvimento dos meios de transportes individuais e coletivos; a terceirização da sociedade; novas formas de organização social e mudanças nos sistemas alimentares que provocam impactos importantes nos modos de viver<sup>14,18</sup>. É preciso pensar além, incluindo formas de deslocamento, hábitos de compras, acesso e disponibilidade de alimentos.

Como mencionado anteriormente, de acordo com a publicação realizada pela Comissão de Obesidade na *The Lancet*<sup>5</sup>, vivemos uma Sindemia Global, que consiste em um estudo sob a coexistência de três importantes problemas de saúde pública no mundo: obesidade, desnutrição e mudanças climáticas; chamando atenção para que diferentes atores – do nível global ao local, da academia aos governos e movimentos sociais –, pensem caminhos e respostas que quebrem a inércia política e resultem em compromissos com um sistema alimentar mais resiliente, sustentável, promotor da saúde e de justiça social. Ao falarem sobre a inércia política que vivemos, destacam que esse desinteresse político deriva da relutância dos gestores públicos em implementar políticas efetivas, da forte oposição motivada por interesses comerciais, e da demanda insuficiente por mudanças pela população e sociedade civil. Analisando esses estudos conseguimos compreender que definitivamente o cuidado em saúde não é apenas individual.

Discorrer sobre a questão prática da gordofobia é pensar na falta de acesso e de direitos da pessoa gorda ao sistema de saúde e isso inclui a falta de equipamentos apropriados – macas, instrumentos diagnósticos, cadeiras na sala de espera etc. Além de tratamentos desdenhosos em que o profissional faz suposições sobre problemas de saúde do paciente atribuindo ao peso, gerando uma comunicação deficiente. Entre as consequências da gordofobia na área da saúde, temos: o efeito sanfona; o ganho de peso; a dificuldade na manutenção da perda de peso; a insatisfação corporal crônica; a não aderência aos medicamentos; a má relação com a alimentação e com a atividade física; os problemas no metabolismo; a dificuldade de estabelecer confiança com o profissional; o sofrimento psíquico-emocional e afetivo, como solidão, repugnância social, vergonha, ansiedade e depressão.

Existe uma dificuldade de compreender o porquê precisamos lutar contra a estigmatização do peso, e isso se dá devido às nossas construções sociais. Sempre que se fala em gordofobia, existe um rebatimento do discurso de preocupação com a saúde. Não estigmatizar não quer dizer ignorar problemas que podem ou não serem causados pela obesidade, é sobre não reduzir um indivíduo à sua forma física, é não reproduzir preconceitos que afetam profundamente a dinâmica de vida de uma pessoa. É por motivos éticos de justiça social para não promover desigualdade social, por motivos sanitários, para não haver desigualdade em saúde, por motivos de prevenção, para não ocorrer práticas antecipatórias de um falso cuidado em saúde<sup>14</sup>.

A grande questão é, será que estamos mesmo ajudando a construir saúde ou estamos afastando essa população do

cuidado integral e inclusivo? A superficialidade e a velocidade acelerada com as quais abordamos e temos conduzido os atendimentos têm sido capazes de produzir mudanças positivas? Ao decorrer do grupo focal, pudemos finalizar com uma reflexão sobre essa questão. Não há equidade no cuidado em saúde se não buscarmos conhecimento para além do “foco, força e fé”.

Eu acho que é uma discussão que a gente tinha que ter sempre, não só nesses ambientes, mas também nas faculdades, a gente não discute, na verdade assim, na área médica a obesidade é uma doença, fator de risco para um monte de coisa e a gente só olha com esse foco, perder peso porque é artrose, pressão alta, diabetes e etc, então a gente tem que discutir essa outra visão e também discutir isso com a população né, isso seria muito benéfico assim pra todo mundo, porque talvez vendo por essa vertente as pessoas enxerguem isso- eu não tenho que emagrecer pra ser magro, eu tenho que emagrecer, que dizer, eu tenho que ter uma outra relação com a comida, com o ambiente, com atividade física e o resultado vem consequentemente (Marta).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando pensamos em nossa sociedade contemporânea e olhamos para todo seu histórico, vemos claramente como se deu a construção de uma sociedade com bases patriarcais e capitalistas que recaem suas ações sob o cuidado em saúde. As noções de beleza e saúde se dão por meio de uma potencialização na oferta de cuidados e tratamentos, visando principalmente o lucro, além de colocar mulheres em um lugar de subordinação sobre seus corpos. Ou seja, quem tem o poder exercerá sob quem não tem, criando populações que buscam se encaixar em padrões a todo custo.

