

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Estigma relacionado ao peso corporal: da compreensão
teórica à mudança no cuidado em saúde**

Fernanda Baeza Scagliusi

Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública
para concorrer ao título de livre-docente

São Paulo

2021

Estigma relacionado ao peso corporal: da compreensão teórica à mudança no cuidado em saúde

Fernanda Baeza Scagliusi

Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública
para concorrer ao título de livre-docente

São Paulo

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dedicatória

À minha mãe. A maior alegria da minha vida é saber que sempre fui e sempre serei sua filha. Você inspirou e apoiou todos os meus sonhos na Universidade de São Paulo, inclusive este.

Ao meu noivo e companheiro Vinicius. Seu amor me impulsiona, me faz crescer, amadurecer e evoluir. Aqui também estamos juntos.

À querida amiga e musa Fran Demétrio (*in memoriam*), a acadêmica mais revolucionária, e (trans)formadora que já conheci. Por tudo que compartilhamos, por tudo que ainda iríamos compartilhar e por tudo que, de alguma forma, ainda compartilharemos.

Agradecimentos

Tenho muitas pessoas a agradecer. Algumas estiveram diretamente envolvidas nesta tese e no memorial, outras em minha jornada acadêmica e há aquelas que eu nem sei o que eu seria sem elas. Minha gratidão maior é por saber, então, que “eu não ando só” (Bethânia).

Ao meu irmão Ramiro Fernandez Unsain (Scagliusi). Obrigada por ser a junção única e extraordinária de sabedoria, inteligência, sagacidade, lealdade, generosidade e humor. Obrigada por todas as correções nesta tese e pela nossa (co)laboração tão harmoniosa nos protocolos. Obrigada por ser o melhor orientador que eu poderia sonhar. Esta tese não existiria sem você na minha vida.

À minha querida amiga Mariana Dimitrov Ulian. Obrigada pela nossa parceria, que é tão fértil em suas produções, porém mais ainda em nossas trocas, confidências e risadas. Juntas superamos nossos limites. Obrigada pela nossa (co)laboração árdua e dedicada na revisão sistemática e pela sua correção atenta e generosa do texto. Obrigada por ser um fundamento na minha vida, isto é, uma constante com quem sempre posso contar. E deixo um agradecimento especial por você ter me guiado para esta linha de pesquisa, na qual me (re)encontro.

À minha querida amiga Patrícia Jaime. Obrigada pela amizade tão carinhosa e pela oportunidade de participar, pela primeira vez, em um estudo voltado ao Sistema Único de Saúde, pensando na vida e na saúde de milhões de brasileiros/as.

À minha alma gêmea, Priscila de Moraes Sato. Como posso te agradecer por uma vida construída juntas? Obrigada por ter sempre vindo e construído comigo – AMBULIM, UNIFESP e USP, pela parceria eletrizante, pela amizade leve e profunda. Não concebo minha vida sem você.

Aos meus pais, com todo amor desse mundo. Escrevo esse agradecimento a vocês emocionada. Obrigada por acreditarem tanto em mim e me apoiarem tanto. E, acima de tudo, pelo exemplo de ver duas pessoas tão unicamente maravilhosas, que vivem com garra uma vida plena e um amor tão cúmplice.

Ao meu noivo e companheiro Vinicius Domingos de Moura. Você mudou tudo. Você esteve do meu lado o tempo todo em que escrevi esta tese, cuidando de mim, me fazendo descansar quando era necessário, me incentivando a ir em frente. Obrigada pela doçura e pelos sonhos que você fez renascer.

À minha grande amiga Maria Regina Carriero. Obrigada pela conexão profunda, dessas que se tem que agradecer, de joelhos, ao *Orum* quando se encontra uma vez na vida. Obrigada pelos dois anos em que você foi meu braço direito no trabalho e por todo seu lindo, dedicado e incansável trabalho no memorial.

À minha querida amiga Bárbara Lourenço (Babi). Hoje tenho a honra de ser sua colega e irmã. Obrigada pelo nosso laço tão forte e por tudo que ainda faremos juntas.

À querida Luana Cordeiro de Oliveira, que diariamente me motiva, me mostra seu coração doce e seu cérebro pulsante. Obrigada pelas contribuições na revisão sistemática e nas referências bibliográficas.

Às admiradas professoras Amber Wutich, Alexandra Brewis e Cindi SturtzSreetharan, que contribuíram com a revisão sistemática a partir de seus olhares críticos e por terem sido tão importantes no meu amadurecimento científico e pessoal.

À querida Betzabeth Slater Villar (Betzy), mulher forte, professora ousada, líder inspiradora e o melhor exemplo de que “hay que endurecerse, pero sin perder la ternura jamás” (Che Guevara, supostamente).

À querida Marly Cardoso, a menina dos olhos de Oxum. Obrigada por ser tanta prosperidade de alegria, generosidade, amizade, oportunidade, trabalho e pesquisa.

Ao parceiro mais parceiro, Wolney Lisbôa Conde. Obrigada por cada conversa, por todas as piadas sarcásticas, e por toda ousadia que você bancou, dizendo era justamente por ser ousado demais, que era necessário fazer.

Ao querido Bruno Gualano, por me estimular com sua genialidade e força de trabalho e me impressionar com seu caráter e sua ética.

Às mais do que queridas Fernanda Sabatini, Mayara Sanay, Nathália Nunes, Thifany Torres e ao mais do que querido Rodrigo Cotrim. Fezinha, obrigada pelos seus olhos brilhantes, sua voz poderosa e a fé sincrética que juntas construímos. May, obrigada pela amizade sincera e por tudo que você me ensinou como mulher feminista. Natty, obrigada pelo seu companheirismo na sala de aula, sua coragem no campo e seus abraços que revigoram. Thif, obrigada pela sua empolgação e seu carinho, sempre tão refrescantes. Rô, obrigada pelo seu afeto, seu sorriso largo e pelo novo que você traz.

À amada Andrea Mele de Mello Peixoto, minha Freud de batom vermelho, obrigada por me ajudar a (re)conhecer, (re)significar e (re)construir. E obrigada pelo afeto que enche minha alma.

À minha afilhada Clarinha e ao meu afilhado Totô. Vocês são a alegria da dinda, meus amores! E às minhas comadres Andrea e Camilla, com muito amor também.

Às funcionárias e aos funcionários da Faculdade de Saúde Pública, com especial carinho e gratidão pela Monica, Maria Carolina, Adriana e Angela e pelo Eduardo e Nelbert.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pela bolsa de produtividade.

“Nunca foi sorte, sempre foi Exu” (Emicida) – agradeço ao grande senhor dos caminhos, Exu, que põe tudo de cabeça para baixo para que tudo possa ficar do jeito certo. Agradeço à senhora e aos senhores da minha cabeça: à Iemanjá, pelo colo; a Ogum, pela força, e a Oxóssi, pela flecha certa. Também agradeço à Nanã, ao Pai Alexandre Meireles, à Mãe Beth da Silva Nascimento (*in memoriam*), à Dona Florinda, ao Seu Sete Sepulturas, ao Senhor Veludo e ao meu padrinho Pão Joaquim. Terminei agradecendo e pedindo a benção do meu padrinho Gabriel Medeiros e da minha madrinha Cristiane Gonçalves. Sem as senhoras e os senhores, eu jamais estaria na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Resumo

Scagliusi FBS. Estigma relacionado ao peso corporal: da compreensão teórica à mudança no cuidado em saúde [Tese de livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2021.

Introdução - O estigma relacionado ao peso corporal é a discriminação moral que as pessoas com sobrepeso e obesidade vivenciam por causa das mensagens sociais negativas associadas aos seus corpos, como preguiça, gula, descontrole, falta de força de vontade, de motivação, de disciplina, de competência, de inteligência e de compromisso, entre outras. A literatura científica, especialmente do Norte Global, apontou que este estigma é crescente e altamente presente entre profissionais de saúde. Todavia, pesquisas nesse campo podem avançar em termos teóricos e em aplicações práticas, investigando tal fenômeno para além do Norte Global e propondo meios para a diminuição da estigmatização no cuidado em saúde. **Objetivos** – 1) Revisar sistematicamente o estigma sentido relacionado ao peso corporal (“*felt weight stigma*”) por pessoas com sobrepeso e obesidade na América Latina, África e Ásia; 2) Revisar os protocolos de oficinas educativas do estudo “Apoio e análise para a implementação das ações na atenção básica da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade nos municípios do Grande ABC paulista”, para eliminar a presença de atitudes potencialmente estigmatizantes nos mesmos e acrescentar práticas e informações que possam contribuir para a diminuição do estigma relacionado ao peso corporal por parte dos/as profissionais de saúde. **Percursos metodológicos** – Para atender o primeiro objetivo, realizamos uma revisão sistemática da literatura seguindo diretrizes consolidadas, com etapas de busca, seleção dos estudos, extração dos dados e avaliação da qualidade. Os estudos foram incluídos se investigaram o estigma sentido relacionado ao peso corporal de crianças, adolescentes, adultos e idosos com sobrepeso ou obesidade, e que viviam na América Latina, África ou Ásia. Para atender o segundo objetivo, construímos uma lista de características dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde da atenção básica que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade e a mesma foi avaliada por especialistas e pessoas leigas com obesidade, por meio do método Delphi. Tendo esta lista como nosso referencial, os protocolos foram revistos, com exclusão de excertos potencialmente estigmatizantes e inclusão de trechos que pudessem reduzir o estigma relacionado ao peso corporal. **Resultados** – Quarenta estudos foram incluídos na revisão sistemática. Eles se focaram

em três eixos: sentindo-se estigmatizado/a; consequências do estigma sentido; apoio às pessoas que vivenciam o estigma sentido, sendo que o último não foi encontrado em estudos africanos. A experiência de estigma sentido pareceu ser comum, e sofrida, entre as três regiões. Atendendo ao segundo objetivo, a lista supracitada compreendeu vinte e cinco itens e foi finalizada com duas rodadas do método Delphi. Foram feitas sessenta e nove revisões nos protocolos visando antecipar situações futuras de estigmatização e preveni-las; e inserindo trechos para combater a estigmatização na prática profissional.

Conclusões: Constatamos a existência do estigma sentido, em relação ao peso corporal, em diferentes populações que viviam na América Latina, África e Ásia, lugares com muitas diferenças e que normalmente não são foco de pesquisas desta área. Construimos também um caminho metodológico para diminuir o potencial estigmatizante que poderá ser utilizado por diversos protocolos voltados para o cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade.

