



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsm.sau.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO

Gordofobia e Estigma do Peso

Reconstruindo Narrativas e
Práticas de Cuidado em Saúde

Brasília – DF
2026



MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO

Gordofobia e Estigma do Peso

Reconstruindo Narrativas e
Práticas de Cuidado em Saúde

Brasília _ DF
2026





2026 Ministério da Saúde. Universidade Federal de Ouro Preto.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2026 – 500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 7º andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9031
Site: <https://aps.saude.gov.br>
E-mail: aps@saude.gov.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
Escola de Nutrição
Rua Dois, Campus Morro do Cruzeiro
CEP 35402-145 – Ouro Preto/MG
Telefone: (31) 3559-1830
E-mail: diretoria.enut@ufop.edu.br

Supervisão-Geral:

Angela Fernandes Leal da Silva – Departamento de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde
Kelly Poliany de Souza Alves – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Elaboração de texto:

Poliana Cardoso Martins – Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Fernanda Rodrigues Oliveira Penaforte – Departamento de Nutrição/ Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)
Erika Cardoso dos Reis – Departamento de Nutrição Clínica e Social da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)

Revisão técnica geral:

Carla Caroline Silva dos Santos – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde
Gleyce Kelly de Araújo Bezerra – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde
Hannah Carolina Tavares Domingos - Assessoria Técnica da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde
Juliana Gonçalves Machado – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde
Maurício Yukio Hirata – Assessoria do Departamento de Promoção da Saúde
Micaela Marques Santana Alves – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde
Priscila de Souza Viana – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde
Raquel Nigre Leal Costa – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde
Tatiane Melo de Oliveira – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Coordenação técnica geral:

Kelly Poliany de Souza Alves – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde/Departamento de Promoção da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde

Projeto gráfico e diagramação:

Carlos Cesar Silva Franco – Agência Cocria
Davinelson Alves Santos de Vasconcelos – Agência Cocria

Imagens:

Jaime Verçosa – Agência Cocria

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.
Gordofobia e estigma do peso : reconstruindo narrativas e práticas de cuidado em saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Ouro Preto. – Brasília : Ministério da Saúde, 2026.
44 p. : il.

ISBN 978-85-334-2955-0

1. Obesidade. 2. Manejo da obesidade. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Educação em saúde. I. Título. II. Universidade Federal de Ouro Preto.

CDU 616.39

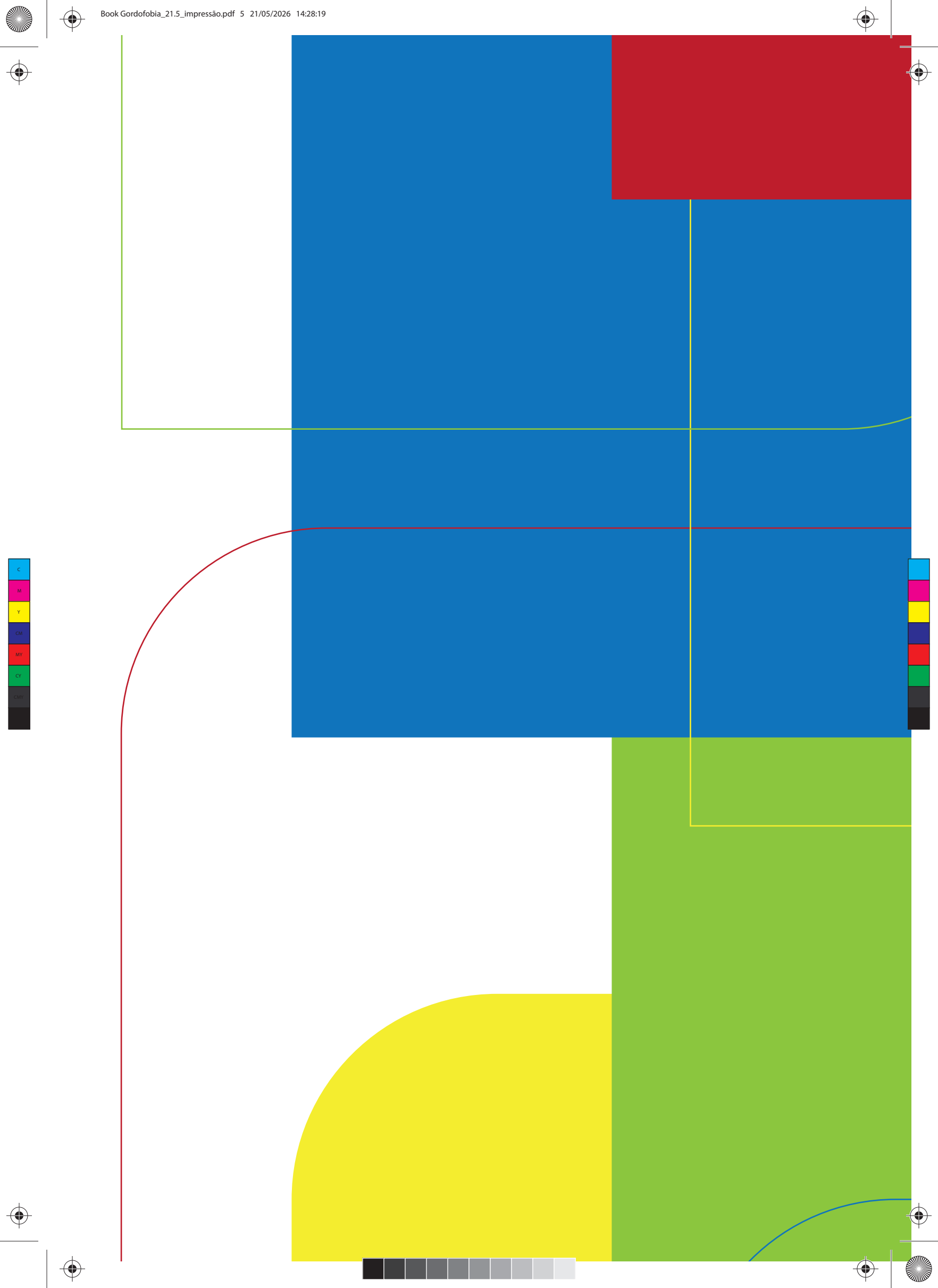
Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2025/0633

Título para indexação:

Fatphobia and Weight Stigma: Reconstructing Narratives and Practices of Health Care

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1 OLHARES PARA A OBESIDADE: COMPLEXIDADES E INTERSECCIONALIDADES	7
1.1 Reflexões sobre a Obesidade pela Perspectiva do Modelo Assistencial Biomédico	10
1.2 Reflexões sobre a Obesidade como um Fenômeno Social e Questão de Saúde Pública	12
1.3 Ativismo Gordo e Estudos Transdisciplinares das Corporalidades Gordas	18
1.4 A Organização do SUS frente ao Cenário da Gordofobia e do Estigma do Peso	21
2 INTERFACES ENTRE ESTIGMA DO PESO, GORDOFOBIA, SAÚDE E CUIDADO	23
3 COMO PODEMOS SUPERAR ESSA REALIDADE? PAPEL DOS PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE	31
REFERÊNCIAS	39
SUGESTÃO DE BIBLIOGRAFIA	43



APRESENTAÇÃO

Este material é um produto do projeto “Estratégias para o Fortalecimento das Ações de Cuidado das Pessoas com Obesidade no Âmbito da Atenção Primária à Saúde no SUS”, proposto pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) do Ministério da Saúde (MS), apoiado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/Brasil) e desenvolvido por docentes da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), em parceria com a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e com a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Os principais objetivos deste texto são: (1) promover reflexões ampliadas sobre o fenômeno da obesidade; divulgar os impactos do estigma do peso e da gordofobia, argumentando sobre como esses fatores atravessam a vida de pessoas com corpos maiores, incluindo o acesso aos cuidados e serviços de saúde; (2) apontar estratégias de sensibilização, com ênfase nos profissionais de saúde, e na necessidade de construir uma nova narrativa sobre a obesidade e de reconfigurar as práticas de cuidado, para que estas estejam ancoradas na evidências científicas atuais e na eliminação da gordofobia e do estigma do peso no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Temas complexos como a obesidade, a gordofobia e o impacto dessas questões na nossa sociedade demandam um debate amplo, respeitoso, que incorpore as diversas compreensões e que seja capaz de oportunizar às pessoas que vivenciam essas situações a expressão de suas subjetividades, de acordo com seus contextos e necessidades. Dessa forma, queremos convidar todos os leitores para o diálogo.

Buscando a representatividade na construção deste texto, promoveu-se um encontro remoto, em junho de 2023, com intuito de reunir um grupo plural para viabilizar o debate. Primeiros por contemplar a interculturalidade e a diversidade de vivências e visões, convidando pessoas com múltiplas formações e olhares, que residiam em diferentes locais e cenários do território nacional e que apresentavam experiências de vida distintas. Estiveram presentes no encon-

tro profissionais de saúde atuantes no SUS, pesquisadoras e outros atores comprometidos em promover reflexões sobre a gordofobia, o estigma do peso e o cuidado no SUS.

Para oportunizar um maior espaço de representação dos(as) usuários(as), disponibilizamos um formulário online, para que as pessoas pudessem registrar experiências de gordofobia e preconceito relacionado ao peso corporal no cuidado em saúde, e realizamos reflexões em um grupo com usuários do município de Vitória da Conquista (BA). O intuito desses espaços foi compreender como o estigma do peso e a gordofobia permeiam seus cotidianos, especialmente no contexto dos serviços de saúde do SUS, e oportunizar que pessoas que vivem com obesidade expressem suas subjetividades, contextos e demandas.

O conteúdo deste material foi elaborado compilando informações técnicas, científicas e vivenciais tanto das autoras quanto dos(as) participantes das atividades reflexivas. Esperamos que o texto seja um potente disparador de reflexões sobre as evidências científicas atuais sobre a obesidade e principalmente sobre a vida das pessoas que têm corpos maiores no contexto do cuidado em saúde. Almejamos sensibilizar e mobilizar os profissionais da rede de atenção à saúde (RAS) de todo o território nacional, no sentido de desafiar os tão enraizados estereótipos e preconceitos relacionados à obesidade, e apoiar a construção de estratégias locais para superar a gordofobia.

Gostaríamos de convidar você para uma reflexão: “É possível falar sobre a obesidade e cuidar das pessoas sem promover a gordofobia?”. Esta é uma questão necessária e urgente. Ela nos impulsiona a propor um diálogo que supere a visão simplista, baseada em determinismos biomédicos que desconsideram ou subvalorizam a complexidade etiológica, a subjetividade dos indivíduos e a diversidade de ideias e perspectivas que fazem parte desse contexto. Ao ler este material pedimos que você reflita sobre o preconceito e o julgamento moral em relação à obesidade, e principalmente sobre a pessoa

gorda. Desejamos uma leitura leve e reflexiva, que proporcione as reconstruções necessárias para avançar e ampliar a compreensão e a abordagem de cuidado.

Reconhecemos que esta atividade isolada não será capaz de erradicar a gordofobia, pois trata-se de um fenômeno profundamente enraizado em nossa sociedade. O processo não se esgota aqui; é necessário repensar a formação profissional, a organização do SUS, a interação com a mídia, os sistemas alimentares e tantos outros elementos que moldam a nossa realidade atual. No entanto, almejamos caminhar em direção a essa mudança e apoiar os profissionais e espaços de cuidado em saúde do SUS para que estes não perpetuem o estigma do peso e combatam ativamente a gordofobia. Construir um ambiente acolhedor e práticas de cuidado ancoradas no conhecimento científico atual com respeito, integralidade, empatia e, principalmente, isenção de preconceitos é urgente.



1

OLHARES PARA A OBESIDADE: COMPLEXIDADES E INTERSECCIONALIDADES

A compreensão do que é obesidade pode variar a depender do ponto de vista e do contexto em que é abordada. O debate sobre o status da obesidade como doença ou condição é um dos mais polarizados entre profissionais de saúde, pesquisadores, ativistas e população em geral. Reconhecendo a complexidade do tema, neste documento optamos por nos apoiar na premissa de que não existe um paradigma epistemológico único que seja capaz de abarcar completamente a compreensão da obesidade. Sob esse prisma, nossa reflexão será fundamentada em uma dinâmica dialética, considerando a importância, a interação e a coexistência de diferentes compreensões e abordagens dessa condição multifacetada. Pretendemos caminhar entre as ideias, buscando repensar o cuidado, na perspectiva de buscar o conhecimento baseado na arte do diálogo entre os diversos olhares.

Retomando o questionamento, a obesidade pode ser considerada como doença ou condição? Assumimos que tal pergunta não possui uma única resposta, uma vez que esta resposta vai se modificar a depender de para quem realizamos a pergunta. Considerando as diferentes compreensões teóricas sobre a definição da obesidade, o presente documento adota, prioritariamente, a noção de condição, compreendendo que patologizar e categorizar indiscriminadamente corpos maiores como doentes pode se desdobrar em iatrogenia e barreiras no acesso ao cuidado integral. Tal posicionamento busca promover uma prática clínica não estigmatizante, sem desconsiderar a classificação da obesidade como doença

em contextos de codificação clínica (CID) e em âmbitos normativos do SUS. Ao classificar todo corpo gordo como um corpo doente, a sociedade impõe normas sobre o que é considerado um corpo saudável, reforçando padrões estéticos e de saúde que marginalizam aqueles que não se encaixam nessas normas (Paim *et al.*, 2024).

O cuidar que pretendemos refletir durante o texto assume a necessidade de nos abriremos para uma escuta sensível e capaz de perceber o sujeito, seus afetos, subjetividades e história de vida. É fundamental problematizar os limites das abordagens predominantemente biomédicas na identificação e classificação da doença, reconhecendo a necessidade de ampliá-las a partir de perspectivas que considerem a subjetividade, os determinantes sociais da saúde e a integralidade do cuidado. Essa evolução não desconsidera o legado do modelo biomédico, mas o reposiciona como uma das ferramentas – e não a única – de compreensão do processo saúde-doença-cuidado. Esse olhar compartimentalizado se ocupa de localizar a doença no corpo para posterior intervenção dos saberes biomédicos, a fim de restabelecer uma suposta normalidade biológica. Por conseguinte, nos afasta do indivíduo e nos centraliza na doença que ele possui, fazendo com que a pessoa deixe de ser sujeito do seu processo e passe a ser entendida apenas como um objeto de intervenção dos profissionais de saúde.

Sob esse prisma, optamos por usar o termo condição, compreendendo que este diz respeito a um estado que não define ou aprisiona o sujeito, abrindo espaço para o acolhimento ao

¹ Paradigma epistemológico: Conjunto de crenças, pressupostos e métodos que guiam a comunidade científica e a compreensão do conhecimento durante um tempo. Segundo Kuhn (1997), mesmo em situações em que se instala a necessidade de propor alternativas sobre o conhecimento, vivencia-se um período de discussões e divergências sobre os fundamentos existentes. Entretanto, não se deve abandonar os avanços propostos pelos modelos até então adotados enquanto não surgir um outro que se revele superior em praticamente todos os aspectos (Kuhn, 1997). No contexto da saúde, é necessário entender que o paradigma dominante influencia a forma como uma sociedade aborda as questões de saúde e como define os modelos sanitários e práticas de cuidado. O modelo dominante é resultado de disputas e acordos entre diferentes segmentos que confrontam-seus interesses, valores e crenças (Mendes, 1996).

corpo e à história de cada um. Entender a obesidade como uma condição crônica, progressiva e recidivante, que pode se associar a outras complicações de saúde, nos leva a pensar que o respeito, o apoio e a definição realista de metas devem ancorar as práticas de cuidado. E só será possível alcançar essa realidade se ampliarmos o olhar para a obesidade e repensarmos os modelos de atenção à saúde para que consigam acolher as complexas e múltiplas características das pessoas.