Consideramos ser de suma importância termos espaços nos ambientes de saúde onde seja possível a discussão de como a gordofobia pode limitar e excluir o cuidado de pessoas gordas e como um padrão pode ser ameaçador ao corpo feminino. Estamos sempre em alerta ou sendo alertados pelo “cuidado” da nossa saúde e corpo e não nos damos conta da imensa complexidade dos fatores que envolvem a saúde de um indivíduo.

Olhar para a gordofobia em seu conceito amplo, para além da questão biológica, é pensar sobre o que o olhar social tem a nos dizer. Pessoas que sofrem a estigmatização do peso passam pela dor e angústia da dificuldade de se sentirem pertencentes a um sistema que falha em as representar e assisti-las. É como se anular diante da vida, deixar de exercer funções básicas do direito de ir e vir e sentir a inadequação de seus corpos que merecem existir. Falar sobre gordofobia é dar voz ao movimento que luta contra todo um sistema que violenta e adoce pessoas. Ao sair dos laboratórios, a nutrição torna-se rapidamente uma questão social e um compromisso político que deve prestar contas à sociedade<sup>14</sup>.

É preciso questionar mais. As práticas acadêmicas trazem um individualismo que desconsidera suas complexidades e diferenças. Formamos profissionais acrílicos de técnicas desenhadas nos grandes laboratórios de empresas e governos marcados por interesses<sup>19</sup>. Não existe mudança coletiva sem mudança individual, assim como não existe mudança individual sem mudança coletiva, a relação é sempre dialética. Ao invés de reproduzirmos mentes conformadas, necessitamos desenvolver mais profissionais comprometidos com a transformação social.

## REFERÊNCIAS

1. Wharton S, Lau D, Vallis M, Sharma A, Biertho L, Scherer D et al. Obesity in adults: a clinical practice guide line. *CMAJ* 2020; 192(31):E875-E891.
2. Alvarenga M, Timerman F, Figueiredo M, Pisciolaro F, Vicente JR. C, Polacow V, Deram S. Nutrição Comportamental no tratamento da obesidade. In: Alvarenga M, Antonaccio C, Figueiredo M, Timerman F. *Nutrição Comportamental*. 2. ed. Barueri: Manole; 2019.
3. Paim MB, Kovalesski DF. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saúde Soc.* 2020; 29(1):1-12.
4. Rodrigues DC, Guedes GC, Fernandes LM, Campos de Oliveira JL. Estigmas dos profissionais de saúde frente ao paciente obeso: uma revisão integrativa. *HU Revista* 2016; 42(3):197-203.
5. The Lancet. Alimentando Políticas. A Sindemia Global da Obesidade, desnutrição e mudanças climáticas. Relatório da Comissão The Lancet. 2019; 21:1-17.
6. Kirk SFL, Ramos Salas X, Alberga AS, Russel-Mayhew S. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Reducing Weight Bias, Stigma and Discrimination in Obesity Management, Practice and Policy [Internet]. 2020:1-8 [acesso em 15 jan 2021]; Disponível em: <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/1-Reducing-Weight-Bias-v6-with-links-1-1.pdf>
7. Wolf N. *O Mito da Beleza*. 7. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 2018.
8. Almeida CME. A relação entre imagem corporal e obesidade em usuárias de unidades de saúde da família. *Simbio-Logias* 2008; 1(1):111-121.
9. Lima CT, Ramos-Oliveira D, Barbosa C. Sociocognitive aspects of obesity: over weight stereotypes. *Psic., Saúde & Doença* 2017; 18(3):681-698.
10. Conselho Federal de Nutricionistas (BR). *Nutrição e cidadania: respeito e acolhimento: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade*. Brasília [Internet]. Brasília: CFN; 2020 [acesso em 20 out 2021]. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBIA.pdf>
11. Greenwald AG, McGhee DE, Schwartz J. Measuring Individual Differences in Implicit Cognition: The Implicit Association Test. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74(6):1464-1480.
12. Project Implicit Services. *Teste de Associação Implícita* [Internet]. S.I. [acesso em 10 out 2021]. Disponível em: <https://implicit.harvard.edu/implicit/brazil/takeatest.html>
13. Camara RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.* 2013; 6(2):179-191.
14. Poulain JP. *Sociologia da obesidade*. São Paulo: Editora Senac; 2013.
15. Altheia P. Não sou exposição: questionamentos sobre imagem corporal, autoestima e saúde. *Belo Horizonte: Quintal*; 2019.
16. Albury C, Stain WD, Brocq SL, Lougue J, Lloyd C, Tahrani A. Language Mattersworking group. The importance of language in engagement between health-care professional sand people living with obesity: a joint consensus statement. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2020; 8(5):447-455.
17. Menezes CFJ, Ferreira RLP, Melo RS. “Imagina ela nua!?”: Experiências de mulheres que se autodeclararam gordas. *Rev. Estud. Fem* 2020; 28(2)1-13.
18. Lopes ACS, Rezende FAC, Carvalho MCR, Lopes MS, Pessoa MC, Freitas PP, Martins PC. Obesidade e Doenças crônicas: cenário atual, ambiente e alimentação. In: Rezende FAC, Penaforte FRO, Martins PC. *Obesidade, doenças crônicas e comportamento alimentar*. São Paulo: IACI; 2021. p. 33-60.
19. Vasconcelos EM. A luta para preservar e construir uma sociedade que permita a todos a realização dos anseios fundamentais do coração. In: Um JAW, Mano MAM, Vasconcelos EM, Prado EV, Floss M. *Percepções amorosas sobre o cuidado em saúde: estórias da rua balsa das 10*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2019. p. 98-103.