Descritores: Estigma; Obesidade; Sobrepeso; Cuidado em Saúde; Revisão Sistemática; América Latina, África, Ásia.

Abstract

Scagliusi FBS. Weight stigma: from theoretical comprehension to the change in health care [Thesis]. São Paulo: School of Public Health of the University of São Paulo; 2021.

Introduction - Weight stigma is the moral discrimination that people with overweight and obesity experience because of the negative social messages associated with their bodies, such as laziness, gluttony, lack of control, of willpower, of motivation, of discipline, of competence, of intelligence and of commitment, among others. The scientific literature, especially from the Global North, pointed out that this stigma is growing and highly present among health professionals. However, research in this field could advance in theoretical terms and in practical applications, investigating this phenomenon beyond the Global North and proposing ways to reduce stigmatization in health care. **Objectives** – 1) To systematically review the felt weight stigma by people with overweight and obesity in Latin America, Africa and Asia; 2) To review the protocols of educational workshops in the study "Support and analysis for the implementation of actions in the basic care line for overweight and obesity in the cities of the Greater ABC Paulista", to eliminate the presence of potentially stigmatizing attitudes in them and to add practices and information that could contribute to the reduction of weight stigma on the part of health professionals. **Methodological paths** – To meet the first objective, we carried out a systematic literature review following consolidated guidelines, with stages of search, study selection, data extraction and quality assessment. Studies were included if they investigated the felt weight stigma of children, adolescents, adults and elderly with overweight and obesity, living in Latin America, Africa or Asia. To meet the second aim, we built a list of characteristics of health services and practices of health professionals in primary care that reduce the stigmatization of people with obesity and it was evaluated by experts and lay people with obesity, through the Delphi method. Using this list as our reference, the protocols were revised, excluding potentially stigmatizing excerpts and including excerpts that could reduce the stigma related to body weight. **Results** – Forty studies were included in the systematic review. They focused on three axes: feeling stigmatized; consequences of felt stigma; support for people who experience felt stigma, with the latter not being found in African studies. The experience of felt stigma appeared to be common, and painful, across the three regions. Meeting the second objective, the aforementioned list comprised twenty-five items and

was completed with two rounds of the Delphi method. Sixty-nine revisions were made to the protocols in order to anticipate future stigmatization situations and prevent them; and inserting excerpts to combat stigmatization in professional practice. **Conclusions** - We found the existence of felt weight stigma, in different populations living in Latin America, Africa and Asia, places with many differences and which are not normally the focus of research in this area. We also built a methodological path to reduce the stigmatizing potential that could be used by various protocols that aim the health care of people with overweight and obesity.

Keywords: Stigma; Obesity; Overweight; Health Care; Systematic Review; Latin America; Africa; Asia.

Sumário

1. Apresentação	1
PARTE I.....	3
2. Introdução.....	4
2.1. Algumas notas teóricas acerca do estigma	4
3. Revisão de literatura	7
3.1. Pensando processos de estigmatização em pessoas com obesidade ou sobrepeso.....	7
3.2. A encruzilhada dos campos científicos que estudam o estigma relacionado ao peso corporal	20
3.3. A implicação da Saúde Pública nos processos de estigmatização.....	24
3.4. O estigma relacionado ao peso corporal no cuidado à saúde	38
4. Objetivos.....	50
PARTE II.....	51
5. Percurso metodológico	52
5.1. Fontes de dados e Estratégia de busca.....	52
5.2. Seleção dos estudos	53
5.3. Avaliação da qualidade dos estudos	54
6. Resultados.....	56
6.1. Seleção dos estudos	56
6.2. Características dos estudos	57
6.3. Sentindo-se estigmatizado/a	59
6.3.1. Sentindo-se estigmatizado/a na América Latina	59
6.3.2. Sentindo-se estigmatizado/a na África	61
6.3.3. Sentindo-se estigmatizado/a na Ásia	61
6.4. Consequências do estigma sentido	62
6.4.1. Consequências do estigma sentido na América Latina	62
6.4.2. Consequências do estigma sentido na África	64
6.4.3. Consequências do estigma sentido na Ásia	64
6.5. Apoio às pessoas que vivenciam o estigma sentido	65
6.5.1. Apoio às pessoas que vivenciam o estigma sentido na América Latina 65	
6.5.2. Apoio às pessoas que vivenciam o estigma sentido na Ásia	66
6.6. Qualidade dos estudos e risco de vieses	112

7. Discussão.....	121
8. Conclusões.....	128
PARTE III.....	129
9. Percurso metodológico	130
9.1. Introdução.....	130
9.2. Métodos relacionados à revisão dos protocolos	131
10. Resultados.....	133
10.1. Resultados da avaliação pelo método Delphi	133
10.2. Resultados da revisão dos protocolos.....	173
11. Discussão.....	202
11.1. O processo de construção da “Lista de características dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde da atenção primária que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade”	202
11.2. O processo de revisão dos protocolos educativos do estudo “Apoio e análise para a implementação das ações na atenção primária da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade nos municípios do Grande ABC paulista”.....	209
12. Conclusões.....	214
PARTE IV	215
13. Considerações finais.....	216
14. Referências Bibliográficas.....	218

1. Apresentação

Esta tese veio de quatro estímulos. Um deles foi a chance de viver uma nova vida por três meses, como professora visitante na *School of Human Evolution and Social Change*, na *Arizona State University*, em 2018. Lá pude iniciar meus primeiros trabalhos sobre estigma relacionado ao peso corporal, com o apoio intelectual precioso e a amizade das professoras Amber Wutich, Alexandra Brewis e Cindi SturtzSreetharan. Outro incentivo foi a desembocadura do trabalho que o Grupo de Pesquisa em Alimentação e Cultura já produzia sobre os corpos gordos e as obesidades, nos doutorados e pós-doutorados de Priscila Sato, Mariana Dimitrov Ulian, Ramiro Fernandez Unsain e mestrados de Fernanda Sabatini, Luiz Aburad e Isabel Perez. O terceiro veio de uma história singela, mas que ficou no fundo da minha cabeça. Na XII *Reunión de Antropología del Mercosur*, tive a honra de ser apresentada à brilhante antropóloga Ana María Gorosito Kramer, pelo generoso Ramiro Fernandez Unsain. Além do prazer em ouvi-la citando *Monty Python* em seus discursos oficiais, Ramiro me contou que ela sempre procurou literatura antropológica na África, na Ásia e na América Latina, pensando “não é possível que não tenha ninguém de lá pensando nesse mesmo assunto que eu”. Muito antes de qualquer teoria decolonial, Ana María ia além. Aqui, não temos nenhuma pretensão decolonial, mas parte do objetivo dessa tese é uma revisão sistemática do estigma sentido relacionado ao peso corporal (“*felt weight stigma*”) por pessoas com sobrepeso e obesidade na América Latina, África e Ásia. Por fim, o último estímulo veio da admirada colega Patrícia Constant Jaime, que me convidou para participar do estudo “Apoio e análise para a implementação das ações na atenção básica da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade nos municípios do Grande ABC paulista”. O segundo objetivo desta tese é, portanto, revisar os protocolos de oficinas educativas do estudo supramencionado, para eliminar a presença de atitudes potencialmente estigmatizantes nos mesmos e acrescentar práticas e informações que possam contribuir para a diminuição do estigma relacionado ao peso corporal por parte dos profissionais de saúde.

Assim, a tese está organizada em quatro partes. A primeira apresenta a introdução, a revisão de literatura e os objetivos da tese. A segunda consiste nos percursos metodológicos, resultados, discussão e conclusão da revisão sistemática de literatura. A terceira corresponde aos percursos metodológicos, resultados, discussão e conclusão do

trabalho de revisão dos protocolos educativos. A quarta, e última, parte consiste nas considerações finais e nas referências bibliográficas.

Não posso finalizar esta apresentação reconhecendo que estudei na tese o estigma relacionado ao peso corporal a partir do meu privilégio magro (além de muitos outros que sempre vivenciei como uma pessoa de classe média, branca, cisgênero e heterossexual). Meu peso oscila muito, mas no meu peso máximo eu chego apenas até o começo da categoria de sobrepeso. Mesmo assim, como qualquer mulher brasileira, sofro pressão estética pela magreza. Eu me solidarizo e me coloco como aliada das mulheres que de fato sofrem o estigma relacionado ao peso corporal. Porém é possível que meu privilégio limite minha compreensão teórica e minha capacidade analítica.

Finalmente, gostaria de explicar porque escrevi a tese na primeira pessoa do plural. O uso da primeira pessoa rompe com falácias de neutralidade típicas do paradigma positivista. E o plural se dá porque a tese é o fruto de um esforço colaborativo com Mariana Dimitrov Ulian, Ramiro Fernandez Unsain, Luana Cordeiro de Oliveira, Patrícia Constant Jaime, Cindi SturtzSreetharan, Alexandra Brewis e Amber Wutich, a quem presto, novamente meus mais sinceros agradecimentos. Mentos plurais, países plurais, corpos plurais. Precisamos disso.

PARTE I

2. Introdução

2.1. Algumas notas teóricas acerca do estigma

A nível nacional e internacional, e ao longo da história, uma miríade de pesquisadores/as (GOFFMAN, 1983; AINLAY et al., 1986; BECKER e ARNOLD, 1986; LINK e PHELAN, 2001; PUHL e HEUER, 2009; MONTEIRO e VILELA, 2013; ARAÚJO et al., 2015; CAMPOS et al., 2015; BREWIS e WUTICH, 2019; PAIM e KOVALEVSKI, 2020, entre muitos outros) têm se debruçado sobre o estigma como categoria possível de análise para desvendar, descrever e explicar problemas socioculturais, especificamente os relacionados com a discriminação e o preconceito¹.