Outra questão importante a ser apresentada é o fato de que neste texto usaremos as seguintes expressões: pessoa gorda, corpo gordo, corpos maiores e pessoa que vive com obesidade. Assumimos que todos esses termos têm seu lugar e utilidade neste debate. Usar esses termos em vez de termos como "obeso" é uma escolha consciente que visa desestigmatizar e empoderar. É urgente naturalizar o termo "gordo" como uma descrição física neutra, como "alto" ou "baixo". A reapropriação desse termo é um ato de afirmação de identidade e empoderamento, que reconhece a gordura como uma característica física e não como uma definição de valor, de saúde ou um insulto (Paim, 2019). Mesmo sendo uma definição médica, entendemos que o termo "obeso" não deve ser um adjetivo aceitável de ser usado para se referir a uma pessoa, uma vez que esta não pode ser reduzida a uma condição.

O uso do termo adequado nos apoia na promoção de uma visão inclusiva e a desafiar as estruturas de poder e opressão que marginalizam os corpos maiores. Reconhecemos que mudar a linguagem comumente utilizada é um exercício difícil para muitos, uma vez que a forma como nos

comunicamos envolve tradições linguísticas, informações que recebemos durante a nossa formação, resistência cultural, questões de identidade e dinâmicas de poder. Superar esses desafios requer educação, reflexão crítica, sensibilização e um compromisso contínuo com a inclusão e com o respeito a todas as pessoas. Para tanto, acreditamos que um bom caminho para a comunicação respeitosa inclui a necessidade de perguntar ao indivíduo como ele se sente mais confortável em ser referido e conversar sobre essa questão de uma maneira respeitosa e livre de preconceitos.

Apesar de divergências nos debates sobre o tema, há um consenso de que todas as pessoas, independentemente do tamanho de seus corpos, devem ter oportunidades iguais de cuidado e merecem ser tratadas com respeito e dignidade. O estigma do peso e a gordofobia são injustiças sociais que precisam ser erradicadas de nossa sociedade. Para isso, é necessário um esforço colaborativo em prol do reconhecimento dessas opressões e de seus prejuízos. Nesse contexto, convidamos todos para o diálogo entre três premissas epistemológicas, que determinam a construção do conhecimento sobre a obesidade e orientam a construção de políticas públicas e de práticas de cuidado. Denominamos estas vertentes como os Olhares para a Obesidade (Figura 1), que foram divididos em: (1) as dimensões do Modelo Biomédico; (2) a compreensão de um Fenômeno Social complexo e prioritário para a saúde pública; (3) a ampliação do debate trazido pelo Ativismo Gordo e pelos estudos das corporalidades gordas.

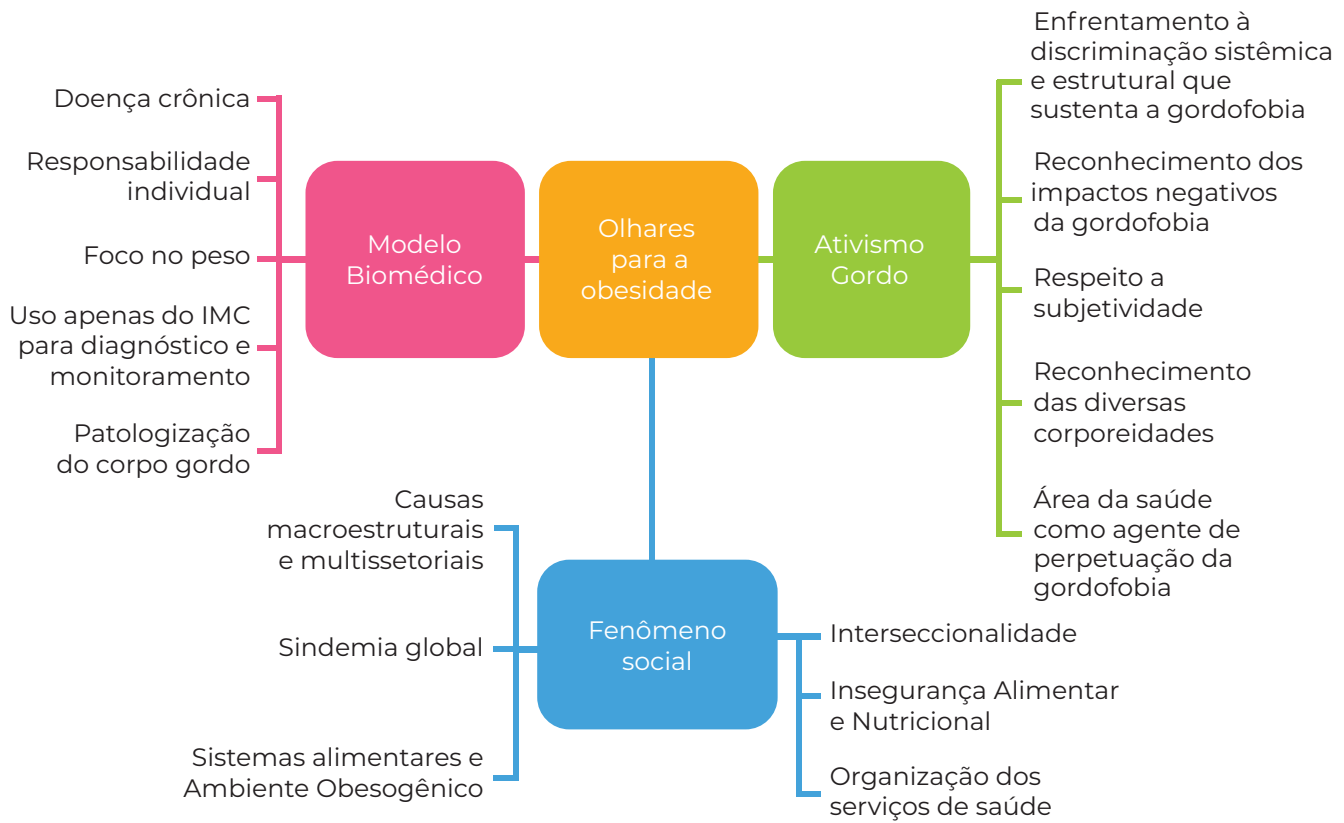
Você sabe o que é gordofobia e estigma de peso?

A gordofobia é o preconceito e discriminação que atinge as pessoas gordas. Se manifesta como uma forma de opressão que nega direitos básicos, sujeitando essas pessoas a humilhação, inferiorização, ridicularização, patologização de seus corpos e exclusão. Ela está estruturada e disseminada nos mais diversos âmbitos da sociedade, perpetuando a ideia de que pessoas gordas são moralmente e fisicamente "inferiores".

É uma opressão social e cultural que permeia várias esferas da vida, desde o tratamento nos serviços de saúde até o preconceito no ambiente de trabalho e estudo, nas interações sociais e na mídia, normalizando um sofrimento contínuo que pode levar a consequências graves, inclusive fatais (Jimenez Jimenez *et al.*, 2024; Paim *et al.*, 2024).

Estigma do peso é a marca social negativa e refere-se às atitudes negativas e preconceituosas dirigidas a pessoas com base em seu peso corporal. Inclui a crença de que o peso é controlável e que pessoas gordas são responsáveis pela sua condição, sendo consideradas moralmente falhas ou preguiçosas (Rubino *et al.*, 2020).

Figura 1 – Olhares para a obesidade: premissas epistemológicas



Fonte: elaborado pelas autoras.



1.1

Reflexões sobre a Obesidade pela Perspectiva do Modelo Assistencial Biomédico

A obesidade é definida por diferentes organizações da saúde como uma doença crônica, progressiva, recidivante e multifatorial gerada pelo excesso de gordura corporal (World Health Organization, 2000; Brasil, 2014; Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica; Abeso, 2022). Sustentam que as diferenças genéticas, fisiológicas, psicológicas, neuro-hormonais e comportamentais fornecem evidências suficientes para classificar a obesidade como uma doença. Além disso, consideram que a presença do excesso de gordura corporal é um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (World Health Organization, 2000; Brasil, 2017; Bray *et al.*, 2017; Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2022; Rubino *et al.*, 2020; Albury *et al.*, 2020). Essa concepção é amplamente aceita no campo dos estudos da área da saúde sobre a obesidade, orientando grande parte das compreensões sobre a sua etiologia e a construção de políticas

públicas e de diretrizes clínicas para seu cuidado (Paim; Kovaleski, 2020).

Essa forma de compreensão do fenômeno e orientação da abordagem estão dentro do Modelo Assistencial Biomédico e incluem a ênfase na responsabilidade individual e em abordagens curativas envolvendo mudanças de estilo de vida, especificamente em relação à alimentação e à prática de atividade física. O foco do tratamento está centrado na redução do peso corporal e no uso do Índice de Massa Corporal (IMC) como o principal parâmetro de diagnóstico da obesidade, classificação de gravidade e monitoramento do tratamento. O profissional de maior destaque nesse processo é o médico especialista e as ações de cuidado são frequentemente fragmentadas, com destaque para as dietas restritivas e para o tratamento medicamentoso e cirúrgico da obesidade (Roberto *et al.*, 2015; Burlandy *et al.*, 2020; Albury *et al.*, 2020; Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2022; Olateju *et al.*, 2023).

O uso do IMC é adequado para o diagnóstico e monitoramento da obesidade?

O IMC é uma medida amplamente utilizada para avaliar a adequação do peso corporal em relação à altura de uma pessoa. Apesar de ser reconhecido como um bom indicador para estimar o excesso de peso e a obesidade em nível populacional, sua utilidade para avaliação individual é limitada (World Obesity Federation, 2024).

Por não considerar elementos como a composição e distribuição da gordura corporal, as condições metabólicas e outras características como idade, sexo, raça, etnia e condições socioeconômicas (Rezende *et al.*, 2010; World Obesity Federation, 2024), o IMC deve ser usado sempre associado a outras medidas e avaliações clínicas, tanto para o diagnóstico da obesidade quanto para avaliação do risco de outras condições de saúde.

Alguns estudos têm se dedicado a investigar indivíduos com IMC elevado que têm a vida ativa e que apresentam características metabólicas adequadas. Entretanto, os resultados descritos até o momento ainda são variados, devido às diferenças na população estudada, no tempo de acompanhamento e na definição do que é considerado “metabolicamente saudável” (Smith; Mittendorfer; Klein, 2019).

Considerando que o cuidado às condições crônicas deve ser pautado na estratificação dos riscos, estabilização da condição e no autocuidado apoiado (Mendes, 2018), entende-se que pensar no diagnóstico e monitoramento para além do IMC seja um passo importante para o cuidado. Nesse sentido há outras possibilidades de avaliação dos indivíduos, como a Edmonton Obesity Staging System (EOSS), desenvolvida no Canadá em 2009 (Sharma; Kushner, 2009). Essa escala foi adaptada e validada para uso no Brasil, avaliando e classificando a obesidade conforme a presença de aspectos clínicos, mentais e funcionais (Monteiro, 2024).

Na Atenção Primária à Saúde, além do estado nutricional (dados antropométricos), deve-se utilizar os marcadores consumo alimentar e a triagem para risco de insegurança alimentar como ferramentas de vigilância alimentar e nutricional para organizar o cuidado dos usuários. Os dados devem ser registrados no prontuário e monitorados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Este monitoramento permite acompanhar ao longo do tempo a tendência populacional, do estado nutricional e do perfil de consumo alimentar em diferentes níveis: Brasil, estado, município e estabelecimento de saúde.

Evidências científicas demonstram associações entre o excesso de gordura corporal e o desenvolvimento de outras condições crônicas de saúde. Todavia, gostaríamos de suscitar também a reflexão e crítica sobre os impactos da valorização exclusiva da relação direta entre o acúmulo de gordura corporal e o funcionamento considerado “anormal” do corpo das pessoas que vivem com obesidade. A obesidade, por si, não apresenta sintomas característicos. Muitos dos sintomas considerados prejudiciais, como apneia do sono, problemas de mobilidade ou alterações metabólicas também podem estar presentes em pessoas sem obesidade. Além disso, pessoas com

corpos maiores podem não apresentar tais condições ao longo de sua vida. Mas, ainda assim, elas vivem situações estigmatizantes e fatalistas cotidianamente em relação à sua saúde, a partir da patologização de seus corpos (Tomiya *et al.*, 2018; Mehl, 2023). A partir dessas reflexões, fica o questionamento: Será que, ao patologizar pessoas com corpos maiores, conseguimos oferecer a elas um cuidado em saúde adequado?

Abaixo temos alguns relatos compartilhados por pessoas com obesidade que exemplificam a patologização de seus corpos em seu cotidiano.

Relatos Vivenciais

Relato 1

Eu sou ativa, me alimento bem, faço esportes, tenho boa saúde mental, meus exames estão sempre adequados. Mas as pessoas sempre olham para mim como se eu fosse uma bomba relógio prestes a explodir.

Relato 2

(...) Ao longo da vida, em toda consulta, qualquer patologia que me acometesse era deixada de lado e o foco sempre era "você precisa perder uns 10kg". (...) Já passei o absurdo de receber uma dieta para emagrecimento em uma consulta com um ginecologista, pois meus órgãos genitais estavam ótimos, então o que deveria ser tratado era o peso. Uma lástima esse atendimento clínico, excludente e culpabilizando a vítima!

Relato 3

Durante a pandemia de COVID eu fui para a unidade de saúde tentar fazer um teste e saí de lá com um encaminhamento para a cirurgia bariátrica. Detalhe, eu nunca pedi esse encaminhamento, mas a moça da recepção achou que eu precisava e pediu para o médico me encaminhar. E o teste eu não consegui fazer, pois não consegui falar o que tinha ido buscar lá.

As práticas de cuidado pautadas pelo pensamento positivista e pela racionalidade biomédica tendem a se ancorar em mensurações, cálculos e aferições, transformando o corpo, a alimentação e a vida das pessoas em índices numéricos que definem o que é e o que não é adequado/saudável. A partir do uso exclusivo do IMC identifica-se o quanto uma pessoa se afasta da “normalidade” biológica determinada pelo sistema de poder e de opressão, que hoje significa ser magro. Assim, a “normalidade” corporal é avaliada apenas com base em um parâmetro biológico, e o anormal é ter o corpo gordo (Gailey, 2022).

Embora os parâmetros métricos ofereçam uma sensação de controle e previsibilidade no cuidado em saúde, o uso isolado destes, deixam de fora variáveis cruciais como raça/cor, condição socioeconômica, arranjos familiares, gênero, orientação sexual e identidade, que moldam as experiências e as necessidades dos indivíduos (Magalhães

et al., 2021). Para superar essas limitações, é fundamental repensar a relação entre profissional e usuário, promovendo um cuidado mais inclusivo e humanizado, que valide a história de vida e os direitos dos usuários, deslocando o foco exclusivo da biomedicina e construindo práticas de cuidado baseadas no diálogo, no respeito e na corresponsabilização (Teixeira, 2005).

No contexto da obesidade, esse cuidado respeitoso é essencial, uma vez que a determinação do peso corporal não depende apenas de fatores e escolhas que estão sob controle do indivíduo. As crenças pautadas na metrificação dos corpos, no controle, na culpabilização e na responsabilização individual impactam diretamente no aumento da estigmatização e da gordofobia. Compreender os múltiplos determinantes da obesidade é um dos caminhos que precisamos percorrer para reduzir as crenças e atitudes negativas em relação ao peso (Talu-maa *et al.*, 2022).