---

**ABSTRACT**

The role that society plays in the health care of people with obesity has been considered ineffective. This research was carried out with health professionals from a Family Health Unit and aimed to understand how the internalization of weight bias influences clinical practice. The Implicit Association Test and two focus groups were used as instruments. The qualitative approach was used in the method of the research. Regarding the Implicit Association Test, from the total of 8 participants, we had 3 results indicating strong automatic preference for thin people compared to fat people, 2 results indicating moderate automatic preference for thin people compared to fat people, 1 result indicating slight automatic preference for thin people compared to fat people and 2 results with little or no preference for thin people compared to fat people. From the content analysis, two main categories emerged: body dissatisfaction and fatphobia in health care. The discussion included the actions that health professionals have in relation to patients with obesity, and the aesthetic pressure aimed at the female audience.

**Keywords:** Weightstigma; Family Health Strategy; Fatphobia; Mental Health; Primary Health Care.

**RESUMEN**

Se ha considerado ineficaz el papel que juega la sociedad en el cuidado de la salud de las personas con obesidad. Esta investigación fue realizada con profesionales de salud de una Unidad de Salud de la Familia y tuvo como objetivo comprender cómo la internalización del sesgo del estigma del peso influye en la práctica clínica. Como instrumentos se utilizó el Test de Asociación Implícita y dos grupos focales. El enfoque metodológico de la investigación fue cualitativo y cuantitativo. En cuanto a la Prueba de Asociación Implícita, del total de 8 participantes, obtuvimos 3 resultados que indicaron una fuerte preferencia automática por las personas delgadas en comparación con las gordas, 2 resultados indicaron una preferencia automática moderada por las personas delgadas en comparación con las gordas, 1 resultado indicó una ligera preferencia automática por personas delgadas frente a personas gordas y 2 resultados con poca o ninguna preferencia por personas delgadas frente a personas gordas. Del análisis de contenido surgieron dos categorías principales: insatisfacción corporal y gordofobia en el cuidado de la salud. La discusión abarcó las acciones que realizan los profesionales de la salud hacia los pacientes con obesidad y la presión estética dirigida al público femenino.

**Palabras clave:** Estigma de peso; Estrategia de Salud de la Familia; Gordofobia; Salud mental; Atención Básica de Salud.