A palavra estigma provem do vocábulo grego “*stigmatós*”, termo que, na Grécia Antiga, representava uma marca, geralmente de ferro em brasa. Mais tarde foi reapropriada pelo latim a partir do verbo “*stigmatizāre*”, que remete às práticas, na Roma Antiga, nas quais uma marca era impressa na pele de uma pessoa, muitas vezes escravizada, tradicionalmente usando um objeto de ferro ardente (GOFFMAN, 1983). Neste sentido, o estigma está diretamente relacionado com uma mácula que, deve ser reconhecida pelo/a observador/a e pelo/a portador/a como estranha, independentemente de que o/a observador/a também a possua. Assim, e com o reforço da tradição judaico-cristã, cuja tradição mítica constrói corpos maculados, tanto como sinal de santificação como de demonização, o estigma começa a percorrer o caminho de se constituir como muito mais que uma palavra, mas sim como uma ideia que percorrerá diferentes dimensões, entre elas as que remetem aos processos de saúde-doença-cuidado (PARKER, 2012). Neste sentido, o estigma deixa de ser uma marca para se converter em um processo que “marca” pessoas com o objetivo de que seja notada social e negativamente uma

¹ Em filosofia moral tem se definido a discriminação como um tipo de tratamento ou consideração “desvantajosa” (HORTA, 2020). Esta definição é comparativa: uma pessoa não tem que ser magoada para ser discriminada, simplesmente tem que ser tratada “pior” que outras por razões arbitrárias. É, assim, uma relação social que restringe a membros de um grupo privilégios ou oportunidades disponíveis para outro, o que leva à exclusão do indivíduo ou grupos de pessoas agrupadas sob diferentes nomenclaturas (LIPPERT-RASMUSSEN, 2006). A maior parte das pessoas afetadas pela discriminação são indivíduos e/ou grupos pertencentes às denominadas minorias, seja pelo pequeno número de integrantes ou pelo pouco poder de decisão que eles têm ainda, mesmo sendo um número proporcionalmente maior dentro de uma sociedade (CARMICHAEL e WOODS, 2000).

AUESTAD (2015) definiu preconceito como uma “transferência simbólica” ou, em outras palavras, uma transferência de um conteúdo de significado carregado de valor para uma categoria socialmente formada e depois para indivíduos que são levados a pertencer a essa categoria, produzindo uma supergeneralização.

diferenciação do esperado como “normal”. Sob esta perspectiva, o estigma, e o próprio processo de estigmatização, pode ser instaurado não somente a partir de características físicas como também de categorias de diferenciação social. Religião, orientação sexual, gênero, classe, cor de pele, entre outras, se constituem como desagregações que tendem a marcar sujeitos a partir de diferenças construídas, por alguns setores hegemônicos da sociedade, como depreciativas (STAFFORD e SCOTT, 1986). Para além destas (e, muitas vezes, em intersecções com estas, como defendem STOLL e EGNER, 2021 e WHITESEL, 2017), o estigma também se apresenta nos processos pretéritos e atuais que remetem à ocorrência de doenças generalizadas, epidemias e pandemias (DE SIQUEIRA e CARDOSO, 2011; UNSAIN e ROCA, 2020).

Por isso, uma breve história social do estigma atrelada às doenças compreende, pelo menos no que se denomina mundo ocidental, considerar múltiplos processos. Citamos aqui desde a aparição das manchas e úlceras na pele provocadas pela bactéria *Salmonella typhi* durante as Guerras do Peloponeso no Século V a.C. (THUCYDIDES, 2005), passando pelas feridas ocasionadas pela altamente mortal “Peste Negra”, que açoitou a Europa com maior impacto em meados do século XIV, e outras áreas para além da Europa em diferentes momentos (COHN, 2008); até as marcas que perseguiram os/as portadores/as da epidemia global de HIV/AIDS (WHO, 2020) que começou ao final dos anos oitenta do século XX, entre outras. Não menos violentos foram os processos de estigmatização que sofreram os/as assim denominados/as “doentes mentais” e cuja consequência punitiva era o isolamento compulsório e o afastamento dos seus entes queridos, assim como um tratamento que, entre outras intervenções, contemplava a terapia de choque elétrico, que causava uma dor excruciante, além de outras terríveis manifestações corporais e mentais (OVERTON e MEDINA, 2008).

Foi Erving Goffman (GOFFMAN, 1963), sociólogo canadense, quem, na década de 1960, definiu o estigma como o processo em que se imprime uma marca, um sinal ou um atributo altamente desvalorizado, que designa o seu portador como desqualificado ou menos valorizado e o impede da aceitação social. GOFFMAN (1963) reconheceu três desses atributos: 1) a experiência de uma doença mental (ou a imposição do diagnóstico); 2) uma forma de deformidade ou uma diferenciação não desejada socialmente e; 3) a associação a uma determinada raça, crença ou religião (ou a ausência desta). O estigma, enquanto processo, é resultante de interações sociais, nas quais o/a “desviante” é visto como aquele/a que se distancia dos/as outros/as que são, supostamente, “normais”. Uma vez assinalada a característica estigmatizadora, a mesma legitima diversas discriminações

sociais e exclusões (GOFFMAN, 1983). O autor também destacou o fato de que a relação de estigma se estabelece entre um sujeito e um determinado coletivo, que projeta uma série de expectativas com relação a um indivíduo ou grupo de indivíduos (FALK, 2001). A estigmatização dos/as “outros/as” (aqueles alheios/as a si próprio/a) sempre é comparativa e, geralmente, está relacionada com processos de construção de uma superioridade sempre fictícia (GOFFMAN, 1963).

O processo estigmatizante resulta em uma desumanização e se constrói como ameaça, aversão e, em algumas oportunidades, uma possível despersonalização dos/as outros/as, levando-os a ser caracterizados/as de uma maneira estereotipada e cristalizada no tempo e no espaço (GOFFMAN, 1963). Complementarmente, BREWIS e WUTICH (2019) apontaram que o estigma é uma força que arranca o status social, o autovalor e a dignidade de uma pessoa, e a move para fora, para baixo ou para longe da sociedade. Esta força age também enraizando nos indivíduos estigmatizados a humilhação e a vergonha.

LINK e PHELAN (2001), partindo da teorização de GOFFMAN (1963) propuseram que o estigma se manifesta quando quatro elementos específicos convergem: 1) os indivíduos diferenciam e rotulam variações nos coletivos; 2) prevalecem crenças e construções sociais adversas a esses sujeitos rotulados; 3) tais sujeitos são alocados em grupos específicos depreciados que os distanciam de outros coletivos que são hegemônicos, estabelecendo uma diferença “nós”/”outros/as” e, finalmente, 4) tais pessoas rotuladas e agrupadas depreciativamente começam a perder status e sofrer discriminações de diferentes tipos. Observamos que, neste modelo, a estigmatização está relacionada a situações em que se impõe um poder que oprime e subjuga estes grupos. É importante notar que para ocorrer a criação de grupos por parte de diversas culturas é necessário um processo social composto por, basicamente, dois fatores: uma simplificação extrema da diversidade e uma tendência a julgar o que é diferente (LINK e PHELAN, 2001).

Nesse sentido, os processos de estigmatização e a definição do que é ou não é estigmatizante/estigmatizado não se reduzem a uma evidência objetiva, mas sim a complexas relações entre processos atrelados a manifestações físicas em diálogo com aspectos históricos e socioculturais. Na área da saúde, a obesidade e o sobrepeso se mostram especialmente profícuos para pensar o estigma e os processos de estigmatização.

3. Revisão de literatura

3.1. Pensando processos de estigmatização em pessoas com obesidade ou sobrepeso

Ao se debruçar sobre as questões que circundam a obesidade e o estigma, ABU-ODEH (2014) ressaltou a ideia de que existiria um processo no qual os sistemas de poder criam identidades oprimidas para manter em funcionamento um sistema opressivo. Essa ideia parte da base de que um sistema econômico e político desigual precisa de identidades oprimidas para sobreviver. Se elas não aparecem, devem ser criadas. As pessoas com sobrepeso e obesidade², assim como outras “anormais”, sob uma perspectiva Foucaultiana (FOUCAULT, 2013), entrariam nessa lógica. Uma lógica que combina estigma e opressão que, segundo ABU-ODEH (2014), devem ser considerados em conjunto; o resultado produziria “identidades danificadas” (ABU-ODEH, 2014, p. 254). Nesse sentido, a pesquisadora definiu identidade – sob uma perspectiva social – como o resultado de um complicado jogo que oscila entre como o sujeito vê a si mesmo e como os outros o veem. Isto inclui as múltiplas identidades que os sujeitos assumem como as identidades individuais, sociais, políticas, nacionais, raciais, de gênero³ e de sexualidade, entre outras, que estão modeladas historicamente, politicamente, genericamente, entre outros aspectos e de maneira interseccional. As percepções sobre as pessoas com obesidade ou sobrepeso, segundo ABU-ODEH (2014), atravessam as narrativas que as relacionam com as ideias de incompetência moral, preguiça, pouca racionalidade, mínimo autocontrole e pouca disciplina, entre outras. Esses descréditos sociais, implícitos em tais julgamentos morais, são elementos chave para moldar o estigma social sobre a obesidade, como adiantamos acima ao mencionar GOFFMAN (1983).

² A Organização Mundial de Saúde (WHO 2021) define o sobrepeso e a obesidade como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode prejudicar a saúde. Ela classifica o sobrepeso e a obesidade a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), que consiste na razão peso/altura². De acordo com esta entidade, o sobrepeso corresponde ao $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$, enquanto a obesidade corresponde ao $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$. Essa classificação é intensamente criticada, o que será abordado em um subtópico adiante (STOLL e EGNER, 2021).

A maneira como se denomina uma pessoa com alto grau de gordura em seu corpo também é alvo de controvérsias (STOLL e EGNER, 2021). Por ora, entenderemos o sobrepeso e a obesidade como construtos que vão de construções históricas e socioculturais até as classificações epidemiológicas. Também manteremos as denominações usadas originalmente pelos autores (gordos/as, obesos/as, pessoas com obesidade, entre outros) e em nossos escritos originais empregaremos os termos pessoas com sobrepeso e/ou obesidade. Este último ponto também será trabalhado na discussão desta tese.

³ CONNELL (1992) definiu gênero como elementos constituintes das práticas sociais, que são permeados por relações de poder. Usaremos esta definição operativa nesta tese.

BREWIS (2014) definiu o estigma relacionado ao peso corporal – o “fat stigma” ou “weight stigma” – como a “discriminação moral” ou a “morte social” que as pessoas com obesidade e sobrepeso vivenciam por causa das mensagens sociais negativas relacionadas a este corpo. Tais mensagens incluem preguiça, gula, descontrole, falta de força de vontade, de motivação, de disciplina, de competência, de inteligência e de compromisso, entre outras. BREWIS e WUTICH (2019, p. 79) afirmaram que “quando você é gordo/a numa sociedade que odeia a gordura, as balanças não medem apenas o seu peso. Elas medem seu valor. As pessoas veem sua gordura primeiramente e muitas não conseguem olhar além disto”. Por outro lado, cabe ressaltar que o estigma também pode estar atribuído a atitudes reativas de resistência, luta e orgulho (NEVES e MENDONÇA, 2014). Finalmente, é relevante apontar que a obesidade em si não causa o estigma. São sempre pessoas que estigmatizam umas às outras, tendo a gordura como um eixo para este estigma. Assim, “as estruturas sociais que criam e reificam o estigma são poderosas o suficiente para moldar as atitudes, práticas e crenças de diversos atores” (GOLDBERG, 2014, p. 119).