1.2

Reflexões sobre a Obesidade como um Fenômeno Social e Questão de Saúde Pública

A compreensão ampliada do fenômeno da obesidade demanda a avaliação crítica do panorama epidemiológico e dos impactos nas metas globais de saúde. Nesse sentido, os sistemas sanitários precisam se reorganizar. O SUS, deve assumir o compromisso de garantir o acesso à serviços de saúde e práticas de cuidado adequadas às pessoas com obesidade, de forma a superar o estigma e a gordofobia. Torna-se necessário buscar ações mais inclusivas e abrangentes, que tenham uma abordagem coletiva e macroestrutural e que reconheçam a importância dos aspectos econômicos, sociais, culturais, políticos e ambientais na determinação da obesidade como um fenômeno social e complexo (Poulain, 2013).

Segundo as recomendações da OMS, para que os países tenham sucesso na meta de parar o aumento da obesidade, é necessário o desenvolvimento de ações multissetoriais que possam impactar diretamente no modo de vida atual, incentivando a produção e o consumo de alimentos adequados e saudáveis a partir do fortalecimento da agricultura familiar, da regulação do marketing e da garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada. Ainda, deve-se construir abordagens que alcancem os determinantes mais amplos da saúde, como redução da pobreza, planejamento urbano e a reorganização dos sistemas sanitários. Vale destacar que nenhum país foi capaz de atingir as metas para deter o aumento da obesidade nos últimos anos (World Health Organization, 2023). Ao contrário, o que observamos é que a obesidade vem aumentando em todos os países, especialmente naqueles de menor renda, e estima-se que a obesidade global seguirá aumentando nos próximos anos (World Obesity Federation, 2024).

A dificuldade encontrada por todos os países para conter o avanço da obesidade anuncia a importância de se revisitar as narrativas que a sustentam. Somos convocados a construir estratégias capazes de minimizar e reverter essa crise sanitária, bem como a garantir dignidade e cuidado adequado às pessoas que vivem com obesidade (World Health Organization, 2023). A crença de que a obesidade pode ser tratada através de soluções isoladas reforça a construção de

estratégias de intervenção que deslocam as perspectivas do corpo social para o corpo biológico ou físico, transferindo a responsabilidade da produção de respostas efetivas do Estado e da sociedade para o próprio indivíduo. Centrar a abordagem no estímulo a hábitos e estilos de vida saudáveis, que se focam em mudanças exclusivamente individuais, independente do contexto de vida da pessoa, não está à altura da complexidade do fenômeno. Essas abordagens, frequentemente, desconsideram o modo de viver da sociedade atual e a compreensão de como o sistema alimentar, principalmente do ambiente alimentar obesogênico, contribui para o crescimento da obesidade (Swinburn *et al.*, 2019). Como resultado, essas ações reforçam ainda mais o estigma sobre as pessoas gordas e culminam em uma dupla responsabilização desses sujeitos, uma vez que são culpados tanto pelo seu possível adoecimento, quanto pelo não desenvolvimento das condutas e hábitos que possam diminuir seu risco de adoecer (Verdi; Caponi, 2005).

Nesse contexto, estudos mostram que essa abordagem pode ter o efeito contrário, levando a comportamentos não saudáveis e ao distanciamento da busca por cuidado. Além disso, existe uma priorização de campanhas que promovem a prevenção da obesidade como uma alternativa superior às ações de tratamento (Rubino *et al.*, 2020), negando o direito ao cuidado oportuno e ignorando que prevenção e tratamento devem ser direcionados de forma complementar e articulados de maneira abrangente, englobando todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), alinhando-se com a perspectiva da integralidade do cuidado (Reis *et al.*, 2022).

Ao reconhecermos a obesidade enquanto um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, é fundamental ressaltar suas complexas causas sociais e econômicas, destacando a determinação do processo saúde-doença, e nesse sentido, o Estado tem o papel de incidir sobre os fatores que determinam as condições de saúde da população. Dessa forma, deve-se evitar narrativas violentas nos diferentes espaços, normativas e serviços de saúde, que potencializam o preconceito em relação às pessoas gordas como um fardo aos sistemas de saúde (Gailey, 2022; Puhl,

2022), responsabilizando-as isoladamente por sua condição e pelos impactos na sociedade (Oliveira *et al.*, 2012; Rathbone *et al.*, 2023).

Um dos maiores desafios de saúde para todos os países tem sido o avanço da síndrome global, definida como a tríade obesidade-desnutrição-mudanças climáticas (Swinburn *et al.*, 2019). Dados do Atlas Mundial da Obesidade (2024) indicam uma correlação positiva entre IMC elevado e emissões de Gases de Efeito Estufa (GEE), aumento da população urbana, da utilização de resíduos plásticos, da inatividade física e do consumo de proteínas animais, açúcares e adoçantes. Vale lembrar que essa situação de vulnerabilidade foi agravada pelos efeitos da pandemia da COVID-19, que culminou em múltiplas crises sobrepostas. Essas crises se combinam com a pobreza, desemprego, desigualdade e marginalização das comunidades minoritárias, o que impulsiona o aumento da obesidade, das doenças crônicas não transmissíveis e dos problemas de saúde mental em todo o mundo (World Obesity Federation, 2024).

O alimento que a população consome não é determinado apenas pelo seu desejo ou pelo fato de considerarem uma determinada comida como saudável ou palatável. O que uma pessoa come, na grande maioria das vezes, é

reflexo da sua condição socioeconômica, do acesso e da disponibilidade aos alimentos, da organização do seu território e dos interesses econômicos do mercado, principalmente dos mercados globais de alimentos (David-Benz, *et al.*, 2022; World Obesity Federation, 2024). O atual modo de produção de alimentos, capitalista e globalizado, determina os sistemas alimentares, o transporte, a organização urbana e o acesso à terra (Swinburn *et al.*, 2019). Esses fatores interconectados acabam favorecendo a criação de ambientes obesogênicos, que são caracterizados pela disponibilidade excessiva de alimentos ultraprocessados, ricos em calorias e pobres em nutrientes, e pela falta de incentivo à prática de atividades físicas. Para mitigar os efeitos desses ambientes, é essencial adotar abordagens multidimensionais que considerem as diversas questões sociais, econômicas e culturais. Isso inclui, principalmente, ações contra a indústria internacional que promove a superprodução e o consumo de alimentos ultraprocessados, que são de baixo custo, amplamente acessíveis e têm um impacto negativo na saúde pública (World Obesity Federation, 2024).

Se os fatores que determinam as escolhas alimentares e a prática de atividade física são tão numerosos e complexos, por que as ações e orientações são direcionadas apenas ao indivíduo com obesidade?

A coexistência da obesidade e da Insegurança Alimentar e Nutricional (InSAN) se entrelaçam especialmente em contextos nos quais os alimentos ultraprocessados são mais acessíveis (Epstein *et al.*, 2024). Sabe-se que os fatores socioeconômicos, como pobreza e desigualdades sociais, raciais e de gênero, aumentam a vulnerabilidade à obesidade, não garantido o Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável, a não garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, bem como o não acesso a ambientes seguros para a prática de atividades físicas. Ademais, pessoas em situação de InSAN podem apresentar dificuldade de exercer seu direito de acessar cuidados básicos

e adequados de saúde, tornando o quadro ainda mais complexo (Carvajal-Aldaz; Cucalon; Ordonez, 2022). Portanto, diante desse cenário desafiador, não se pode desconsiderar a obesidade como uma das facetas da InSAN e deve-se reconhecê-la como uma questão para além do SUS. Ela deve ser vista como um problema social que precisa ser abordado a partir de uma perspectiva interseccional tanto para sua compreensão quanto para a proposição de estratégias de cuidado.

Ao avaliarmos o panorama epidemiológico, nota-se que, entre 2013 e 2019, a prevalência de obesidade no Brasil aumentou 5,1%, com maior incidência entre mulheres e na Região

Sudeste. A obesidade foi mais frequente entre pessoas de 45 a 59 anos, com até quatro anos de estudo, e de raça/cor preta. Esses dados indicam que as pessoas que são mais vulnerabilizadas à obesidade são as mulheres, pretas, com baixa escolaridade e baixa renda (Brasil, 2024; Fundação Getúlio Vargas, 2022). A situação

vivida reforça ainda mais as desigualdades já existentes e sublinha a importância de construir um cuidado a partir de um olhar interseccional sobre as identidades, características, opressões/vulnerabilidades e o processo saúde-doença dessas populações.

O que é a Interseccionalidade?

O conceito de interseccionalidade tem sua origem ancorada nos estudos feministas negros, que sistematizaram e reconheceram a interação e a interdependência das relações de poder que expressam as opressões de gênero, sexualidade, raça e classe, dentre outras (Crenshaw, 2002; Collins; Bilge, 2020).

É considerada como dispositivo político e analítico que pode ser utilizado para compreender as diferentes formas de opressão e os contextos de desigualdades e iniquidades que as populações vivenciam a partir das suas características e condições de vida (Crenshaw, 2002; Collins; Bilge, 2020).

Ao refletir sobre obesidade é necessário que se discutam também questões associadas a gênero, raça, condição econômica e outros aspectos sociais correlatos. Esse olhar interseccional traz visibilidade para as diferenças e desigualdades entre grupos populacionais, oportunizando a reflexão e elaboração de políticas públicas, programas e ações orientadas pelas vivências e necessidades dos grupos para o enfrentamento das desigualdades e iniquidades de modo resolutivo (Werneck; Lopes, 2012).

É necessário entender e explicar a complexidade da experiência humana no mundo a partir da compreensão das múltiplas opressões indissociáveis e estruturais vividas. A experiência das mulheres negras, por exemplo, no processo de vida, saúde, trabalho, adoecimento e morte é determinada pelo racismo estrutural e institucional, machismo, sexismo e por serem majoritariamente da classe trabalhadora (Werneck; Lopes, 2012; Gonzalez, 2020). Dessa forma, uma mulher preta, gorda, que trabalha como empregada doméstica e mora num território periférico

enfrenta um cenário de desigualdades sociais, violência, racismo, sexismo e gordofobia, que vão determinar os modos de viver, adoecer e morrer dessa mulher. E essa experiência não é necessariamente vivida da mesma forma por outras mulheres brancas e homens brancos.

Estudos tem sinalizado que a maior experiência de discriminação racial está associada à obesidade independentemente do comportamento alimentar (Fanton *et al.*, 2024). Os estudos realizados pelo ELSA-Brasil (Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto), que investigaram a relação entre raça/ cor de pele, a discriminação racial percebida e como esses fatores influenciam a incidência de obesidade e o aumento do IMC, ao longo de quatro anos de acompanhamento, observaram que a experiência do racismo estava relacionada a maior incidência de obesidade entre pessoas com menor escolaridade (Machado *et al.*, 2021); e que o racismo acelerou o ganho de peso e o aumento do IMC, mostrando que a experiência discriminatória é um fator de risco para o ganho de

peso (Machado *et al.*, 2023).

Na perspectiva de compreender os mecanismos que evidenciam a relação entre as desigualdades e a obesidade, podemos nos apoiar nas contribuições da epidemiologia ecosocial. A tese central desta teoria afirma que nós “corporificamos” biologicamente as exposições do nosso contexto social, político e ecológico, transformando as injustiças sociais em padrões de saúde e doença (Krieger, 2020). Dessa forma, a intersecção de opressões pode moldar o bem-estar físico e mental daqueles que as vivenciam. Precisamos compreender como a gordofobia e outras vulnerabilidades afetam o ambiente social e geram impactos diretos na saúde da população.



Relatos Vivenciais

Relato 4

Sou profissional de educação física e desde criança estive acima do peso. Pratico atividade física, sou ativa, porém sempre tive dificuldade para trabalhar pelo meu estereótipo. Quando iniciei na área, uma coordenadora me disse que eu não me encaixava no quadro... Tenho dificuldade para emagrecer, pois sou extremamente ansiosa, mas não posso e nem vou deixar-me abalar por olhares tortos e comentários hostis e racistas”.

Relato 5

Eu saio para trabalhar todos os dias, coleteo recicláveis para conseguir comprar o pão e o café da minha família. Muitas vezes é só isso que temos. Aí tem gente que acha que eu sou gorda porque como muito.”

A incorporação das questões sociais, como gênero/sexo, raça/cor e classe social, na compreensão da obesidade no contexto do SUS, ainda é um grande desafio que precisa ser colocado em pauta. Esses aspectos são geralmente tratados de forma separada

e pouco explorados na construção de estratégias e ações de cuidado (Rodrigues; Miranda; Cabrini, 2023). Todos somos convidados a dialogar sobre a gordofobia e o estigma do peso a partir das lentes interseccionais.

Reflexão sobre ‘lugar de fala’

Mesmo que você não tenha experimentado a gordofobia, você pode, a partir do seu lugar, falar sobre este tema.

Quanto mais plural for o debate, mais rápido avançaremos na luta contra esta opressão.



1.3

Ativismo Gordo e Estudos Transdisciplinares das Corporalidades Gordas

Nesta seção buscaremos refletir sobre a necessidade de desafiar as narrativas dominantes sobre o corpo gordo e promover uma compreensão mais inclusiva e respeitosa das diversas corporeidades. Vertentes teóricas fundamentadas em perspectivas sócio-histórico-culturais e nos direitos humanos têm proposto uma nova abordagem sobre a obesidade, considerando processos biopsicossociais em que os contextos social, cultural, econômico e político desempenham papéis cruciais na análise e nas intervenções de saúde. Essas teorias argumentam que a gordofobia marginaliza ainda mais as pessoas gordas à medida que os saberes médicos e educacionais, muitas vezes sustentados por uma gordofobia estrutural, aplicam uma visão limitada e equivocada sobre saúde e direitos dessa população (Roslindo Paranhos; Jimenez-Jimenez, 2023). Apresentamos a interseção entre o Ativismo Gordo e os Estudos Transdisciplinares das Corporalidades Gordas, dois campos que se cruzam ao utilizar o conhecimento científico atual e as subjetividades vividas por pessoas gordas, para apoiar estratégias de ativismo e enriquecer a produção científica. Essa integração colabora para desafiar a gordofobia e construir uma sociedade mais inclusiva (Jimenez Jimenez *et al.*, 2022).

Ao ampliarmos os olhares e compreensões sobre os corpos maiores, somos convidados a uma revisão dos saberes e a uma avaliação mais profunda dos impactos da responsabilização individual pela obesidade e da patologização dos corpos gordos na sociedade. A patologização do corpo gordo endossa a gordofobia, que se disfarça e é legitimada socialmente como uma preocupação genuína com a saúde, perpetuando um tipo de preconceito socialmente aceito e legitimado pelo discurso biomédico (Jimenez Jimenez *et al.*, 2022. Poulain, 2013). Os prejuízos causados pelo estigma do peso e pela gordofobia podem ser ainda mais prejudiciais para a saúde física, mental e psicossocial do que o próprio excesso de peso corporal (Wu; Berry, 2018; Siqueira *et al.*, 2021).

A partir desse prisma, o ativismo gordo

utiliza e estimula o uso da palavra “gordo” para se referir a pessoas com corpos maiores. O termo deve ser usado não em um sentido pejorativo, mas como um adjetivo e na direção da naturalização e aceitação desses corpos. No campo do ativismo gordo e dos estudos das corporalidades, há críticas ao uso exclusivo da categoria ‘obesidade’, entendida como fortemente medicalizante. O documento dialoga com essas perspectivas como forma de ampliar a reflexão crítica, sem desconsiderar os marcos institucionais vigentes (Gailey, 2022). A palavra “obeso” também não é um adjetivo aceitável para se referir a uma pessoa com um corpo maior. Embora seja uma definição médica, assim como não se descreve um indivíduo com câncer como “canceroso”, não devemos aceitar a definição de uma pessoa gorda como “obesa” (Albury *et al.*, 2020).