O estigma relacionado ao peso corporal vem sendo pesquisado com profusão sob o olhar das interações sociais a nível geral (PUHL e HEUER, 2009; BREWIS et al., 2011), os meios de comunicação (MALTERUD e ULRIKSEN, 2010), as relações sociais (BREWIS et al., 2011), o espaço social (BREWIS et al., 2016), a quotidianidade dos profissionais da saúde (BROWN, 2007) e as ações na saúde pública (LEWIS et al., 2010), entre outros. O próprio dimensionamento do espaço físico pode materializar o estigma. Temos como um exemplo ilustrativo a dificuldade que as pessoas com sobrepeso e obesidade têm ao viajar de avião (o não caber nas poltronas, o cinto que não é extenso suficiente, o incômodo demonstrado pelo passageiro ao lado, a dificuldade em usar um banheiro tão pequeno, a necessidade de pagar duas passagens – tudo parece feito para lembrar a pessoa constantemente que ela não cabe e, portanto, não pertence, na sociedade) (BREWIS e WUTICH, 2019; OWEN, 2012). Usando as últimas autoras supracitadas, podemos entender que mensagens (físicas e simbólicas) estigmatizantes parecem ser inescapáveis e pervasivas, lembrando as pessoas de que elas deveriam ser magras. E, ao contrário de outras condições estigmatizadas como HIV/AIDS, não há como esconder ou negar o tamanho corporal. BREWIS e WUTICH (2019, p. 113) foram certeiras ao apontar que “nas interações sociais, o corpo é ‘oni-visível’ ”.

DOS SANTOS et al. (2015, p. 772), ao analisarem a falta de capital econômico das mulheres pobres para se encaixarem nos padrões atuais de beleza, escreveram

afirmações que guiam diversos pontos desta tese: “A construção cultural do obeso maligno mostra que a carga de se conviver socialmente com o excesso de peso é substancial e não pode ser desconsiderada, pois pode ser tão ou mais penosa do que carregar o corpo pesado. Compreender seu impacto subjetivo e existencial é parte da solução do problema”.

SPAHLHOLZ et al. (2016), por meio de revisão sistemática e meta-análise, estimaram a prevalência combinada de estigma relacionado ao peso corporal em 19,2% em pessoas com obesidade classe I (IMC entre 30 e 34,9 kg/m²) e em 41,8% naquelas com IMC acima de 35 kg/m². Este estudo revisou nove artigos no total, sendo oito com dados dos Estados Unidos da América e um com dados da Suécia. ANDREYEVA et al. (2008) compararam a prevalência do estigma relacionado ao peso corporal entre 1995-1996 e 2004-2005, utilizando uma amostra representativa de adultos e idosos estadunidenses e aplicando questionários fechados. Tal prevalência aumentou de 7,3% para 12,2%, o que corresponde a um aumento de 66%. Entre mulheres, a prevalência foi de 15,5% e, entre homens, de 8,1%⁴. Os autores comentaram que tais prevalências se comparam com as obtidas para discriminação em função da raça/cor, com a diferença de que não há sanções sociais e legais para o estigma relacionado ao peso corporal. Aparentemente, este é uma das últimas discriminações socialmente aceitas. PUHL et al. (2021) notaram a concentração de pesquisas sobre o estigma relacionado ao peso corporal nos Estados Unidos da América e falta de estudos com comparações internacionais. Assim, conduziram um estudo com 13.996 adultos que frequentavam o grupo WWInternacional (antes conhecidos como Vigilantes do Peso) e residiam na Austrália, no Canadá, na França, no Reino Unido e nos Estados Unidos da América⁵. Entre os países, 55,6 e 61,3% da amostra (com média de 58%) já teve alguma experiência de estigma relacionado ao peso corporal, ou seja, este fenômeno social acontecia em todos os países, com prevalências similares. As experiências de estigma foram mais frequentes e estressantes na infância e na adolescência. Os participantes com maior IMC tinham maior probabilidade de ter vivido uma experiência estigmatizante do que aqueles com menor IMC.

⁴ Este dado corrobora a assertiva de FIKKAN e ROTHBLUM (2012), de que o estigma é generificado, como será apresentado adiante.

⁵ PUHL et al. (2021) consideram que estão preenchendo um vazio na literatura científica da área ao pesquisar tais países além dos Estados Unidos da América. Tal perspectiva será brevemente criticada mais para o final desta seção e a temática será do interesse desta tese.

Outros estudos mostraram que aqueles/as considerados obesos/as ou gordos/as têm menor acesso à educação e às carreiras profissionais, remuneração mais baixa, recebem pior cuidado de saúde, além de terem significativamente mais chances de serem demitidos, sofrerem *bullying*, provocações e serem rejeitados eróticamente e afetivamente (PUHL e HEUER, 2009; CARR e FRIEDMAN, 2005; JANSSEN, et al., 2004; SOBAL, 2000; POULAIN, 2009). Dentro da sociologia na obesidade, POULAIN (2009) discorreu sobre a estigmatização sofrida por pessoas com obesidade, mostrando que a vida doméstica, o acesso e a utilização dos equipamentos coletivos são dificultados para as mesmas. Ademais, o autor apontou que a grande influência do estigma relacionado ao peso corporal sobre a trajetória social dos indivíduos com obesidade permite um segundo tipo de explicação para a relação entre obesidade e status socioeconômico: as posições sociais seriam, em parte, determinadas pela obesidade e não a pobreza um fator de risco para a obesidade⁶. A passagem de uma distribuição aleatória na escala socioeconômica da obesidade infantil a uma forte diferenciação social entre os adultos se explicaria pelo impacto da obesidade sobre a mobilidade social. A mobilidade social mostra o movimento de um indivíduo na estrutura social; ela é chamada intrageracional se compara a posição de um mesmo indivíduo em dois momentos de sua vida ou intergeracional quando compara a posição social de um filho com a de seu pai, por exemplo. A obesidade freia a mobilidade intrageracional e aumenta a frequência da mobilidade intergeracional descendente. Esta última é influenciada por três fatores principais: educação, trabalho e casamento, que não têm o mesmo peso entre os gêneros. Para os homens, a educação e o trabalho são mais importantes. Para as mulheres, o casamento é relativamente determinante, mesmo que sua importância venha diminuindo. As mulheres com menor IMC apresentam mais casamentos ascendentes – quer dizer, casam com homens com status sociais mais elevados do que o delas, enquanto as mulheres com obesidade realizam mais casamentos descendentes (SOBAL, 1984). A obesidade pode ser considerada um fator negativo de diferenciação social e a luta contra a estigmatização como parte de uma luta política que pode contribuir para enfraquecer os mecanismos de desvalorização, que inscrevem as pessoas com obesidade no que POULAIN (2009) descreveu como o círculo vicioso da obesidade.

⁶ No campo científico do Fat Studies, ERNSBERGER (2009) também trabalhou com essa hipótese. Ele concluiu que a adiposidade chega primeiro e, subsequentemente, o estigma e a discriminação social empurram o indivíduo gordo para menores níveis socioeconômicos. Ademais, ele lembrou que a pobreza é um dos principais determinantes da saúde. Assim, pessoas gordas podem frequentemente não ser saudáveis porque frequentemente são pobres, devido às consequências nefastas da estigmatização.

FIKKAN e ROTHBLUM (2012) revisaram a literatura sobre estigma relacionado ao peso corporal vivenciado por mulheres (porém sempre em comparação aos homens) da América do Norte em múltiplos terrenos, como no trabalho, na educação, nos relacionamentos românticos, no cuidado em saúde, no tratamento de saúde mental e na mídia. Em todos estes espaços, mulheres gordas eram discriminadas tanto em comparação com mulheres magras, quanto em comparação com homens gordos, levando as autoras a concluir que o estigma é generificado. Um bom exemplo veio de um estudo revisado sobre executiva/os de alto escalão (nossa tradução para CEOs) (ROEHLING et al., 2009). As mulheres já eram minoria nestes cargos de alto prestígio e elevada remuneração e isto se acentuava entre aquelas com sobrepeso e obesidade. Já entre os homens, aqueles com sobrepeso eram maioria nestes cargos. FIKKAN e ROTHBLUM (2012) concluíram sua revisão afirmando que há bastante literatura feminista sobre padrões de beleza, imagem corporal e transtornos alimentares⁷, porém pouca sobre o estigma relacionado ao peso corporal e conclamaram seus colegas a se engajar na mesma, incluindo outros eixos de opressão como raça/cor.

A revisão sistemática de SIKORSKI et al. (2011) analisou cinco estudos com amostras representativas dos seus respectivos países (quatro estudos foram conduzidos nos Estados Unidos da América e um na Alemanha), visando investigar as percepções de pessoas leigas sobre obesidade e sua estigmatização. Os autores citam a teoria da atribuição como um mecanismo para explicar esse tipo de estigma. De acordo com a teoria, quanto mais a característica desviante é vista como sob controle e responsabilidade de seus/suas “portadores/as”, maior é o estigma. Como a obesidade é, em geral, socialmente vista como resultado de uma alimentação não saudável (ligada à gula) e à inatividade física (associada à preguiça) e tais fatores são considerados inteiramente modificáveis de acordo com a disciplina e força de vontade da pessoa com obesidade, entende-se que ela está “daquele jeito” porque quer e não se esforça o suficiente para mudar. A mensagem social de pouco valor associada ao corpo gordo é constantemente centrada na ideia de que, trabalhando-se arduamente, consegue-se um corpo “bom”. Frequentemente, tem-se a expectativa de um esforço individual que coloca o exercício físico, as dietas e outras “escolhas” que levariam a um estilo de vida supostamente saudável como esforços produtivos e morais para a “melhora” do indivíduo (TRAINER et al., 2017). MATTINGLY et al. (2009) salientou que a cultura meritocrática e a lógica

⁷ Tal literatura ganhou bastante corpo após a publicação do livro “Fat is a feminist issue”, escrito por ORBACH (1978), e é bastante analisada por BORDO (1993).

protestante fortemente presentes nos Estados Unidos da América intensificam, naquele país, as crenças descritas como parte da teoria da atribuição⁸.

Uma importante lacuna nas pesquisas sobre o estigma relacionado ao peso corporal foi notada por HIMMELSTEIN et al. (2017): a não utilização da interseccionalidade como uma perspectiva teórica e metodológica para o seu estudo. O termo ‘interseccionalidade’ foi cunhado pela jurista e feminista negra estadunidense Kimberlé Crenshaw, em 1989 (CRENSHAW, 2002). Naquele momento, CRENSHAW trouxe à luz o fato de que, nos estudos e movimentos feministas, as mulheres brancas falavam por todas as mulheres, assim como, nos estudos e movimentos antirracismo, os homens negros falavam por todos os negros. Havia uma estrutura opressora interseccional que tornava desaparecidas as mulheres negras e suas experiências como tais. CRENSHAW também salientava que não se tratava da soma de duas opressões distintas (ser mulher + ser negra), mas sim da experiência única como mulher negra, experiência esta que deriva da associação e interação entre sistemas discriminatórios (como, por exemplo, o racismo, o patriarcalismo e a opressão de classe) que criam desigualdades que estruturam as posições sociais. Em um artigo com coautoria de Crenshaw, CHO et al. (2013) afirmaram que, desde o início, a interseccionalidade nunca foi um sistema fechado, porém, no momento atual, as autoras tentaram integrar teorias, métodos, aplicações e práxis para ir na direção de um campo de estudos interseccionais. Nessa visão de campo, a interseccionalidade é melhor retratada – ou estruturada – como uma sensibilidade ou disposição analítica para se pensar sobre o problema das semelhanças e diferenças e suas relações para com o poder. Enfatizaram, portanto, que essa disposição analítica concebe as categorias (como cor, gênero, classe social, sexualidade, entre outras) não como distintas, mas sim fluidas, mutantes e permeáveis por outras categorias, sempre no processo de serem criadas por e criar dinâmicas de poder. PRINS (2006, p. 279) afirmou que a interseccionalidade “ênfatiza que a complexidade dos processos de identificação individual e de desigualdade social não pode ser capturada por uma perspectiva aritmética. Categorias como gênero, etnia e classe constroem uma a outra, e o fazem de

⁸ Não é possível esquecer que tais valores e crenças se encontram nas entranhas do capitalismo e, mais ainda, do neoliberalismo. A partir de 1980, o neoliberalismo avançou rapidamente no mundo e, com ele, vieram novos pensamentos sobre corpo e saúde que valorizavam individualismo e autorresponsabilidade. Novas tecnologias também disseminaram mais rapidamente imagens e narrativas de ícones de beleza, sempre magros, como itens de consumo (BREWIS e WUTICH 2019). Nas brilhantes palavras de NOVAES e VILHENA (2003, p. 25) acerca dos processos e consequências da construção destas imagens e narrativas: “De dever social (se conseguir, melhor), a beleza tornou-se um dever moral (se quiser, eu consigo). O fracasso não se deve mais a uma impossibilidade mais ampla, mas a uma incapacidade individual”.

uma miríade de formas, dependendo dos fatores sociais, históricos e simbólicos”. Nesse sentido COLLINS e BILGE (2021, p. 15) definiram genericamente a interseccionalidade como uma perspectiva “que investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária, entre outras, são inter-relacionadas e se moldam mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas”. Justamente, MACKINNON (2013) apresentou como o aspecto metodológico mais inovador da interseccionalidade a capacidade de capturar as relações sinérgicas entre desigualdades que estão enraizadas nas experiências de hierarquia vividas. Quiçá possamos, nesta pesquisa, pensar nas experiências não só vividas, mas incorporadas, no sentido do termo inglês *embodied*.

Considerando tais possibilidades teóricas e metodológicas, diversos autores aproximaram a perspectiva da interseccionalidade ao campo científico da saúde (COUTO et al., 2019; BOWLEG, 2012; BAUER, 2014). BOWLEG (2012) destacou três princípios da interseccionalidade que não devem ser subestimados pelos/as pesquisadores/as do campo da saúde, que, em grande parte, foram também abordados por COUTO et al. (2019):

1. As identidades sociais (que COUTO et al., 2019, denominam marcadores sociais da diferença) não são independentes e unidimensionais, mas sim múltiplas e intersectadas.
2. As pessoas que são historicamente oprimidas e que fazem parte de grupos marginalizados, como mulheres, indivíduos pobres, negros e negras, minorias étnicas, pessoas LGBTQIA+, são o ponto focal de análise. Isso permite que elas e suas condições de saúde sejam estudadas nos seus contextos e não como desvios das normas do homem cisgênero, heterossexual, branco e de classe média.
3. As múltiplas identidades sociais, em nível micro, intersectam com fatores estruturais em nível macro, que produzem diferentes condições no processo saúde-doença-cuidado. Entretanto, é necessário reconhecer que a interseccionalidade não foi desenvolvida para predizer desfechos de saúde e que, provavelmente, seu nível de análise é mais multifacetado e sutil.

Esses princípios trouxeram desafios e possibilidades para o campo científico da saúde. COUTO et al. (2019) propuseram que este campo pode reconhecer novas desigualdades sociais interseccionais que afetam a saúde de um indivíduo, acentuando vulnerabilidades. Tendo percorrido nessa revisão de literatura sobre o estigma relacionado ao peso corporal, é relativamente fácil supor que as pessoas com sobrepeso e obesidade possuem uma identidade social oprimida e que se intersecta, provavelmente, com outras categorias de opressão, justificando o chamamento feito por HIMMELSTEIN et al. (2017). Tentaremos a seguir distinguir os estudos que examinam, pela perspectiva teórico-metodológica da interseccionalidade, a obesidade *per se* e o estigma relacionado ao peso corporal. Ressaltamos, contudo, que há poucos estudos nos dois eixos e que alguns destes apresentam importantes limitações.

GELSLEICHTER (2019) conduziu estudo qualitativo, baseado no feminismo interseccional, com dez mulheres com obesidade que aguardavam para realizar cirurgia bariátrica pelo Sistema Único de Saúde no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina⁹. As histórias de vida destas mulheres mostraram que a obesidade se desenrolava em meio a uma série de opressões nas categorias de gênero, raça e classe social, configuradas em condições como a extrema vulnerabilidade socioeconômica, os abusos sexuais, a insegurança alimentar e o trabalho infantil e precarizado. Tais opressões se intersectaram e foram aprofundadas pelo estigma relacionado ao peso corporal. A cirurgia bariátrica aparecia como o último recurso para mudar o resultado incorporado de uma vida de opressões e privações, e como uma esperança de obtenção de um corpo não passível de estigmatização.

STRINGS (2015) realizou uma profunda análise histórica, na qual a obesidade foi intersectada com as categorias de gênero e raça. A autora mostrou a construção de uma noção sociocultural de “sensualização feminina negra” (tradução livre de “*black female sensualism*”): mulheres negras teriam um apetite insaciável por comida e sexo, que as colocam em comportamentos de risco, que resultam em “doenças”, tais como sífilis, tuberculose e, recentemente, obesidade. Enquanto as duas primeiras classificavam estas mulheres como mortais, a construção sociocultural da obesidade vai além, categorizando-as como um ‘peso morto social’. Essa categoria surge como uma nova intersecção do

⁹ Destacamos que só encontramos este estudo brasileiro que examinou a obesidade pela perspectiva interseccional. Outros estudos, como de ORAKA et al. (2020) avaliaram a interação entre obesidade, raça e gênero, porém sem mencionar a interseccionalidade.

racismo, patriarcalismo, machismo e “*healthism*”¹⁰, cujas forças de opressão são socialmente “justificadas” pelos perigos que esse ‘peso morto social’ traz para suas famílias e para as finanças dos sistemas de saúde. Já em seu ensaio, VAN AMSTERDAM (2013) mostrou como a obesidade pode ser um eixo (assim como classe social, gênero ou raça), que gera inclusões e exclusões. Por meio de uma breve revisão de literatura, a autora intersectou o tamanho corporal com eixos de classe social, raça/etnia, gênero, sexualidade e idade. Como exemplo, houve citação de um estudo que mostra como nas escolas da Austrália, as crianças passam por checagem das suas lancheiras, pesagens e registros da sua alimentação como ações governamentais que visam o enquadre desses corpos, por mais novos que sejam, nas normas criadas por um discurso/perspectiva neoliberal sobre saúde. Este exemplo é interessante porque mostra como categorias de tamanho corporal podem ter impacto institucional (e vice-versa), produzindo diferenças de poder, normatividades e desigualdades. Por sua vez, GRAY (2017), em uma breve revisão da literatura da área ambiental, colocou a “obesidade severa e mórbida” (termos próprios da autora) como um *triple jeopardy* para a vulnerabilidade em desastres. De maneira pouco aprofundada, ela apontou que há maior vulnerabilidade e menor risco de ser salva durante um desastre ambiental para pessoas que estão na intersecção de gênero, classe social, doenças crônicas e “obesidade severa e mórbida”, embora conceba essa intersecção de forma aritmética.

MARTIN e LIPPERT (2012) investigaram uma explicação para a observação de uma recorrente correlação negativa entre renda e obesidade entre mulheres, mas não entre homens. Os autores olharam para a intersecção entre renda, gênero e insegurança alimentar no domicílio, em um estudo quantitativo com uma grande amostra de adultos/as dos Estados Unidos da América. Ao interpretar seus modelos de predição, os autores propuseram que há uma norma sociocultural de que a mãe deve cuidar das suas crianças, especialmente da alimentação destas. Quando a família sofre com insegurança alimentar, é provável que a mãe dê prioridade à alimentação das crianças, consumindo restos e alimentos energeticamente densos, porém não nutritivos. O mesmo não acontece com os pais que residem na mesma casa, mostrando a importância da intersecção entre os papéis de gênero e a pobreza. Os autores concluíram que “a obesidade, portanto, constitui uma

¹⁰ O termo “*healthism*” foi cunhado por CRAWFORD (1980) para descrever a saúde como um supervalor, uma metáfora para tudo que é bom na vida. Assim, a preocupação com a saúde pessoal se tornaria o principal foco para a definição de bem-estar. Este paradigma vem de uma posição conservadora e privilegiada, que enfatiza a responsabilidade pessoal e os comportamentos individuais em vez dos determinantes sociais da saúde. Em última análise, ela aumenta as iniquidades em saúde.

expressão física das vulnerabilidades que surgem da interseção entre a pobreza e as expectativas de gênero quanto aos cuidados infantis” (MARTIN e LIPPERT, 2012, p. 1754). Apesar do estigma não ter sido uma variável do estudo, os autores realizaram uma torção teórica ao final do artigo, colocando que a obesidade é frequentemente estigmatizada especialmente porque aqueles com excesso de peso são considerados preguiçosos e estúpidos. Entretanto, a partir dos dados desse estudo, MARTIN e LIPPERT (2012) suspeitaram que o comportamento e o gerenciamento ativos da insegurança alimentar e da proteção às crianças criam risco para o ganho de peso e a obesidade. Ao invés da preguiça e passividade presumidas pelo pensamento estigmatizante, há um trabalho “invisível” ou “escondido” dessas mães pobres, baseados nas normas socioculturais de gênero, que cria riscos para elas próprias.