Olhar para as experiências de pessoas gordas e compreender as dificuldades, em termos estruturais, de se viver com um corpo maior em uma sociedade gordofóbica, que está majoritariamente constituída para acomodar corpos magros, é urgente (Paim; Kovalski, 2020). Exemplos dessas dificuldades no cotidiano incluem o tamanho/largura de catracas de ônibus, cintos de segurança em ônibus/aviões, cadeiras em espaços públicos, macas hospitalares, equipamentos para realização de atividade física ou de exames clínicos, a possibilidade de encontrar roupas que sirvam e que sejam compatíveis com seu desejo e/ou moda, dentre tantos outros. Essas limitações acabam por reforçar a ideia de que a pessoa gorda “não cabe” nesta sociedade.

O discurso biomédico, o padrão estético e a moral se interconectam e formam a tríade gordofóbica. Juntos, eles sustentam e perpetuam a culpabilização das pessoas gordas. O discurso biomédico associa magreza a saúde, estabelecendo o corpo magro como o padrão de normalidade e sugerindo que o corpo gordo é inerentemente doente e desviado. O padrão estético, influenciado pela mídia e pela indústria da beleza, cria e perpetua padrões de beleza que

favorecem corpos magros, alimentando a insatisfação corporal para lucrar com produtos e serviços que prometem alcançar essa "perfeição". Por fim, a moralidade associa a gordura a uma falha de caráter, sugerindo que pessoas gordas são preguiçosas ou incapazes de se controlar, o que justifica a discriminação como uma forma de incentivá-las a mudar. Essa tríade não apenas oprime as pessoas gordas, mas transforma o ódio ao próprio corpo em uma fonte de lucro (Piñeyro, 2016).

A gordofobia está impregnada nos nossos pensamentos, comportamentos e na forma como as pessoas gordas são representadas na mídia, constituindo limitações, desencadeando culpa e promovendo a exclusão. Ela se faz presente até mesmo na própria percepção de pessoas gordas sobre si. Essa combinação de estigma internalizado e pressões sociais externas faz com que muitos acreditem que os seus corpos não merecem ser vividos e os levam a sentir vergonha e rejeição às suas próprias imagens. Muitas vezes, acabam por buscar estratégias para esconder ou fugir de seus corpos, seja evitando lugares que seus corpos estarão expostos, como praias e piscinas, seja usando roupas largas e escuras e não desejando que sua imagem apareça destacada em vídeos e fotografias. Outros tantos adotam práticas extremas

para perder peso numa eterna busca dessa adequação social (Da Silva, N.; Da Silva, J., 2019). Essas opressões alimentam a crença de que a magreza é símbolo de saúde e aceitação social, perpetuando a pressão para perder peso e buscar por padrões corporais muitas vezes irreais. O desejo incessante pelo emagrecimento ignora a importância da aceitação da diversidade corporal e de uma vida harmoniosa com o corpo que se tem.

A pessoa gorda, inserida em uma sociedade gordofóbica, está condenada ao exílio e vive uma situação de “hiper(In)visibilidade” (Piñeyro, 2016; Gailey, 2022). Todos os corpos operam em um espectro de visibilidade, sendo que aqueles com privilégio têm a flexibilidade de serem visíveis ou invisíveis conforme lhes convém. Por exemplo, uma mulher magra, branca, de classe média e cisgênero é prontamente reconhecida (visível) ao entrar numa loja de roupas, mas dificilmente é notada (invisível) ao passar pela catraca de um ônibus. Mulheres gordas são frequentemente ignoradas ou completamente dispensadas em uma loja de roupas (hiperinvisíveis) e são transformadas em um espetáculo (hipervisíveis) quando não conseguem passar por uma catraca de ônibus, por exemplo (Gailey, 2022).

Relatos Vivenciais

Relato 6

Estar obesa é uma das experiências mais difíceis que tenho passado, é como um pesadelo sem fim. Lembro de quando o meu peso passou a não ser aceitável pela sociedade, o olhar das pessoas mudou completamente, passaram a ver apenas o meu peso, nada a mais. Já tive pânico em sair na rua, me isolei por um tempo... Não me orgulho em dizer, mas tenho vergonha do meu corpo. Gostaria de amar o meu corpo do jeito que ele é, mas é difícil amar algo que todos odeiam.

Relato 7

Desde pequena sou ensinada que ser gordo é feio e que eu tenho que fazer dieta. Quando pequena minha mãe controlava tudo o que eu comia. Quando eu saí da casa de meus pais, eu passei a comer tudo o que eu tenho vontade e isso me trouxe onde estou hoje... Então, não encontro roupa com facilidade, aonde vou sinto os olhares do povo sobre mim... Por conta desses olhares eu não saio muito de casa, não vou à academia, não faço exercício.

Relato 8

Foi um trabalho muito grande de terapia, letramento e autoaceitação para me achar bonita, saudável e atraente. Hoje quando uso uma roupa apertada, olho no espelho e consigo me ver como uma mulher bonita. Não tenho mais medo de tirar fotos. Às vezes eu penso: Deve ser muito difícil para uma pessoa que é gordofóbica entender que eu sou feliz com esse corpo que tenho. Só tenho uma vida e preciso ser feliz hoje.

Relato 9

As pessoas falam que querem o meu bem, que fazem esses comentários por se preocuparem com a minha saúde. Mas o olhar, o julgamento e a culpa que eu sinto por ser gorda me trazem muitas dores.

Relato 10

A gordofobia está presente em literalmente todos os espaços, inclusive na falta de espaços que comportem pessoas gordas. É uma violência estrutural que vai desde a roleta apertada de um ônibus e a falta de roupas até a inexistência de aparelhos de saúde que incluam corpos gordos nos afeta todos os dias.

A opressão aos corpos gordos reforça inúmeros discursos que tentam desvalorizar a luta e se mostra como uma forma de silenciamento desse grupo. O combate à gordofobia não pode ser visto como “romantização da obesidade”. O que se busca é a inclusão de diversas experiências e vozes, a promoção da aceitação corporal, a luta por direitos civis, a melhor representação na mídia, pelo direito ao acesso aos serviços, políticas e ações de saúde e pela oferta de um cuidado em saúde que seja capaz de valorizar o bem-estar e a experiência de vida de cada pessoa, independentemente do tamanho corporal. Desafiar a gordofobia é promover uma sociedade mais inclusiva e acolhedora.



1.4

A Organização do SUS frente ao Cenário da Gordofobia e do Estigma do Peso

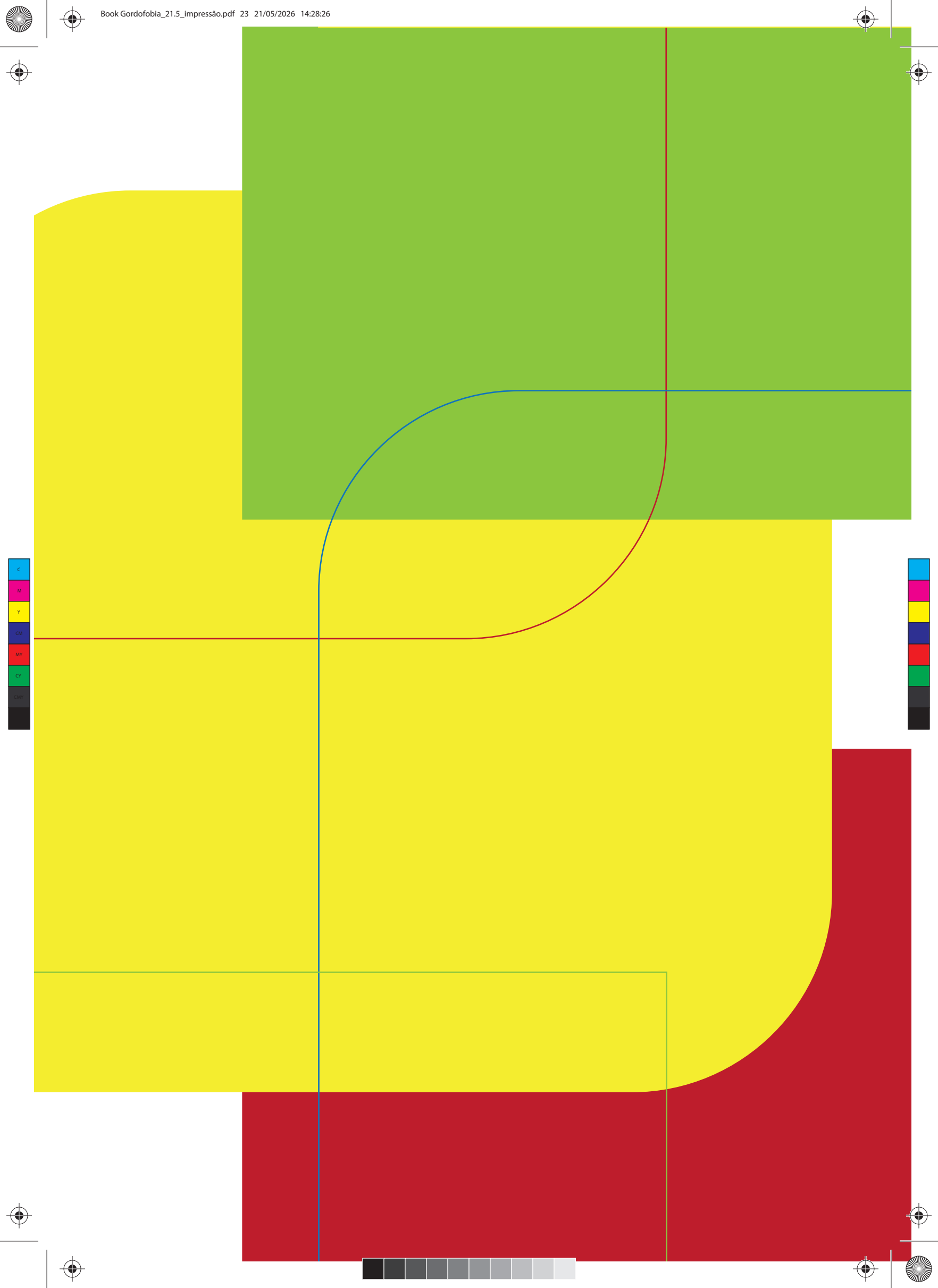
Para enfrentar a gordofobia e oferecer um cuidado mais inclusivo e adequado às pessoas com corpos maiores, é essencial a reorganização do SUS e a construção de estratégias multisetoriais capazes de enfrentar um problema tão complexo e multifacetado como a obesidade. A reorganização do SUS deve se basear em uma linha de cuidado contínua e estruturada, que fortaleça a Atenção Primária à Saúde, mas que se interligue aos demais níveis de atenção, com foco na integralidade do cuidado. Isso inclui desde a promoção da saúde e prevenção, passando pelo diagnóstico precoce e estratificação de risco, até o tratamento e o manejo das complicações associadas à obesidade. É crucial que seja adotada uma abordagem interdisciplinar e centrada no paciente, na qual equipes multiprofissionais trabalhem de forma coordenada para oferecer um cuidado integral e que respeitem as subjetividades dos sujeitos e a aceitação das diversas corporalidades. Esses princípios são fundamentais para a consolidação de um ambiente de cuidado onde todos se sintam acolhidos e possam buscar apoio sem medo do julgamento.

Os serviços de saúde muitas vezes reproduzem o preconceito e a estigmatização relacionados ao peso, através de instalações inadequadas para corpos maiores, por meio de atitudes discriminatórias de profissionais, bem como, pela dificuldade na coordenação do cuidado à pessoa com obesidade (Brasil, 2022; Puhl; Heuer, 2010). A organização do cuidado para pessoas com obesidade no Brasil ainda se caracteriza por ações fragmentadas e por uma oferta desigual de serviços (Brandão *et al.*, 2020; Paim; Kovalski, 2020; Lopes *et al.*, 2021). Para enfrentar essa realidade, é necessário fortalecer a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO) nos estados e

municípios, promovendo a integralidade do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com melhorias estruturais e organizacionais. A LCSO, apesar de reconhecer a obesidade como uma doença crônica, também enfatiza a necessidade de não reduzir o sujeito à sua condição (Brasil, 2013). Em outras palavras, ao assumir os princípios do SUS, entendemos que pensar a obesidade como doença no contexto da atenção centrada na pessoa é diferente de uma abordagem fragmentada, prescritiva e centrada na doença e na sua cura (Scagliusi, 2021). Assim, superar o modelo biomédico, a falta de estrutura e a fragmentação das ações e serviços é um dos maiores desafios para o SUS.

Mesmo reconhecendo a complexidade do cenário brasileiro, é importante destacar o protagonismo que o nosso país vem assumindo no enfrentamento desses desafios. Um passo importante para tal foi a garantia da alimentação como um direito na Constituição Federal e como um determinante da saúde para a organização do SUS, apoiando o país na construção de políticas e ações para melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população, como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Assim, oportuniza-se a transversalidade da discussão da obesidade e da alimentação e nutrição com políticas como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Política Nacional de Segurança Alimentar, Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Política de Promoção da Equidade em Saúde, dentre outras.

Conheça alguns materiais produzidos pelo Ministério da Saúde sobre o tema. Bibliografia sugerida na página 39.



2

INTERFACES ENTRE ESTIGMA DO PESO, GORDOFOBIA, SAÚDE E CUIDADO

Nesta seção serão apresentadas reflexões e evidências de como a vivência do estigma do peso e da gordofobia pode causar danos profundos às pessoas, dado que esses são fenômenos estruturais, complexos e multidimensionais, que se manifestam em vários ambientes e de diferentes formas, sendo que muitas vezes não são explícitos (Emmer; Bosnjak; Mata, 2020). O preconceito e a discriminação contra pessoas com corpos maiores se faz presente em vários domínios da vida, incluindo o local de trabalho, instalações de saúde, instituições educacionais, na mídia e até mesmo em relacionamentos interpessoais próximos (Rubino *et al.*, 2020). Assim sendo, debateremos o papel dos profissionais e dos serviços de saúde nesse processo.

Para que o estigma do peso possa ser enfrentado, é fundamental evidenciar as consequências negativas advindas desse preconceito. Existe uma grande naturalização da discriminação dos corpos gordos, especialmente na área da saúde, que é justificada pelo corpo magro como garantia de saúde (Poulain, 2013) e pela “luta” contra a obesidade como uma questão emergente. Entretanto, o que ocorre, na realidade, é uma luta contra as pessoas gordas (Paim; Kovalski, 2020). Nesse contexto, é importante destacar que as consequências da gordofobia podem ser tão perigosas quanto as doenças comumente associadas à obesidade (Rubino *et al.*, 2020). Embora o desenvolvimento de algumas condições crônicas de saúde esteja associado à obesidade, nem todas as pessoas com obesidade irão desenvolvê-las. No entanto, qualquer pessoa gorda está sujeita a experimentar a violência da gordofobia e do estigma do peso (Scagliusi, 2021).

No Brasil, um levantamento realizado pela ABESO (2022) evidenciou que 85,3% dos participantes afirmaram ter sofrido constrangimento por causa do seu peso e que quanto maior o grau de obesidade, maior o relato de constrangimento. Um estudo feito com adolescentes revelou que o Brasil apresentava níveis mais altos de estigma do peso em comparação com a África do Sul e com a Indonésia (Kataria *et al.*, 2022). Ainda, pesquisa qualitativa feita com mulheres brasileiras após a cirurgia bariátrica evidenciou que o estigma do peso ainda persiste,

mesmo após a cirurgia e a expressiva perda de peso, sinalizando os impactos do julgamento e a internalização do estigma. Esses achados desafiam a suposição de que a perda de peso eliminará automaticamente o estigma e os julgamentos negativos de outras pessoas (Dimittrov Ulian *et al.*, 2023).

Essas opressões trazem consequências negativas para a saúde física e mental das pessoas com corpos maiores, particularmente quando os indivíduos internalizam as atitudes negativas (Batterham, 2022). Do ponto de vista da saúde mental, o estigma está fortemente associado a sentimentos de vergonha, ansiedade, depressão e baixa autoestima. Essas experiências podem levar ao isolamento social e ao aumento de comportamentos prejudiciais, como a compulsão alimentar, o comer emocional, práticas extremas para a perda de peso, sedentarismo e vergonha ao se exercitar, que agravam a saúde e dificultam a adoção de hábitos saudáveis (Papadopoulos; Brennan, 2015; Pearl; Puhl, 2016; Wu; Berry, 2018; Rubino *et al.*, 2020; Albury *et al.*, 2020).