WHITESEL (2014) analisou a morte de duas pessoas pelo uso de violência policial nos Estados Unidos da América. Ambas eram negras e com peso elevado. Uma era uma mulher, pobre e com transtorno psiquiátrico. O outro era um homem, com asma e problema cardíaco. O autor usou a lente da interseccionalidade, considerando opressões de raça, tamanho corporal, classe social, idade e incapacidade e argumentou que tal interseção resultou, finalmente, na morte dessas duas pessoas. É chocante ler policiais e políticos alegando que, se estes indivíduos não fossem tão gordos, eles teriam resistido à “leve” violência policial empregada.

Discorremos agora sobre três estudos que analisaram diretamente o estigma relacionado ao peso corporal pela perspectiva teórica da interseccionalidade, todos quantitativos. Não conseguimos localizar mais estudos com o mesmo propósito. Nos Estados Unidos da América, o estudo de HIMMELSTEIN et al. (2017), já citado aqui pelo seu pioneirismo, examinou escores de vivência do estigma, internalização do estigma e estratégias para lidar com ele como “uma função de raça e gênero”, nas palavras das autoras. De maneira geral, elas encontraram que o estigma estava presente em todos os subgrupos de raça (brancos/as, negros/as, asiáticos/as e hispânicos/as), mas que eles internalizavam e lidavam com o estigma de formas diferentes. Associações cruzando as variáveis gênero e raça mostraram, por exemplo, que comparadas com mulheres brancas, as mulheres negras lidam menos com o estigma por meio do comer transtornado, enquanto mulheres hispânicas lidam mais. PEARL et al. (2018) exploraram as “razões” para as possíveis múltiplas formas de discriminação sofridas no cotidiano por adultos com obesidade, com especial interesse pela interseção entre raça e obesidade, também nos Estados Unidos da América. De fato, os participantes do estudo relataram sofrer maior

discriminação em função dessas duas categorias. Entre os/as participantes que relataram discriminação relacionada ao peso, 60% afirmaram também sofrer discriminações pela sua raça. Os autores conduziram também regressões logísticas, com o uso de razões de chance. Nessas, participantes não brancos/as tiveram maior chance de relatar discriminação baseada na raça do que os brancos/as e aqueles com maior IMC tiveram maior chance de relatar discriminação relacionada ao peso. MAKOWSKI et al. (2019) conduziram uma pesquisa telefônica com 692 adultos alemães, com interesse na intersecção entre nível socioeconômico e obesidade. Em cada ligação, um/a participante ouvia uma vinheta sobre um indivíduo com IMC de aproximadamente 32 kg/m^2 (para os participantes era dito que a pessoa tinha sobrepeso severo). Após escutar a vinheta, os/as participantes respondiam escalas sobre lipofobia, reações emocionais e desejo de distância social, sempre em relação ao caso escutado. Quatro vinhetas foram aleatoriamente distribuídas pelos participantes, sendo que duas características dessas mudavam: o gênero (mulher/homem) e o trabalho como indicador do nível socioeconômico (baixo: zelador/a ou faxineiro/a, alto: advogado/a). Utilizando modelos de regressão linear múltipla, a interação entre gênero e nível socioeconômico não atingiu significância estatística. Contudo, houve efeitos individuais de cada categoria. Ser um zelador ou faxineiro com sobrepeso severo (isto é, de menor nível socioeconômico) esteve associado ao escore de lipofobia. Já ser um homem com sobrepeso severo esteve associado ao escore de desejo de distância social. Os autores concluíram que é necessário investigar a dimensão social do estigma relacionado ao peso corporal, uma vez que a obesidade parece reforçar desigualdades já existentes, relacionadas ao gênero e ao nível socioeconômico.

Estas pesquisas são pioneiras, porém ainda incipientes, com limitações teóricas no entendimento da interseccionalidade em alguns casos. Isso aponta para um campo que necessita de investimento e desenvolvimento. O estudo de PEARL et al. (2018), por exemplo, tem uma abordagem mais aritmética dos múltiplos estigmas, com pouco cruzamento entre as variáveis, especialmente se consideramos que os autores se disseram interessados na intersecção entre raça e IMC. A própria definição de interseccionalidade na introdução do artigo é simplista e incorre na soma dos estigmas, e não na intersecção. De todo modo, os autores reconheceram que o estudo era um passo inicial, porém que mostrou que não é possível pesquisar o estigma relacionado ao peso corporal isoladamente das outras categorias de opressão. Eles estimulam mais pesquisas com abordagem interseccional, argumentando que “os esforços para incluir a

interseccionalidade nessa área de pesquisa irão ajudar a garantir que todas as pessoas com obesidade (e não um subgrupo seletivo) se beneficiem dos avanços do conhecimento sobre estigma relacionado ao peso, assim como contribuirá para um conhecimento mais amplo sobre os efeitos de todas as formas de discriminação na saúde” (PEARL et al., 2018, p. 7). Já os resultados do estudo de MAKOWSKI et al. (2019) são interessantes, porém o desenho do estudo capta de forma bastante indireta as manifestações estigmatizantes, em um experimento de simulação. O próprio estabelecimento das profissões específicas como indicadores de nível socioeconômico é problemático, uma vez que as pessoas podem associar outras características, estigmatizantes ou não, às profissões *per se*.

Por sua vez, o trabalho de HIMMELSTEIN et al. (2017) ilustra dificuldades teóricas e metodológicas que pesquisas quantitativas da área da saúde têm ao trabalhar com a interseccionalidade. Tentando cobrir várias facetas do estigma, as autoras usaram questões fechadas e duas escalas e dividiram a amostra em homens ou mulheres e em brancos/as, negros/as, asiáticos/as ou hispânicos/as. A leitura do texto não nos trouxe, por exemplo, quais são as vivências do estigma relacionado ao peso corporal para mulheres brancas e mulheres negras. A falta de contexto e concretude para a experiência socialmente vivida (e oprimida) chama a atenção. Os resultados, por vezes conflitivos, aparecem tão subdivididos que é difícil traçar interpretações mais amplas.

Quase em sua totalidade, os estudos citados nesta revisão de literatura foram conduzidos na América do Norte e na Europa, em países de alta renda. Ainda que escassos, alguns estudos têm investigado o fenômeno do estigma relacionado ao peso corporal em diferentes contextos socioculturais, tais como Cuba e Samoa (GARTH e HARDIN, 2019), Guatemala (MAUPIN e BREWIS, 2014) e México (BACARDI-GASCON et al., 2007). No Brasil, destacamos quatro estudos qualitativos que se propuseram a investigar as percepções de pessoas com obesidade sobre o estigma relacionado ao peso corporal. Um teve cunho desenho etnográfico e foi realizado a partir de uma entrevista com uma mulher com obesidade. Embora o artigo tenha enfoque na linguística, as autoras apontaram como a participante sofreu estigmatização ao longo da vida por causa do seu corpo gordo (CRUZ e BASTOS, 2015). O estudo de PINTO e BOSI (2010) visou compreender as percepções e experiências acerca da obesidade entre oito usuárias de um Centro de Saúde da Família. Os resultados deste trabalho destacaram as consequências da estigmatização no dia a dia das participantes, bem como nas posturas estigmatizantes de profissionais de saúde frente a elas. Os resultados também lançaram luz à vontade das participantes de “se curarem da obesidade” (como relatado pelas

mesmas) para reduzir o uso de medicamentos e realizar atividades diárias com mais conforto. No terceiro estudo, os pesquisadores entrevistaram dezenove pessoas com obesidade. As percepções dos seus corpos refletiram, sobretudo, em uma imagem negativa, bastante associada ao estigma e acompanhada de tristeza, vergonha e isolamento (MACEDO et al., 2015). No trabalho de nosso grupo de pesquisa (ULIAN et al. 2020), as trinta e nove mulheres com obesidade participantes do estudo haviam sido estigmatizadas em ocasiões familiares, no trabalho, em espaços públicos e em locais de cuidado à saúde. Com isso, elas se sentiam desvalorizadas, incapazes e incompletas. Sendo o estigma um fenômeno sociocultural, é delicado traçar cenários e construir linhas de raciocínio e interpretações quando a produção científica não abrange o contexto sociocultural de interesse. Nesse sentido, identificamos que os estudos do Norte Global¹¹ são, frequentemente, assumidos como os estudos sobre o estigma relacionado ao peso corporal, como se não houvesse produções interessantes e importantes oriundas do Sul Global. Cabe citar aqui o estudo de PUHL et al. (2021) que se considerou “preenchedor” de um vazio na literatura sobre o estigma em nível internacional, por estudar adultos na Austrália, no Canadá, na França, no Reino Unido e nos Estados Unidos da América, resumindo a categoria “internacional” em Norte Global. É possível que tenhamos mais estudos no Norte Global, até em função do maior financiamento à pesquisa nos países que o compõem. O que não podemos é deixar de produzir, ler e incorporar os estudos do Sul Global. Doravante, seria esclarecedor revisar sistematicamente artigos sobre o estigma relacionado ao peso corporal conduzidos em diferentes lugares, como os países da América Latina, da África e da Ásia. Esta tese visará preencher esta, além de outras, lacuna.

¹¹ A divisão entre Norte e Sul Global é oriunda da literatura decolonial e pós-colonial. Nesta tese nos baseamos nas definições de ODEH (2010), que argumentou que o globo é dividido em dois mundos econômicos: o Norte Global e o Sul Global. Enquanto o Norte Global incorpora as sociedades economicamente desenvolvidas da Europa, da América do Norte, Austrália e Israel, entre outras, o Sul Global representa países economicamente atrasados, tais como o Brasil, o México, a Tailândia, entre outros. Enquanto os países do Norte Global são ricos, avançados tecnologicamente e com envelhecimento populacional, aqueles do Sul Global têm características opostas a estas, como a economia agrária e a dependência econômica e política do Norte Global, que exerce um poder hegemônico.

3.2. A encruzilhada dos campos científicos que estudam o estigma relacionado ao peso corporal

Se é correto, como afirmamos no tópico anterior, que o estigma relacionado ao peso corporal perpassa questões que vão das interações pessoais ao ambiente construído, diversos campos científicos¹² se interessam por ele, desde a Psicologia até a Arquitetura. Interessa-nos, nesta tese, as perspectivas de algumas Ciências Sociais e Humanas (especificamente a Sociologia e a Antropologia), do “Fat Studies”¹³ e da Saúde Pública. Mais do que em esmiuçá-los histórica e epistemologicamente ou revisar sistematicamente suas evidências, nos interessar pensar nos seus campos de contatos, atravessamentos e conflitos. Usamos a metáfora da encruzilhada pensando na mesma como um lugar poderoso, que abre caminhos, sejam estes encontros, desencontros ou mesmo novas veredas para o pensamento.

LEWIS et al. (2011) apontaram que a Sociologia e a Antropologia mobilizam teorias socioculturais para criticar o discurso hegemônico sobre a obesidade e as respostas institucionais às questões que cercam o peso corporal, revelando assim o papel das instituições na estigmatização. Dentro do campo da Sociologia, STOLL (2019) situou a gordura como uma questão de justiça social que inclui a aceitação do tamanho corporal (e não a perda de peso) e conclamou seus colegas a se engajarem no ativismo pelos direitos das pessoas gordas, como um movimento científico e político.

POULAIN (2009) estabeleceu um diálogo entre a sociologia e a obesidade. Na sua obra, o autor pôs em foco a obesidade como uma questão grave de saúde pública e considerou as suas consequências. Ele também destacou a ineficácia dos procedimentos restritivos que visam tratar este fenômeno e propôs uma abordagem interdisciplinar para entender a obesidade. A sua aposta era estudar as dimensões sociais da obesidade por três prismas (grifos nossos): a Sociologia **na** Obesidade; a Sociologia **da** Obesidade e a Sociologia **para** a Obesidade. Sucintamente, a sociologia na obesidade está a serviço da

¹² Adotamos o conceito de campo científico proposto por BOURDIEU (1983), no qual este corresponde a um sistema de luta e conflito por bens simbólicos, conceitos e interesses, que estabelecerão domínios e a própria estruturação do campo. De acordo com PRADO et al. (2011, p. 928), “campos científicos podem, assim, ser pensados como multifacéticos e dinâmicos, como resultado de permanentes interações entre desenvolvimento de conceitos e estabelecimento de domínios no jogo de interesses construídos”

¹³ Consideramos desafiador traduzir este termo. Uma opção seria estudos críticos relacionados ao corpo gordo, porém consideramos que ela perde um tanto de impacto. Desta forma, preferimos deixar no original, na língua inglesa, porém sempre no singular, por se tratar de **um** campo científico, embora diverso. Uma vez que já apresentamos aqui o motivo da não tradução, a partir dessa ocorrência o termo será usado sem aspas.

pesquisa das Ciências em Saúde para identificar as características sociais, demográficas e alimentares dos indivíduos com obesidade e suas trajetórias sociais. Ela também se debruça sobre a estigmatização das pessoas com obesidade. A sociologia da obesidade mostra a evolução dos conceitos sociais e do conhecimento da obesidade como objeto de estudo. Ela pesquisa como a obesidade passou a ser vista como um problema social e médico, como a mídia aborda tais questões e quais são os interesses envolvidos na questão da obesidade. Já a sociologia para a obesidade analisa e participa das políticas públicas e das lutas políticas envolvendo a obesidade. Também alerta para os riscos de eventuais consequências improdutivas da medicalização da alimentação e da dramatização da obesidade. Essa abordagem multifacetada proposta pelo autor autorizou, por assim dizer, a possibilidade de que a obesidade seja pensada sob múltiplas perspectivas, tornando-a complexa tanto sob um prisma descritivo quanto a partir de uma dimensão explicativa.

Ao pensar na obesidade *per se*, a Antropologia parte de duas vertentes: uma evolutiva e outra cultural (BROWN e KONNER 1987). A primeira busca compreender como nossa longa história evolutiva como caçadores e coletores pode ter determinado uma predisposição à obesidade, em situações de abundância de alimentos. Já a segunda tenta examinar, entre as diferentes culturas, as relações entre obesidade e diversas categorias, como gênero, grupos étnicos e classes sociais. Ainda na vertente cultural, os tipos corporais valorizados por diferentes culturas também são de interesse da Antropologia e costumam ser estudados por trabalhos etnográficos ricos e densos. A Universidade de Yale, nos Estados Unidos da América, abriga o *Human Relations Area Files* (HRAF), um grande banco de dados histórico de trabalhos etnográficos de 307 culturas do mundo. Segundo BROWN e KONNER (1987), até então, 81% das sociedades catalogadas no HRAF tinha preferência por corpos mais volumosos em algum ponto do tempo. Um estudo importante são as etnografias de POPENOE (2012), feita com povos seminômades do deserto do Saara, especificamente em um vilarejo muçulmano da Nigéria. Esta população valorizava a gordura como atributo e padrão de beleza feminina. A autora descreveu rituais de engorda, tais como: assim que o primeiro dente de leite de uma menina cai, ela é estimulada a comer imensas tigelas de mingau e leite de camelo. Quando chega a puberdade, além do hiperconsumo alimentar, as meninas são ensinadas a ficar imóveis em um canto das tendas/barracas específicas para essa função, para engordar mais rápido, aumentar seu potencial sexual e, com isso, se preparar para o casamento. Os rolos de gordura em seus corpos simbolizavam seu esforço e sua proximidade com Alá. O livro articula diferentes dimensões como o desejo, a beleza, a

saúde, o casamento, a sexualidade, o parentesco e o Islã. Ao demonstrar como um determinado padrão de beleza só pode ser compreendido a partir das estruturas sociais e lógicas culturais, POPENOE (2012) também nos desafia, implicitamente, a pensar de uma nova forma o ideal magro de beleza que hoje predomina, ao menos, no Norte Global.

A partir dos padrões corporais, a Antropologia passa a se dedicar ao estudo do estigma relacionado ao peso corporal, que nos interessa ainda mais quando estudado em uma perspectiva (mais) global (BREWIS et al., 2011). Na encruzilhada entre a Antropologia e a Saúde Global, predominam dois caminhos (BREWIS e WUTICH, 2019). Segundo estas autoras, o primeiro vem de uma Antropologia focada na análise política e econômica, que vê o estigma como uma ferramenta para bloquear o acesso ao cuidado em saúde e a recursos básicos, como água e alimentação. Isso cria círculos mortais de doenças que reforçam as instituições e estruturas de poder. Nesse sentido, esforços bem-formulados de saúde global são soluções para o problema do estigma – isto significa quebrar o ciclo de pobreza e doenças. Já uma abordagem evolutiva reconhece que humanos tendem a se distanciar daquilo considerado indesejável, nojento, desprezível. Essa abordagem ressalta a necessidade de estratégias adaptativas para evitar um efeito de “contágio” na nossa espécie hiper social. Nesta perspectiva, o estigma é a solução para os problemas de saúde global. Por motivos epistêmicos e éticos, que cremos ser óbvios, não utilizarem estudos da abordagem evolutiva nesta tese.

Partindo muitas vezes das Ciências Humanas e Sociais, especialmente de suas veias mais críticas, ao final dos anos 1960s e início dos anos 1970s, surgiu o Fat Studies como um campo novo e transdisciplinar de questionamento e pensamento intelectual. Seguindo a tradição dos estudos críticos sobre raça, dos estudos *queer* e dos estudos sobre as mulheres, Fat Studies formou um campo interdisciplinar de investigação científica marcado por uma crítica agressiva, consistente e rigorosa sobre as premissas negativas, estereótipos e estigma dirigidos à gordura e ao corpo gordo. Ao contrário destas, Fat Studies entende que pessoas gordas fazem parte da diversidade humana e que estas têm experiências, identidades e vozes que não podem mais ser silenciadas (TORRES, 2016). Este campo requer uma abordagem da construção da gordura e do corpo gordo com uma metodologia crítica, que combina ideias progressistas e um rigor acadêmico sistemático (ROTHBLUM e SOLOWAY, 2009). De tal sorte, consegue na encruzilhada de campos científicos identificar e discutir discursos hegemônicos e dissidentes sobre a gordura, analisar o tamanho corporal como questões de opressão interseccional e justiça social, de maneira crítica (PAUSÉ e TAYLOR, 2021).

Assim, Fat studies é um campo radical, no sentido que vai até a raiz dos sistemas de crenças relacionadas ao peso corporal. Os sistemas que creem nas premissas anteriores – indústria da perda de peso, grande parte dos pesquisadores e profissionais de saúde especializados em obesidade, a publicidade e a mídia – são prescritivos por natureza, ao considerarem que o peso humano é mutável e negociável. Nesse ponto, Fat studies é, em grande contraste, descritivo. Considera que o peso, assim como a altura, é uma característica humana que varia em uma curva normal. O peso também varia ao longo da vida, influenciado largamente por fatores hereditários e menos por fatores individuais. A maior parte das pessoas naturalmente ocupa um intervalo de peso médio, enquanto outras naturalmente pesam menos e outras pesam mais. O peso também varia entre populações e períodos históricos, devido ao avanço econômico, ao acesso aos alimentos e aos avanços sociais e de saúde (como a imunização). Diferentemente de outras abordagens sobre o peso, Fat studies não se opõe ao simples fato da diversidade humana de pesos corporais, mas examina o que as pessoas e sociedades constroem em cima desta realidade. Há, portanto, um conflito claro entre a suposição de que pessoas gordas não são saudáveis e que as pessoas conseguem e devem perder peso (que é a visão hegemônica das Ciências da Saúde) e a visão do Fat Studies – que há uma construção social e histórica da gordura e do corpo gordo e que este deve ser aceito (ROTHBLUM e SOLOWAY, 2009).

Avançando mais, COOPER (2010, p. 1021) afirmou que ser “gordo é uma posição fluida e subjetiva relativa a normas sociais, que se relaciona com uma experiência compartilhada, é ambígua, tem raízes na identidade política e é, geralmente, autodefinida”. Como campo científico, Fat Studies busca um entendimento da gordura que vai além do confinamento estreito da patologia e medicalização. O foco pode ir além do corpo gordo *per se*, abrangendo sistemas e estruturas sociais, fornecendo uma plataforma para o desenvolvimento da cultura gorda e ampliando as alianças entre a academia e o ativismo (COOPER, 2010).