Aqueles que enfrentam o estigma do peso geralmente experimentam níveis elevados de estresse, o que pode levar a resultados prejudiciais à saúde. Apresentam o maior risco de desenvolver doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, tanto devido aos efeitos diretos quanto indiretos do estigma (Batterham, 2022). Atitudes sociais negativas em relação ao peso podem contribuir para níveis mais altos de IMC e estão associadas a marcadores inflamatórios elevados, como proteína C reativa (PCR), interleucina-6 (IL-6) e fator de necrose tumoral alfa (TNF- α). Acredita-se que o estresse psicológico associado ao estigma do peso possa levar a respostas crônicas de estresse no corpo, o que pode contribuir para a inflamação, sugerindo que o impacto emocional do estigma também desencadeia efeitos biológicos tangíveis naqueles que o vivenciam (Nicolaou *et al.*, 2023).

O cuidado centrado exclusivamente na perda de peso faz com que profissionais de saúde negligenciem outras condições de saúde, atribuindo a culpa de todos os problemas de saúde apresentados pela pessoa ao seu elevado peso corporal (Albury *et al.*, 2020). Além disso, o

estigma internalizado pode levar as pessoas a evitarem o cuidado médico por medo de serem julgadas ou maltratadas, perpetuando a marginalização e agravando problemas de saúde existentes, ao invés de promover uma abordagem integral e compassiva para o bem-estar(Tomiyama, 2014; Albury *et al.*, 2020; Paim; Kovaleski; Selau, 2024). Estudos destacam que pessoas que sofrem com o estigma do peso, além de serem menos propensas a acessar cuidados de saúde, também recebem menos tratamentos baseados em evidências e livres de preconceitos (Puhl; Heuer, 2010; Brewis, 2014; Lee; Pausé, 2016; Rubino *et al.*, 2020).

É urgente refletir sobre a postura do profissional de saúde frente ao complexo fenômeno da obesidade que carece de atenção e

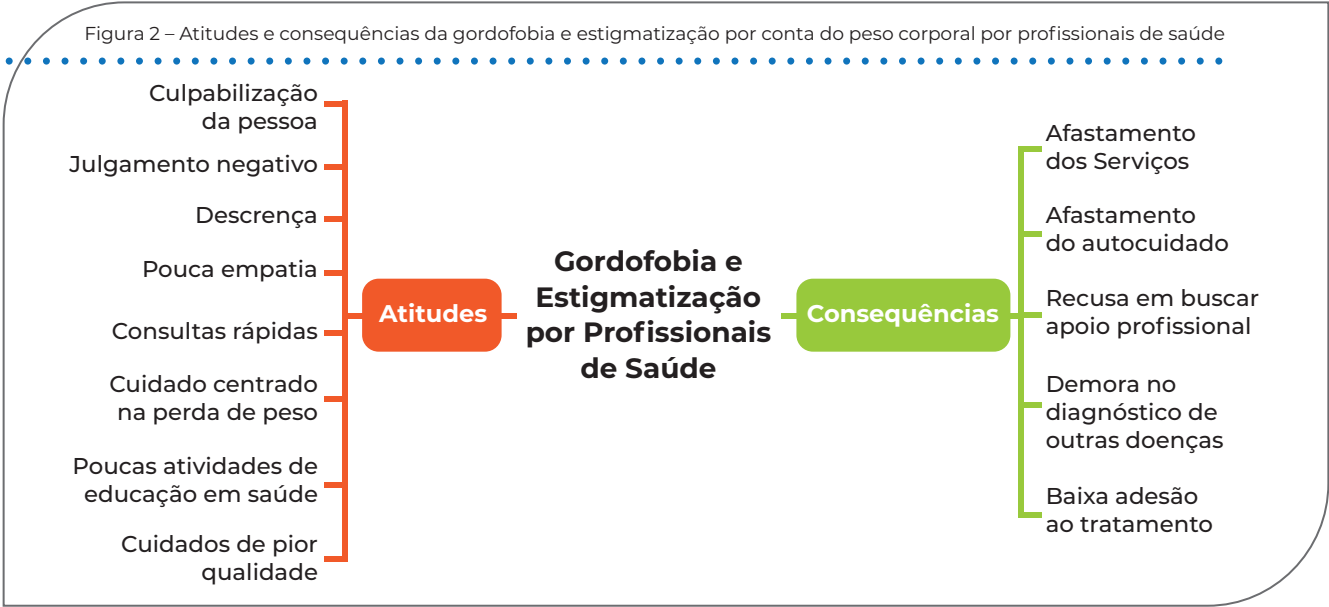
reconstrução. Diferentes estudos na literatura indicam a alta presença de crenças e atitudes estigmatizantes de profissionais frente a pacientes com excesso de peso (Puhl; Heuer, 2010; Cori; Petty; Alvarenga, 2015; Rubino *et al.*, 2020; Puhl *et al.*, 2021; Paim; Kovaleski; Selau, 2024). Na mesma direção, os indivíduos com corpos maiores apontam que profissionais de saúde são uma fonte recorrente de preconceito. Muitos se sentem incompreendidos, relatam a falta de equipamentos e suporte necessários para o atendimento e afirmam receber comentários inapropriados e desrespeitosos por parte de profissionais (Ferrante *et al.*, 2016; Obara; Vivolo; Alvarenga, 2018; Paim; Kovaleski; Selau, 2024).

Você sabia que profissionais de saúde estão entre os principais agentes promotores e perpetuadores do estigma de peso?

As crenças e atitudes negativas por parte dos profissionais de saúde em relação à obesidade intensificam o preconceito, os estereótipos e o estigma do peso. Tal postura compromete a prática profissional digna e humanizada, implicando na diminuição da qualidade da assistência prestada aos usuários que apresentam a condição de obesidade. O estigma foi identificado como uma grande barreira no processo de busca por ajuda profissional, o que gera prejuízos no que concerne ao acesso ao cuidado em saúde. Tais práticas que são

julgadoras, discriminatórias e marginalizantes, além de subtrair a dignidade das pessoas com obesidade e perpetuar sua invisibilização, fazem com que elas evitem os serviços de saúde e se afastem de ações de autocuidado. Evitar a busca pelos serviços e pelos profissionais de saúde prejudica, de forma importante, a saúde, qualidade de vida, o bem-estar, a dignidade e os direitos humanos e sociais das pessoas com corpos maiores (Paim; Kovaleski; Selau, 2024; Rubino *et al.*, 2020) (Figura 2).

Figura 2 – Atitudes e consequências da gordofobia e estigmatização por conta do peso corporal por profissionais de saúde



Fonte: elaborado pelas autoras.

Relatos Vivenciais

Relato 11

Eu sempre achei que os profissionais de saúde deveriam cuidar da minha saúde, mas hoje vejo que eles querem apenas me emagrecer.

Relato 12

Fui realizar o exame pré-operatório com um médico que não colocou a mão em mim. Quem fez os exames foi a auxiliar e ele apenas fez perguntas de um formulário. Perguntou meu peso e eu disse que achava que estava com 110 kg no máximo e que não me pesava há um tempo. Ele disse: "Duvido, você tem muito mais do que isso". Me mandou pesar e disse em voz alta: "120! Falei que era muito mais! Você está brincando com sua vida. Você está se aproximando da morte quando na verdade deveria estar lutando pela vida. Você é nova, não pode deixar chegar a esse peso, é um absurdo. Sua pressão está elevada, você está hipertensa. Tenho certeza de que tem diabetes e os níveis de lipídios elevadíssimos no sangue. Para ter um infarto ou aneurisma é muito pouco. Mas como você precisa fazer essa cirurgia, eu vou liberar. Agora, peço que crie vergonha na cara e emagreça, porque gordo tem os dias contados. Eu sou médico, preste atenção: estou falando para o seu bem e eu sei o que estou falando. Estou muito preocupado com você."

E ele foi falando tudo aquilo com a porta aberta e a sala de espera cheia de pacientes me olhando como se eu fosse um estudo de caso ou uma pessoa em estado de pré-morte. Saí com uma sensação horrível. Fiquei assustada e me sentia fisicamente saudável, mas depois desse sermão todo me sentia doente, presa num corpo inválido e com data de validade próxima de expirar. Liguei para minha mãe e chorei muito. Minha autoestima foi embora, comecei a achar que poderia ter alguma complicação durante a cirurgia, que poderia morrer. Desacreditei em tudo. Perdi a confiança. Foi uma imensa queda livre. Quando eu fui fazer a cirurgia, uma semana depois, eu li o laudo do cardiologista e minha pressão estava 11 por 8 (super normal) e os resultados dos exames de sangue estavam ótimos. Minha saúde, ok. E meu psicológico em pedaços.

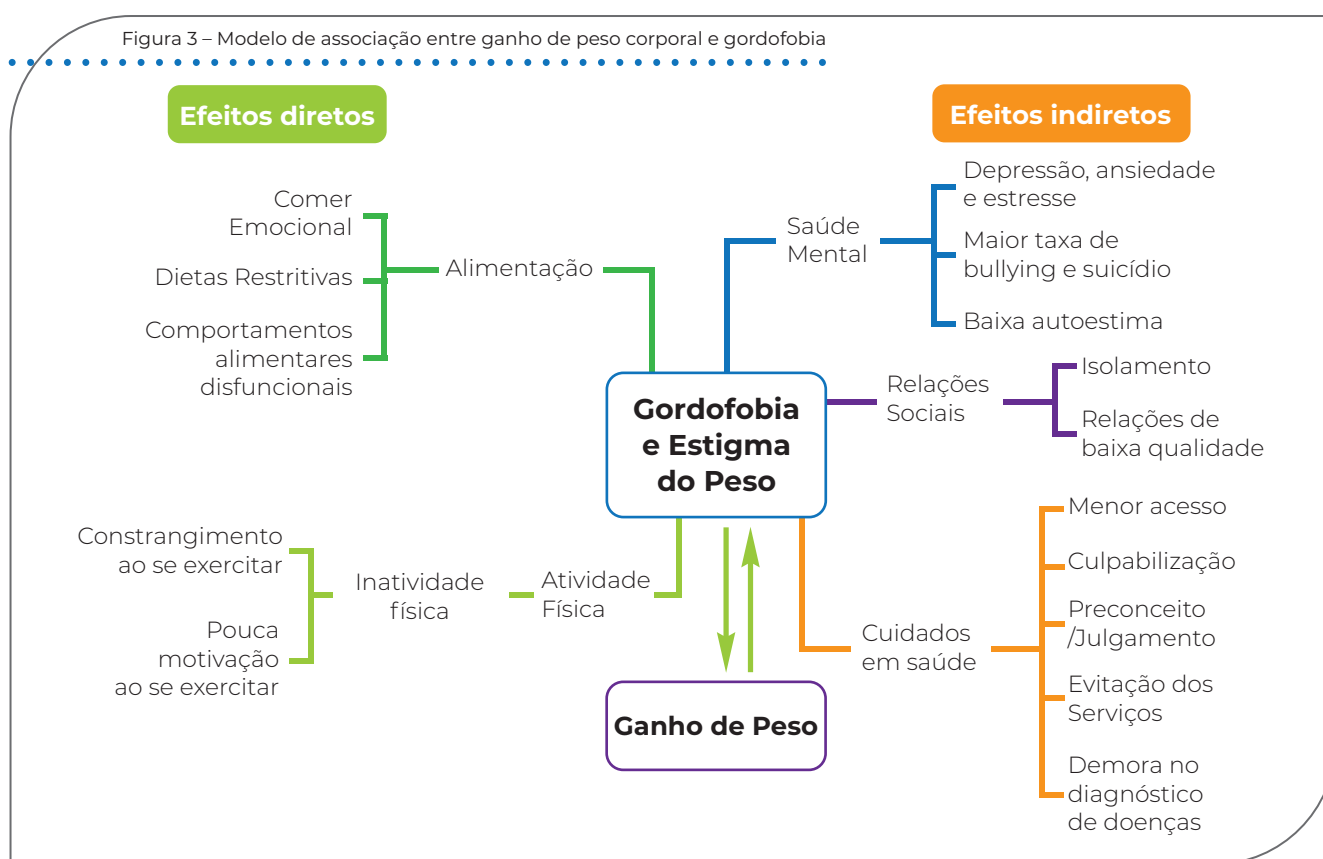
“Desde criança sou uma pessoa gorda, já enfrentei diversas situações desconfortáveis em consultórios médicos. Quando eu era criança, um médico disse para minha mãe, comigo ao lado, que se eu não emagrecesse eu iria morrer... Hoje tenho 25 anos e ainda sou gorda, mas tenho uma saúde boa, porém sempre que vou ao médico me recomendam remédios para emagrecer, bariátrica e qualquer método que seja com o objetivo de emagrecimento”.

Seguindo essas reflexões, pode-se inferir que o estigma atua como um potente impulsor, ainda não reconhecido, de disparidades de saúde em nível populacional. Nessa direção, é importante destacar o papel da gordofobia e do estigma do peso na perpetuação da obesidade, transformando-se em um estressor sociocultural que dificulta a perda de peso, contribui para o ganho de peso e aumenta os riscos à saúde (Albury *et al.*, 2020; Brewis, 2014; Pearl; Puhl, 2016; Tomiyama, 2014). Um estudo prospectivo identificou que adultos que relataram terem sofrido discriminação relacionada ao peso apresentaram 2,5 vezes mais probabilidade de desenvolverem obesidade e 3 vezes mais probabilidade de permanecerem com obesidade 4 anos depois

(Sutin; Terracciano, 2013).

Os mecanismos pelos quais o estigma do peso favorece o ganho de peso envolvem efeito direto via alteração em comportamentos de saúde (como alimentação e prática de atividade física), efeito indireto via aumento no estresse psicossocial e mudanças negativas na qualidade das relações sociais e efeitos estruturais indiretos da discriminação do peso, como menor acesso a oportunidades em quase todos os aspectos da vida cotidiana (Brewis, 2014). Esses mecanismos vão ao encontro do modelo de obesidade cíclica proposto por Tomiyama (2014), que versa sobre a retroalimentação entre estigma do peso e a perpetuação da obesidade (Figura 3).

Figura 3 – Modelo de associação entre ganho de peso corporal e gordofobia



Fonte: adaptado pelas autoras de Brewis, 2014; Tomiyama, 2014; Albury *et al.*, 2020.

Relatos Vivenciais

Relato 14

Não consigo me lembrar de algum momento de minha vida em que eu não fosse alguém além do peso. Desde pequeno eu me enxergava como uma criança diferente, acredito que as pessoas também me viam dessa forma, raramente brincava com outras crianças e me retraía ao máximo.

Mesmo que não seja uma verdade, quando se vive com a obesidade, parte disso é sempre acreditar que estão olhando para você, ou tecendo comentários desnecessários. Nada me privou de sofrer bullying, escutar piadas sobre ser gordo, além de que brincadeiras desconfortáveis já eram normais.

Outra situação é quando iam pessoas nas escolas pesar e medir os alunos e era bem frustrante o quão exposto era tudo, o fato de as pessoas escutarem seu peso, só lhes davam mais motivos para rirem. Mesmo acreditando que muitas dessas atitudes não foram com o intuito de me magoar, por se tratarem de crianças, fica claro o impacto negativo que isso me trouxe em não ser uma pessoa tão sociável e não gostar de ir em locais com muitas pessoas.

Várias vezes fui levado ao médico, e uma dessas seções me marcou muito. O doutor preferiu me expor da pior maneira, gritando no consultório que eu era obeso devido ao consumo de fast foods, sendo que eu só estudava perto desses lugares, não tinha dinheiro para tal prática. Isso me magoou de uma forma inexplicável. Como você espera tratar alguém? Abalando seu psicológico?



Relato 15

Depois de adulto e já em terapia, descobri que nunca fui gordo. Sou um homem negro e alto, meu peso era ideal para minha altura e idade, mas a sociedade não via isso. Meu primeiro contato com as drogas foi por conta da gordofobia que sofria na adolescência. Minha mãe havia falecido e ia ter uma festa na empresa e ela seria homenageada, eu queria estar magro para esse momento. Nessa, comentei com um "amigo", ele me disse: "a cocaína emagrece rapidinho". Nessa, tive acesso e usei, emagreci, mas fiquei dependente por 15 anos, estou limpo há 8 anos. Levei meu corpo a extremos por conta da gordofobia".



Outras limitações para o cuidado adequado, conforme mencionado, são as barreiras físicas de acesso presentes nos serviços de saúde, como cadeiras inadequadas, macas estreitas e equipamentos médicos não dimensionados para corpos maiores, que impactam negativamente no atendimento de pessoas gordas, contribuindo para a marginalização e a desigualdade no cuidado.

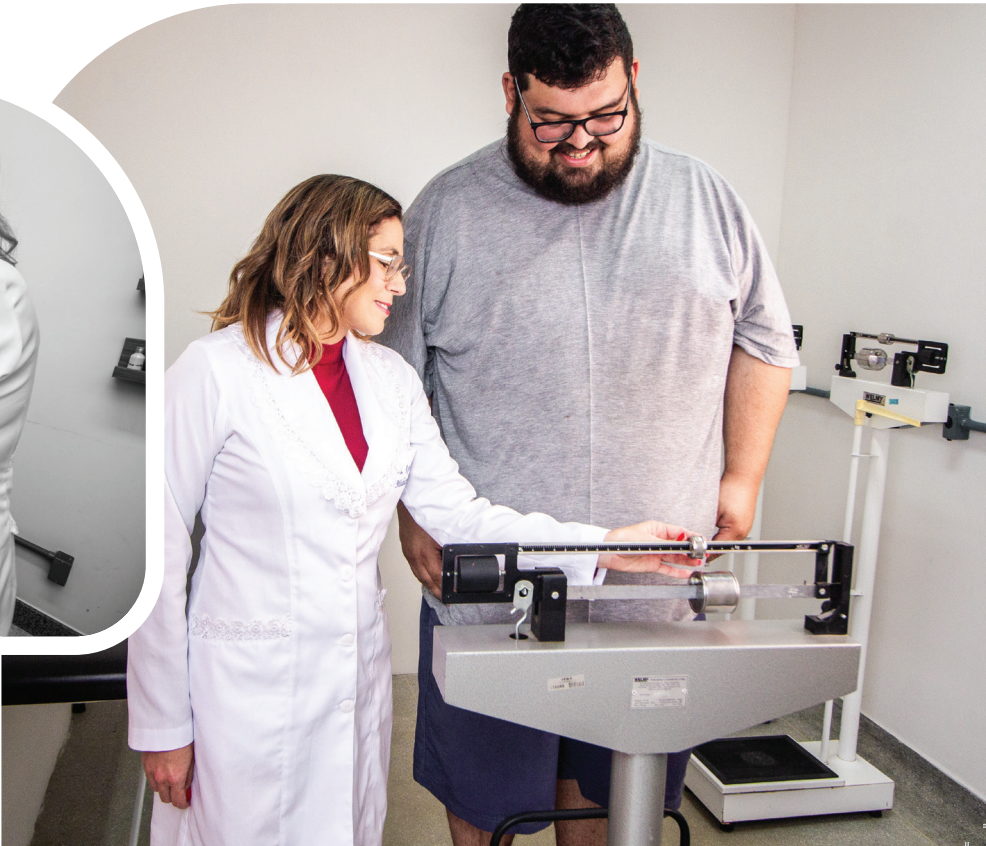
Essas barreiras reforçam o estigma do peso e limitam a disposição dos pacientes de buscar cuidados preventivos e necessários, levando a um agravamento das condições de saúde existentes e aumentando os riscos de complicações. Estudos indicam que essas barreiras físicas, aliadas ao preconceito no ambiente de saúde, exacerbam a exclusão dessas pessoas, dificultando o acesso a um tratamento adequado (Paim; Kovalski; Selau, 2024; Rubino *et al.*, 2020). Um ambiente de saúde acessível para pessoas gordas é essencial e constitui o primeiro passo para abordagem da questão do estigma de peso dentro da área da saúde. As instalações devem ser apropriadas para todos, independente do seu tamanho corporal.

O preconceito também se faz presente na abordagem do tratamento da obesidade, particularmente na cirurgia bariátrica e no uso de medicamentos. Tanto pacientes quanto profissionais de saúde julgam estes tratamentos como uma "solução fácil" ou uma "falha moral", o que pode gerar hesitação em buscar ou recomendar essas intervenções, mesmo quando elas são clinicamente indicadas. As pessoas que optam pela cirurgia bariátrica frequentemente enfrentam críticas por "não conseguirem" perder peso por meio de dietas ou exercí-

cios (Ferrante *et al.*, 2016; Puhl; Heuer, 2010). Esse estigma também é exacerbado por narrativas midiáticas e sociais que promovem a perda de peso como algo que deveria ser alcançado apenas por força de vontade e autodisciplina, ignorando a complexidade biológica e psicológica da obesidade (Pearl; Puhl, 2016; Tomiyama *et al.*, 2018).

Reconhecemos que o debate sobre a gordofobia é amplo e assumimos que este documento não esgota toda a complexidade do tema. Mas para finalizar as reflexões sobre a construção social dessa estigmatização, queremos destacar o papel da mídia na perpetuação de estigmas e preconceitos contra pessoas gordas. Historicamente, a mídia promove padrões de beleza corporais irreais e estereótipos prejudiciais sobre corpos gordos. Os corpos magros são representados como ideais de beleza e sucesso, já os corpos maiores se associam a características negativas, o que contribui para a marginalização e estigmatização desses indivíduos (Grabe; Ward; Hyde, 2008; Levine; Murnen, 2009).

A falta de representatividade das pessoas gordas na mídia contribui para a manutenção de estereótipos negativos e para a exclusão social. Muitas vezes, quando representadas, essas pessoas são frequentemente retratadas de forma caricata, reforçando imagens de preguiça, falta de autocontrole e insalubridade, o que perpetua a marginalização e o estigma associado ao peso. Essa ausência de diversidade corporal impede que pessoas gordas se vejam refletidas na mídia de forma positiva, o que pode afetar sua autoestima e reforçar a internalização de padrões de beleza irrealistas. Além disso, essa limitação narrativa silencia experiências e perspec-

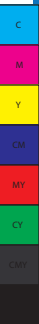
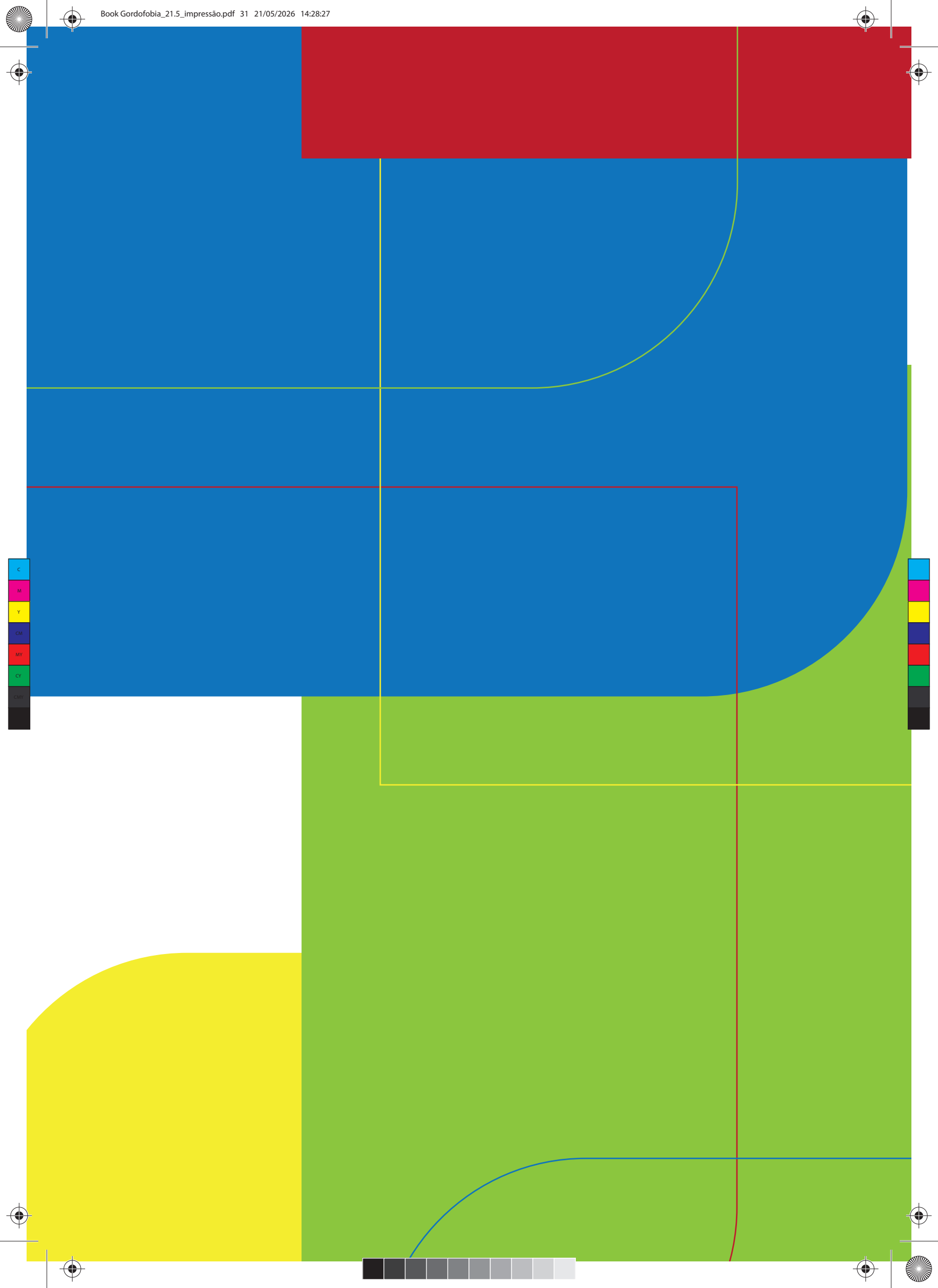


tivas importantes, perpetuando uma visão transparente e opressora dos corpos na sociedade. Atualmente, movimentos emergentes na mídia estão começando a desafiar esses padrões, promovendo uma representação mais inclusiva e positiva dos corpos diversos (Vartanian; Dey, 2013). Desse modo, promove-se uma representatividade mais inclusiva que reconheça a diversidade corporal e desafie os preconceitos enraizados, a fim de construir uma mídia que reflita e respeite todas as pessoas (Brewis, 2014; Pausé, 2017).

Essa visão depreciativa do corpo gordo ainda se faz presente nas coberturas jornalísticas, nas quais se percebem narrativas sensacionalistas e estigmatizantes que reforçam estereótipos negativos sobre pessoas gordas (Puhl; Heuer, 2010). Vale destacar que a gordofobia também se manifesta por meio de comentários e interações

nas redes sociais. Esses comentários refletem tanto o potencial de engajamento positivo quanto os perigos da comunicação anônima e instantânea. Por um lado, eles podem ser ferramentas poderosas para o diálogo, o apoio mútuo e a disseminação de informações. No entanto, o ambiente de anonimato, a falta de responsabilidade e de punição para interações desrespeitosas nas redes resultam em discursos de ódio, bullying e reforço de estigmas, especialmente contra grupos marginalizados. Para melhor exemplificar, trazemos exemplos de 3 matérias veiculadas em meios digitais de comunicação que escancaram a violência da gordofobia praticada pela sociedade nesses espaços a partir dos comentários feitos nas postagens:

Título da matéria	Comentários
“Jovem morre em hospital enquanto esperava por maca para obesos; MP investiga” (matéria veiculada em 06/01/2023)	“Obesidade é doença. Falta de equipamento não é e nunca foi gordofobia?”. “Por mim a pessoa pode pesar 600kg se ela quiser. Só não venha chorar quando não conseguir subir em um ônibus, não caber na poltrona de um avião, ou quando o coração falhar não acharem uma maca forte o suficiente para lhe socorrer (..)” “É mais fácil incentivar práticas saudáveis do que forçar a sociedade a aceitar que ser obeso é normal (..) Mais uma vez muito sensacionalismo e tentativa de forçar a aceitação do que não é saudável(..)” “Continuem romantizando a obesidade!!! O rapaz morreu jovem, e teve sua dignidade retirada até na hora de ser sepultado! Obesidade não é bonito, não é saudável, e as pessoas ficam levantando bandeiras para aceitar corpos gordos. Esse é o resultado” “Cara, os cara não cabe nos equipamentos feitos para humanos, e não entendem que precisam perder peso”
“Comissão de Infraestrutura aprova reserva de assentos para pessoas com obesidade mórbida” (matéria veiculada em 29/06/2024)	“Era só o que faltava, dar preferência para quem não se cuida. Estamos invertendo os valores...” “Ah pelo amor de Deus, os caras não conseguem parar de comer coxinha com coca-cola e agora eu vou ter que pagar passagem mais cara por eles?” “Em vez de incentivar saúde, incentivam o oposto (...)” “O custo será repassado aos outros. Se é obeso, emagreça”. “Vai emagrecer; oras; agora a obesidade sendo romantizada e incentivada a custos dos bolsos alheios”.
“Passageira com obesidade fica presa em roleta de ônibus por mais de 2 horas Ela pediu para entrar pela porta de trás, mas o motorista se recusou, alegando ordens da empresa. (matéria veiculada em 01/07/2024)	“Vê se agora depois dessa tragédia, passa a comer menos e vai caminhar”. “Come mais que passa”. “Processar a empresa não vai fazer ela emagrecer_ E processar a empresa pq? Ela não tem culpa da mulher parecer a Thais Carla”. “É só tomar vergonha e emagrecer que isso não acontece”.



3

**COMO PODEMOS SUPERAR ESSA REALIDADE?
PAPEL DOS PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

Nesta seção, apresentamos algumas recomendações para superar a gordofobia e o estigma do peso no cuidado às pessoas no contexto do SUS.

A gordofobia e o estigma do peso não podem ser tolerados

Como profissionais de saúde, temos a responsabilidade de reconhecer as práticas gordofóbicas e estigmatizantes, bem como os impactos dessas opressões na vida das pessoas gordas e construir estratégias para sua superação. Precisamos reconhecer essas questões como injustiças sociais.

É importante trabalhar pela inclusão, respeito e dignidade de todas as pessoas, independentemente do tamanho de seus corpos.

Adotar uma abordagem ampla, multidisciplinar e dialética sobre a obesidade

Reconhecer a obesidade como um fenômeno social complexo, influenciado por fatores biológicos, econômicos, culturais, políticos e ambientais. Refutar a explicação da obesidade como apenas um desequilíbrio no balanço energético (isto é, ingerir mais energia do que se gasta), que pode ser facilmente revertido com dietas restritivas e atividade física.

Evitar a imposição de um único paradigma epistemológico. Considerar as diferentes perspectivas e contextos, para construir um modelo de atenção à saúde que acolha a diversidade, a complexidade vividas e seja capaz de ofertar o cuidado integral e respeitoso à todos.



Não patologizar os corpos gordos, nem culpabilizar as pessoas pelo tamanho de seus corpos

Adotar e promover uma compreensão mais inclusiva e respeitosa dos corpos dos indivíduos, ficando atento a atitudes e linguagem estigmatizantes sobre corpos maiores.

Utilizar recomendações que reconheçam que a obesidade não é uma questão de escolha ou responsabilidade pessoal, uma vez que é determinada por fatores múltiplos e que não tem relação com a força de vontade e/ou disciplina

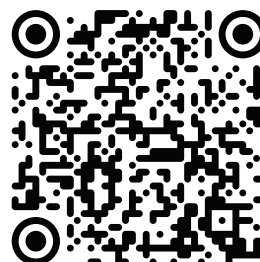
Respeito às subjetividades vividas pelas pessoas gordas

Reconhecer e valorizar suas experiências únicas e individuais. Isso envolve legitimar suas narrativas e criar espaços seguros para que possam expressar suas vivências sem medo de julgamento. Essa abordagem é essencial para construir uma sociedade mais inclusiva e empática, em que as vozes das pessoas gordas sejam respeitadas e valorizadas.

A empatia e o respeito são fundamentais na construção de estratégias de comunicação e cuidado que priorizem o bem-estar das pessoas com obesidade, reconhecendo e respeitando suas histórias e necessidades.

Os serviços de saúde precisam ser espaços em as pessoas gordas sejam acolhidas e ouvidas ativamente, tendo suas demandas específicas priorizadas. Os profissionais de saúde precisam estar preparados tecnicamente para que o cuidado seja integral, para além do peso, contribuindo para a inclusão dos corpos gordos e humanização do cuidado, rechaçando o estigma do peso dentro do ambiente de saúde.

Assista ao mini documentário sobre a Gordofobia e o Estigma do peso, produzido pelo Ministério da Saúde.



Aponte a câmera ou clique aqui para assistir.

O espaço de cuidado deve acolher todos os corpos

É essencial que os serviços de saúde invistam em equipamentos adequados para corpos de todos os tamanhos e que treinem suas equipes para usá-los corretamente.

O ambiente deve ser amplo para a adequada circulação dos usuários e profissionais, bem como devem ter rampas de acesso e mobiliário que seja capaz de acomodar corpos maiores com segurança e conforto.

Devem dispor de equipamentos que sejam projetados para acomodar pessoas gordas, tais como: balanças adequadas (com capacidade superior a 200kg), estadiômetro, fita métrica, esfigmomanômetro com braçadeiras maiores, equipamentos de transporte, macas e cadeiras adequadas (Brasil, 2020).

Estes equipamentos devem estar prontamente disponíveis para qualquer atendimento, sem que seja necessária uma solicitação específica. Caso não seja possível, o profissional deve buscar acesso aos equipamentos sem constranger a pessoa.

A rede assistencial deve dispor de dispositivos de apoio diagnóstico, como tomógrafos, aparelhos de ressonância magnética, entre outros, que acomodem adequadamente os corpos maiores.

No tocante aos profissionais de saúde, destaca-se a necessidade de se revisitar a forma como têm pensado, percebido e conduzido suas práticas de cuidado no contexto da obesidade. Repensar a formação dos profissionais de saúde é crucial para combater a gordofobia e promover um atendimento mais inclusivo e respeitoso. Um passo importante para a redução da gordofobia é reconhecer e superar seus próprios vieses, dores e preconceitos. É necessário que os profissionais se motivem e engajem em ações de educação permanente em saúde para que os espaços de cuidado em saúde não sejam reprodutores de violências (Scagliusi, 2021). A qualificação da equipe multiprofissional é crucial para evitar que essas práticas resultem em objetificação dos pacientes, promovendo, em vez disso, um cuidado baseado em respeito, empatia e conexão humana (Waldow; Borges, 2008). Existem evidências

científicas claras que nos convidam a modificar a narrativa sobre a obesidade, bem como as práticas de cuidado (Rubino *et al.*, 2020).

O cuidado de pessoas com obesidade é desafiador devido à complexidade dos determinantes sociais da saúde e ao estigma do peso, frequentemente abordado sob uma perspectiva biomédica, o que reforça práticas de controle e correção corporal (Gracia-Arnaiz, 2013; Paim; Kovalski, 2020; Puhl *et al.*, 2020; Rubino *et al.*, 2020; Scagliusi, 2021). Nesse contexto, destaca-se a importância de que as práticas de cuidado sejam focadas no indivíduo e na sua saúde e não apenas na redução de seu peso corporal. A Figura 4 apresenta alguns elementos do cuidado com foco na saúde, e a Figura 5, algumas orientações para uma abordagem não estigmatizante pelo profissional de saúde.

Figura 4 — Elementos do cuidado com foco na saúde



Fonte: elaborada pelas autoras.

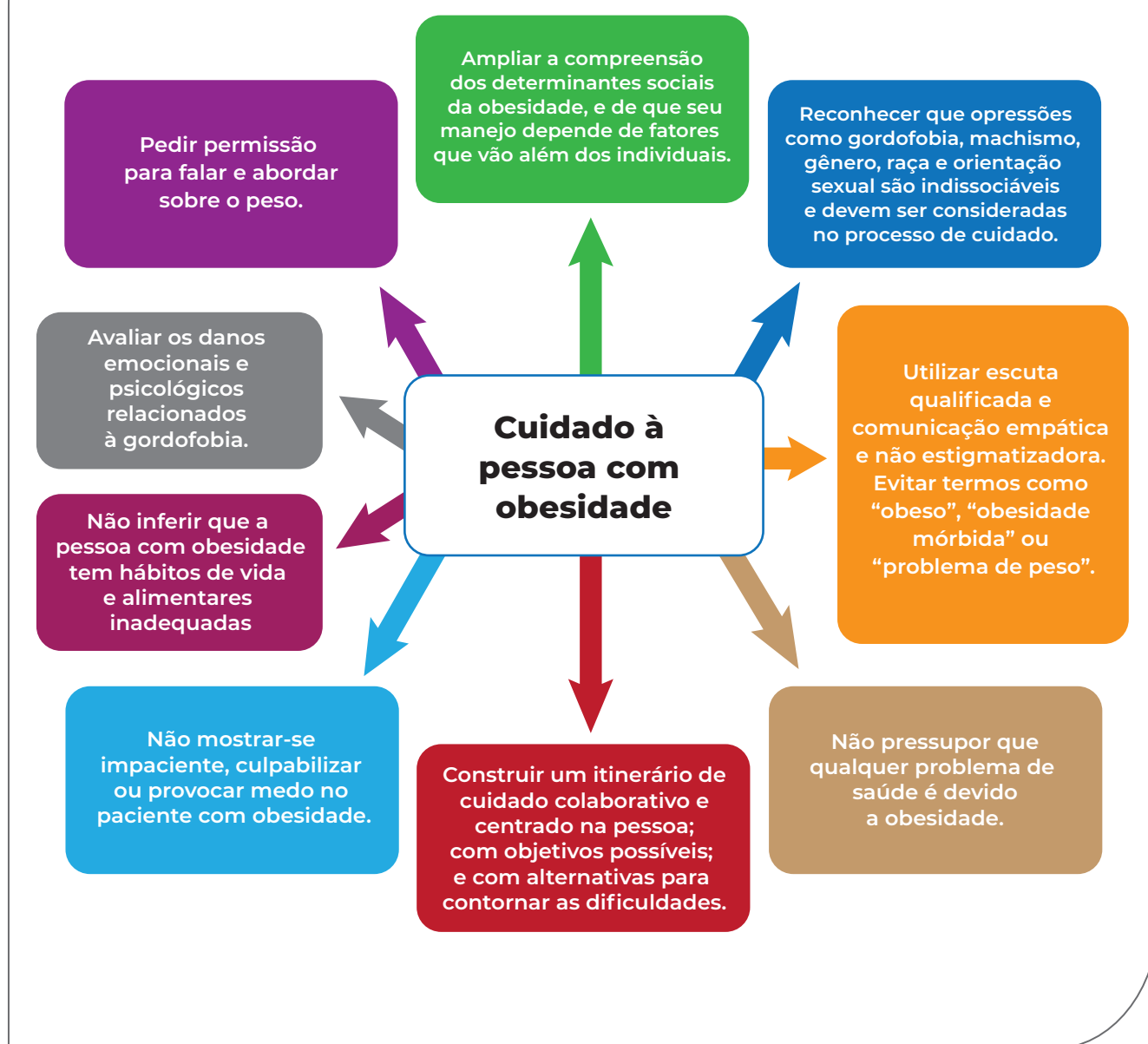
É crucial que os profissionais de saúde adotem uma perspectiva mais inclusiva, reconhecendo que a saúde não deve ser definida apenas pelo peso corporal ou pelas práticas alimentares e de atividade física. Valorizar a aceitação corporal se faz importante, uma vez que aceitar a própria imagem corporal e respeitar a diversidade dos corpos alheios ajuda a reduzir o estigma e a discriminação associados ao peso. A aceitação corporal encoraja uma visão mais positiva e abrangente da saúde, focando em comportamentos saudáveis e bem-estar geral, em vez de se fixar apenas na perda de peso ou na conformidade com padrões estéticos específicos. Romper com essas práticas opressoras é essencial para desenvolver uma abordagem de cuidado que respeite a individualidade da pessoa e combata o preconceito (Sutin; Terracciano, 2013; Tomiyama *et al.*, 2018; Albury *et al.*, 2020).

Caso a pessoa esteja em busca de tratamento para a perda de peso, cabe aos profissionais de saúde conhecer a rede assistencial e as diversas estratégias de cuidado disponíveis para construir o planejamento terapêutico mais adequado. É importante lembrar que não há uma solução única para todos; as pessoas podem precisar experimentar diferentes intervenções para encontrar o que funciona melhor para elas. Embora a perda de peso possa ser o desejo inicial, a manutenção do peso e o gerenciamento da progressão da obesidade também são conquistas importantes. As pessoas devem ser encorajadas a persistirem na manutenção de hábitos de vida mais saudáveis e a buscarem novas estratégias se as tentativas iniciais não forem bem-sucedidas. Lembre-se que a culpabilização e o estigma não são estímulos para a adesão ao tratamento (Albury *et al.*, 2020).



Aspectos importantes que devem ser considerados na avaliação do peso corporal	
Solicite consentimento para pesar e explique a necessidade de realização da medida.	Explique a finalidade da pesagem, destacando a importância de consentimento. Deixe claro que a pesagem faz parte de uma avaliação mais ampla da saúde. Exemplo: "Posso medir seu peso para acompanharmos sua saúde? Se não se sentir confortável, podemos discutir alternativas."
Garanta privacidade e discrição durante a pesagem	Realize a pesagem em um ambiente privado para evitar constrangimento. A balança deve estar em um local reservado e a privacidade do paciente deve ser garantida. Ofereça ao paciente a opção de não ver o valor exibido na balança. Pergunte: "Você gostaria de ver o número durante a pesagem?"
Respeite a recusa em se pesar e ofereça alternativas de acompanhamento	Se o paciente não desejar ser pesado, respeite sua decisão e ofereça outras alternativas para acompanhar a saúde. Por exemplo: "Podemos utilizar outras formas de avaliação, como medir sua pressão arterial, avaliar os níveis de glicose ou colesterol, verificar a frequência cardíaca, ou ainda monitorar indicadores como a qualidade do sono, a prática de atividade física e o comportamento alimentar".
Evite enfatizar o peso como principal indicador de saúde	Inclua a pesagem como parte de uma avaliação mais ampla da saúde, considerando outros indicadores, como exames laboratoriais, sinais vitais e hábitos de vida. Evitando um foco exclusivo nele. Exemplo: "O peso faz parte de vários aspectos que observamos para avaliar sua saúde, mas não é o único." "A perda de peso não é o único marcador de sucesso do seu tratamento".
Evite comentários sobre o peso	Não faça comentários ou julgamentos sobre o peso, sejam eles positivos ou negativos. Evite dizer afirmações como: "Parabéns por perder peso" ou "Que pena que você não perdeu peso". Foque em aspectos de saúde mais amplos.
Normalizar a diversidade e valorizar a aceitação corporal	Promova uma visão positiva e inclusiva sobre a diversidade corporal, enfatizando que saúde não se resume ao peso. Por exemplo: "Não existe 'corpo perfeito', existe o corpo que você tem e este corpo precisa ser valorizado".
Treinamento de Profissionais de Saúde	Todos os profissionais que realizam as ações de VAN (pesar, medir e aplicar o marcador de consumo alimentar), devem receber treinamento para evitar atitudes estigmatizantes e promover uma prática acolhedora e respeitosa. Aborde este tema nas agendas de educação permanente, discussão de caso e reuniões de equipe.

Figura 5 – Orientações para uma abordagem não estigmatizante no cuidado à pessoa com obesidade



Fonte: elaborado pelas autoras, com base em: Albury *et al.*, 2020; Knopf, 2018; Puhl; Himmelstein, 2018; Scagliusi, 2021.

Reconhecer que a gordofobia existe e precisa ser enfrentada é essencial, pois a negação e naturalização dessa opressão contribui para a sua perpetuação. A luta contra a gordofobia não deve ser uma pauta exclusiva de um grupo formado por aqueles diretamente afetados, mas um compromisso de todo e qualquer cidadão. Trazer esse debate para dentro das equipes de saúde e colocar essa questão como pauta na construção das estratégias de

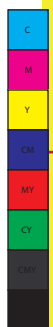
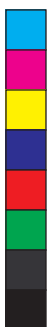
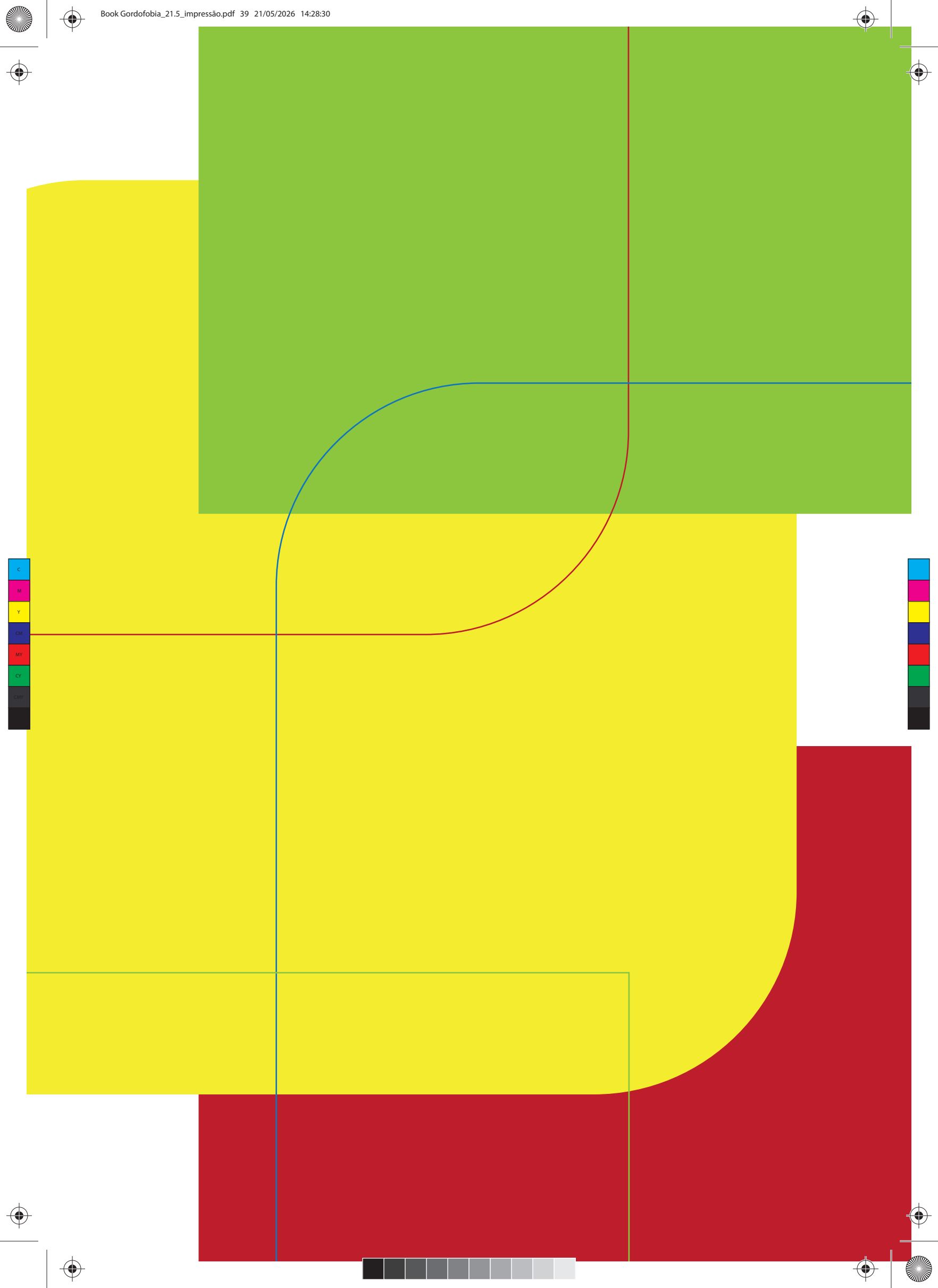
cuidado podem ser os pontapés para a implantação de uma cultura mais inclusiva e respeitosa no SUS. Esses elementos são fundamentais para desenvolver práticas de cuidado integradas e efetivas para todos os corpos. Lembre-se que a obesidade não causa o estigma e a gordofobia; quem causa essas opressões são as pessoas que estigmatizam umas às outras e colocam o peso corporal como um mote para essa opressão.



Se estigma do peso e a gordofobia não fossem tão presentes na sociedade, as pessoas teriam melhores condições de saúde e de bem-estar, independente do seu peso.

Pense nisso!







.....

REFERÊNCIAS

ALBURY, C. *et al.* The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, [s. l.], v. 8, n. 5, p. 447-455, 1 maio 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA; ABESO. **Posicionamento sobre o tratamento nutricional do sobrepeso e da obesidade**. [s. l.: s. n.], 2022.

BATTERHAM, R. L. Weight stigma in healthcare settings is detrimental to health and must be eradicated. **Nature Reviews Endocrinology**, [s. l.], v. 18, n. 7, p. 387-388, jul. 2022.

BRANDÃO, A. L. *et al.* Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 44, n. 126, p. 678-693, set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: MS, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/g-m/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 28 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**: seção 1, Brasília, DF, n. 55, p. 89-90, 20 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. **Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**: manual instrutivo. Brasília, DF: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Cenário da obesidade no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-07.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2024.

BRAY, G. A. *et al.* Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. **Obesity Reviews**, [s. l.], v. 18, n. 7, p. 715-723, jul. 2017.

BREWIS, A. A. Stigma and the perpetuation of obesity. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 118, p. 152-158, out. 2014.

BURLANDY, L. *et al.* Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, n. 3, e00093419, 2020.

CARVAJAL-ALDAZ, D.; CUCALON, G.; ORDONEZ, C. Food insecurity as a risk factor for obesity: A review. **Frontiers in Nutrition**, [s. l.], v. 9, p. 1012734, 26 set. 2022.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2020.

CORI, G. D. C.; PETTY, M. L. B.; ALVARENGA, M. D. S. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 565-576, fev. 2015.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002.

DA SILVA, N. G.; DA SILVA, J. Aspectos Psicossociais Relacionados à Imagem Corporal de Pessoas com Excesso de Peso. **Revista Subjetividades**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 1, 11 maio 2019.

DAVID-BENZ, H. *et al.* **Estrutura conceitual e método para avaliação nacional e territorial dos sistemas alimentares**. [s. l.]: FAO: CIRAD: European Union, 2022. Disponível em: <http://www.fao.org/documents/card/en/c/cb8603pt>. Acesso em: 17 out. 2024.

DIMITROV ULIAN, M. *et al.* Weight stigma after bariatric surgery: a qualitative study with Brazilian women. **Plos One**, [s. l.], v. 18, n. 7, e0287822, 27 Jul. 2023.

EMMER, C.; BOSNJAK, M.; MATA, J. The association between weight stigma and mental health: a meta-analysis. **Obesity Reviews**, [s. l.], v. 21, n. 1, e12935, Jan. 2020.

EPSTEIN, L. H. *et al.* A psychobioecological model to understand the income-food insecurity-obesity relationship. **Appetite**, [s. l.], v. 196, p. 107275, May 2024.

FANTON, M. *et al.* Direct and indirect associations of experience of racial discrimination, dietary patterns and obesity in



adults from southern Brazil. **Public Health Nutrition**, [s. l.], v. 27, n. 1, e60, 2024.

FERRANTE, J. M. *et al.* Impact of perceived weight stigma among underserved women on doctor–patient relationships. **Obesity Science & Practice**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 128-135, jun. 2016.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Obesidade e consumo das famílias brasileiras**: diagnóstico e implicações para políticas públicas. [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: https://eesp.fgv.br/sites/eesp.fgv.br/files/relatoriofinal_e-ditado_projeto_obesidade.pdf. Acesso em: 17 out. 2024

GAILEY, J. A. The Violence of Fat Hatred in the “Obesity Epidemic” Discourse. **Humanity & Society**, [s. l.], v. 46, n. 2, p. 359-380, May 2022.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano**. [S. l.]: Companhia das Letras, 2020.

GRABE, S.; WARD, L. M.; HYDE, J. S. The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. **Psychological Bulletin**, [s. l.], v. 134, n. 3, p. 460-476, 2008.

JIMENEZ JIMENEZ, M. L. *et al.* Possibilidades em Pesquisa Gorda: Estratégias de (Re)existências na Produção de Saberes Fora do Eixo. **Fermentario**, [s. l.], v. 16, n. 1, 30 dez. 2022. Disponível em: <https://ojs.fhce.edu.uy/index.php/fermen/article/-view/1524>. Acesso em: 17 out. 2024.

KATARIA, I. *et al.* Weight stigma among adolescents in three low- and middle-income countries. **Journal of Global Health**, [s. l.], v. 12, p. 04098, 16 Dec. 2022.

KRIEGER, N. Measures of Racism, Sexism, Heterosexism, and Gender Binarism for Health Equity Research: From Structural Injustice to Embodied Harm—An Ecosocial Analysis. **Annual Review of Public Health**, [s. l.], v. 41, n. 1, p. 37-62, 2 Apr. 2020.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 5. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.

LEE, J. A.; PAUSÉ, C. J. Stigma in Practice: Barriers to Health for Fat Women. **Frontiers in Psychology**, [s. l.], v. 7, 30 Dec. 2016. Disponível em: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2016.02063/full>. Acesso em: 18 out. 2024.

LEVINE, M. P.; MURNEN, S. K. Everybody Knows That Mass Media are/are not [pick one] a Cause of Eating Disorders: a Critical Review of Evidence for a Causal Link Between Media, Negative Body Image, and Disordered Eating in Females. **Journal of Social and Clinical Psychology**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 9-42, Jan. 2009.

LOPES, M. S. *et al.* Is the management of obesity in primary health care appropriate in Brazil? **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 37, e00051620, 2021. Suppl. 1.

MACHADO, A. V. *et al.* Racial discrimination predicts the increase in body weight and BMI in Black individuals from ELSA-Brasil cohort. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 6, p. 1655-1662, Jun. 2023.

MACHADO, A. V. *et al.* Racial inequality, racial discrimination and obesity incidence in adults from the ELSA-Brasil cohort. **Journal of Epidemiology and Community Health**, [s. l.], v. 75, n. 7, p. 695-701, Jul. 2021.

MAGALHÃES, L. M. *et al.* Deslocamentos, desenlaces e tessituras no cuidado em alimentação e nutrição: análise de uma publicação oficial brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. suppl 3, p. 4885-4894, out. 2021.

MEHL, K. R. The medical model of “obesity” and the values behind the guise of health. **Synthese**, [s. l.], v. 201, n. 6, p. 215, 10 Jun. 2023.

MENDES, E. V. Entrevista: a abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 431–436, fev. 2018.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MONTEIRO, E. L. de F. **Adaptação transcultural, validação de conteúdo complementar e avaliação das propriedades métricas da ferramenta Edmonton Obesity Staging System (EOSS)**: versão para o português brasileiro. 2024. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2024.

NICOLAU, J. *et al.* Effects of weight stigma on BMI and inflammatory markers among people living with obesity. **Physiology & Behavior**, [s. l.], v. 262, p. 114088, Apr. 2023.

OBARA, A. A.; VIVOLO, S. R. G. F.; ALVARENGA, M. D. S. Preconceito relacionado ao peso na conduta nutricional: um estudo com estudantes de nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 8, 20 ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000805008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 out. 2024.

OLATEJU, I. V. *et al.* A systematic review on the effectiveness of diet and exercise in the management of obesity. **Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 102759, Apr. 2023.

OLIVEIRA, A. P. D. *et al.* OS “Pesos” de ser obeso: traços fascistas no ideário de saúde contemporâneo. **Movimento (ESEFI-D/UFRGS)**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 99, 20 out. 2012.



PAIM, M. B. Os corpos gordos merecem ser vividos. **Revista Estudos Feministas**, [s. l.], v. 27, n. 1, e56453, 2019.

PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 29, n. 1, e190227, 2020.

PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F.; SELAU, B. L. Compreendendo o termo gordofobia médica a partir da perspectiva de pessoas gordas. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 33, n. 1, e220842pt, 2024.

PAPADOPOULOS, S.; BRENNAN, L. Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review. **Obesity**, [s. l.], v. 23, n. 9, p. 1743-1760, Sep. 2015.

PAUSÉ, C. Borderline: The Ethics of Fat Stigma in Public Health. **Journal of Law, Medicine & Ethics**, [s. l.], v. 45, n. 4, p. 510-517, 2017.

PEARL, R. L.; PUHL, R. M. The distinct effects of internalizing weight bias: An experimental study. **Body Image**, [s. l.], v. 17, p. 38-42, jun. 2016.

PIÑEYRO, M. **Stop Gordofobia y las panzas subversas**. Málaga: Zambra y Baladre, 2016.

POULAIN, J. P. **Sociologia da obesidade**. São Paulo: Editora Senac, 2013.

PUHL, R. M. *et al.* International comparisons of weight stigma: addressing a void in the field. **International Journal of Obesity**, [s. l.], v. 45, n. 9, p. 1976-1985, Sep. 2021.

PUHL, R. M. Weight stigma, policy initiatives, and harnessing social media to elevate activism. **Body Image**, [s. l.], v. 40, p. 131-137, Mar. 2022.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 100, n. 6, p. 1019-1028, Jun. 2010a.

RATHBONE, J. A. *et al.* How conceptualizing obesity as a disease affects beliefs about weight, and associated weight stigma and clinical decision-making in health care. **British Journal of Health Psychology**, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 291-305, May 2023.

REIS, E. C. D. *et al.* Características de adultos com obesidade grave em tratamento ambulatorial no Rio de Janeiro e fatores associados à perda de peso. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], 27 Jun. 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2022005014202&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2024.

REZENDE, F. A. C. *et al.* Aplicabilidade do índice de massa corporal na avaliação da gordura corporal. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 90-94, abr. 2010.

ROBERTO, C. A. *et al.* Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. **The Lancet**, [s. l.], v. 385, n. 9985, p. 2400-2409, jun. 2015.

RODRIGUES, L. S.; MIRANDA, N. G.; CABRINI, D. Obesidade e interseccionalidade: análise crítica de narrativas no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil (2004-2021). **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 39, n. 7, e00240322, 2023.

ROSLINDO PARANHOS, W.; JIMENEZ-JIMENEZ, M. L. "Por uma escola gorda!": difrações a partir do ativismo e estudos do corpo gordo. **Revista Teias**, [s. l.], v. 24, n. 75, p. 150-165, 4 dez. 2023.

RUBINO, F. *et al.* Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nature Medicine**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 485-497, Apr. 2020.

SCAGLIUSI, F. B. **Estigma relacionado ao peso corporal**: da compreensão teórica à mudança no cuidado em saúde. 2021. Tese (livre-docência) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2021.

SHARMA, A. M.; KUSHNER, R. F. A proposed clinical staging system for obesity. **International Journal of Obesity**, [s. l.], v. 33, n. 3, p. 289-295, Mar. 2009.

SIQUEIRA, B. B. *et al.* Weight stigma and health – Repercussions on the health of adolescents and adults: integrative review of the literature. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s. l.], v. 70, n. 2, p. 162-178, Apr. 2021.

SMITH, G. I.; MITTENDORFER, B.; KLEIN, S. Metabolically healthy obesity: facts and fantasies. **Journal of Clinical Investigation**, [s. l.], v. 129, n. 10, p. 3978-3989, 16 Sep. 2019.

SUTIN, A. R.; TERRACCIANO, A. Perceived Weight Discrimination and Obesity. **PLoS One**, [s. l.], v. 8, n. 7, e70048, 24 Jul. 2013.

SWINBURN, B. A. *et al.* The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**, [s. l.], v. 393, n. 10173, p. 791-846, Feb. 2019.

TALUMAA, B. *et al.* Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. **Obesity Reviews**, [s. l.], v. 23, n. 10, e13494, Oct. 2022.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 585-597, set. 2005.

TOMIYAMA, A. J. *et al.* How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health. **BMC Medicine**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 123, Dec. 2018.

TOMIYAMA, A. J. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. **Appetite**, [s. l.], v. 82, p. 8-15, Nov. 2014.

VARTANIAN, L. R.; DEY, S. Self-concept clarity, thin-ideal internalization, and appearance-related social comparison as predictors of body dissatisfaction. **Body Image**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 495-500, Set. 2013.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto & Contexto – Enfermagem**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 82-88, mar. 2005.

WERNECK, J.; LOPES, F. **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília, DF: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. **WHO Technical Report Series**, Geneva, n. 894, p. 253-253, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Acceleration Plan to Stop Obesity**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-acceleration-plan-to-stop-obesity>. Acesso em: 28 fev. 2024.

WORLD OBESITY FEDERATION. **Atlas Mundial da Obesidade 2024**.: Tradução: Instituto Cordial. [S. l.], 2024. Disponível em: <https://lp2.institutocordial.com.br/pbo-196-atlas-24>. Acesso em: 28 fev. 2024.

WU, Y.; BERRY, D. C. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, [s. l.], v. 74, n. 5, p. 1030-1042, May 2018.



SUGESTÃO DE BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: MS, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)**. Brasília, DF: MS, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 51/2024-CGAN/DEPPROS/SAPS/MS**. Apresenta as regras de uso da Triagem para risco de insegurança alimentar. Brasília, DF: MS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-51-2024-cgan-deppros-saps-ms.pdf/view>. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: MS, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: MS, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Manual instrutivo**: implementando o guia alimentar para a população brasileira em equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manal_instrutivo_guia_alimentar_pop_brasileira.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição**: material de apoio para profissionais de saúde. Brasília, DF: MS, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desmistificando_duvidas_sobre_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Instrutivo**: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Brasília, DF: MS, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/promocao-da-saude/guias-alimentares/publicacoes/instrutivo_metodologia_trabalho_nutricao_ab.pdf/view. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/material_teorico_suporte_manejo_obesidade_sus.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS**. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_abordagem_coletiva.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Instrutivo para manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde**: caderno de atividades educativas. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_manejo_obesidade.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Instrutivo de Abordagem Individual para o manejo da obesidade no SUS**. Brasília, DF: MS, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_abordagem_manejo_obesidade_sus.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.



Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.