Em relação a este último ponto – o ativismo – é importante ressaltar que, muito antes de Fat Studies surgir no espaço acadêmico, ativistas publicaram livros e artigos sobre as experiências de seus corpos gordos e a necessidade de libertação dos mesmos. Alguns exemplos são os escritos de Llewellyn Louderback, tais como o livro “*Fat Power*”, de 1970, e o artigo “*More people should be FAT*”, publicado no *Saturday Evening Post* em 1967. Este artigo foi um dos precursores da criação da *National Association to Advance Fat Acceptance* e, provavelmente, o primeiro documento sobre aceitação do corpo gordo publicado na grande mídia dos Estados Unidos da América. O

texto provavelmente mais conhecido foi escrito por Marilyn Wann e se intitula “*Fat!So?*”. Ele começou com um “zine” em 1994 e se transformou em um premiado livro em 1998 (PAUSÉ e TAYLOR, 2021).

O começo de Fat studies como um campo de conhecimento, que também segue a busca de libertação travada pelo ativismo, parece ter sido em algumas conferências nos Estados Unidos da América no começo dos anos 2000s, tais como: “*Fat Attitudes: An Examination of an American Subculture and the Representation of the Female Body*” (em 2004); “*Fat and The Academy*” (em 2006); um espaço específico na “*American Culture Association/Popular Culture Association Conference*” (em 2006) e a “*Association for Size Diversity and Health Conference*” (em 2006). Estes espaços juntaram acadêmicos e ativistas. Desde então, este tipo de encontro acontece nos Estados Unidos da América, na Inglaterra, na Europa, na Austrália, na Nova Zelândia e no Canadá (PAUSÉ e TAYLOR, 2021).

Em 2009, Esther Rothblum e Sondra Soloway e publicaram o livro científico mais clássico do campo (“*Fat Studies Reader*”). No mesmo ano, no Reino Unido também foi publicado outro importante livro: “*Fat Studies in the UK*”, por Corinna Tomrley e Ann Kaloski Naylor. Em 2021, foi publicado por Cat Pausé e Sonya Renee Taylor o “*The Routledge International Handbook of Fat Studies*”. Outro marco foi o lançamento da revista científica “*Fat Studies*” em 2012.

Embora partindo de referenciais teóricos e de projetos políticos distintos, os campos da Sociologia, da Antropologia e do Fat Studies¹⁴ convergem ao criticar o discurso dominante sobre a gordura e a obesidade na Saúde Pública. Iremos nos dedicar a tais críticas no próximo tópico, agrupando-as em três principais pontos: 1) o processo de medicalização da obesidade; 2) o uso absolutista do IMC e; 3) a guerra contra a obesidade. Argumentamos que tais pontos tornaram a Saúde Pública cúmplice ou agente do estigma relacionado ao peso corporal.

3.3. A implicação da Saúde Pública nos processos de estigmatização

Temos uma difícil tarefa como primeiro ato deste tópico: definir de forma operativa Saúde Pública e Saúde Coletiva como campos científicos e optar por um deles

¹⁴ Esta não é uma lista exaustiva dos campos científicos que abordam tal discussão. ABU-ODEH (2014), por exemplo, construiu excelentes argumentos a partir da Ética como campo científico.

para uso nesta tese. CASTIEL (2021, p. 1) propôs a seguinte definição para Saúde Pública: “um domínio genérico de práticas e conhecimentos organizados institucionalmente em uma dada sociedade dirigidos a um ideal de bem-estar das populações - em termos de ações e medidas que evitem, reduzam e/ou minimizem agravos à saúde, assegurando condições para a manutenção e sustentação da vida humana”. ALVARENGA (1994) afirmou que, como disciplina, a Saúde Pública tem como seu objeto de estudo o processo saúde/doença/morte e que sua constituição inicial tem cunho biologicista claro, sustentado pela epidemiologia clássica. Para a mesma autora, na medida em que o campo se desenvolveu, ele aumentou seu aparato conceitual, que engloba as Ciências Naturais, mas também as Ciências Humanas e Sociais, sem esquecer da Epidemiologia. Isto construiu, por exemplo, um referencial teórico-metodológico para abordar as questões da administração de serviços, das políticas de saúde e do planejamento em saúde. PAIM e ALMEIDA FILHO (1998) traçam um histórico dos movimentos no campo social da saúde, traçando os contextos sociais e políticos da Saúde Pública, da Medicina Preventiva, da Medicina Social, da Medicina Comunitária, do Sanitarismo e da Saúde Coletiva. É importante aqui compreender, ainda que brevemente, a passagem do termo Saúde Pública para Saúde Coletiva no Brasil. CAMPOS (2000, p. 221) afirmou que: “Para Antônio Ivo de Carvalho (1996) a saúde coletiva nasceu da crítica ao positivismo e... à saúde pública tradicional, constituída à imagem e semelhança da tecno-ciência e do modelo biomédico”. Ainda segundo CAMPOS (2000, p. 222), a Saúde Coletiva foi proposta no Brasil como um “campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social como categoria analítica”.

Dessa forma, chegamos a mais uma encruzilhada: utilizaremos Saúde Pública ou Coletiva nesta tese? Nossa opção pelo termo Saúde Pública se dá por algumas razões operativas e outras teóricas. Operativamente, os textos críticos da Sociologia, da Antropologia e do Fat Studies sobre o discurso hegemônico sobre a obesidade utilizam o termo Saúde Pública, provavelmente, por serem oriundos do Norte Global. Do ponto de vista teórico, a incorporação de referenciais teóricos das Ciências Humanas e Sociais, que privilegiaria os aspectos socioculturais da obesidade enquanto categoria analítica (como se dispõe a Saúde Coletiva para o fenômeno saúde/doença/cuidado), provavelmente, reduziria os conflitos e daria mais abertura para os estudos críticos, gerando uma conversão na encruzilhada. Neste momento do texto, nos interessa mais a colisão, que perpassa a medicalização da obesidade, o uso absolutista do IMC, a guerra contra a

obesidade e a consequente produção social de estigma. Tais condições estão extremamente interligadas. Para discutir a medicalização, usaremos inicialmente dois casos, um oriundo do México (CHRISTIANSEN, 2018) e outro dos Estados Unidos da América (KYLE et al., 2016).

CHRISTIANSEN (2018) distinguiu, com base em Canguilhem, o “saudável” do “normal” (este último pensado em termos estatísticos). A autora colocou que não há, na natureza, sintomas ou condições esperando para serem descobertos como doenças. Para que essa passagem ocorra são necessárias diversas condições: “1) uma cultura que defina tal sofrimento como mórbido; 2) agentes (médicos, xamãs ou sacerdotes) reconhecidos pela sociedade como capazes de agir sobre esse sofrimento; 3) indivíduos que buscam tais profissionais porque eles próprios ou seus parentes padecem de tal sofrimento; 4) uma rede de instituições que autoriza tais atores [os profissionais] a agir em seu nome; 5) um conhecimento verdadeiro, objetivo, eficiente e útil que eles tenham como especialistas” (CHRISTIANSEN, 2018, p. 626). Para além de tais condições, ela apontou que “onde queira que a diferença entre saúde e doença seja traçada, está subjacente uma distinção mais profunda entre o socialmente aceitável e o repudiável (o que é preferível e o que é evitável, o que deve ser promovido e o que deve ser desencorajado)” (CHRISTIANSEN, 2018, p. 626). Assim, o normal é apresentado como o desejável e naturalmente estabelecido e, como tal, refletido na média, em seu sentido estatístico. Ocorre, destarte, uma manobra epistêmica em que se condensam dois sentidos na palavra normalidade: uma informação descritiva e quantitativa (medida estatisticamente) e um ato avaliativo (aquilo **que se deseja** que se transforme em norma estatística – grifos da autora original). Esse aspecto valorativo permanece velado e selado sob a falácia da neutralidade científica. Se combinarmos esta falácia com o quarto e quinto itens apresentados no começo deste parágrafo, temos um dos efeitos mais danosos dessa confusão semântica: o/a portador/a de tal conhecimento supostamente neutro e objetivo estabelece práticas sociais de degradação, estigmatização e segregação dos indivíduos “menos que ideais” (distantes da normalidade), que são exortados a se perceberem como doentes. Nos tempos recentes, no México, gordos/as foram tais exortados/as. A mídia e as autoridades políticas (como o próprio presidente Felipe Calderón Hinojosa, em 2010) retratavam negativamente o México como “um país de gordos/as” ou “o país mais gordo do mundo”¹⁵. Neste enquadre, premissas questionáveis do ponto de vista epistêmico

¹⁵ Aqui se percebe o termo gordo/a sendo usado pejorativamente, como um discriminador, e não um descritor.

foram postas como verdades absolutas. Algumas delas seriam: “a maioria dos mexicanos está doente”; “o peso corporal é um fenômeno de fácil controle - uma questão aritmética simples com base em um cálculo de quanto você consome e quanto você gasta de energia” e que “o sobrepeso e a obesidade são condições inevitavelmente mórbidas que podem não só serem detectadas como também medidas”¹⁶. Assim, os “fatos” – a alta prevalência de sobrepeso e obesidade entre os/as mexicanos/as – levaram aos “atos” – campanhas de saúde pública e de mídia que visavam mudar os hábitos alimentares considerados errôneos, aumentar a prática de atividade física e, com bastante ênfase, incentivar o autodiagnóstico, por meio da medida do IMC e da circunferência da cintura (CHRISTIANSEN, 2018). A autora citou dois exemplos interessantes. O primeiro era a campanha “*Muévete y Mémete en Cintura*”, organizada pela Secretaria de Saúde e dos Serviços de Saúde Pública do Distrito Federal do México em 2008, na qual profissionais de saúde mediam o IMC de transeuntes no espaço público e distribuíam planos alimentares, sem qualquer atenção às particularidades de cada vida cujo corpo que era medido ali. O segundo foi a divulgação, em 2017, de que o Serviço de Administração Tributária devolveria impostos a quem perdesse peso. A notícia foi veiculada com uma foto de um homem medindo sua cintura, sem que seu rosto aparecesse¹⁷. Discutiremos a problemática do IMC mais adiante, com base em outros autores. Neste momento do texto cabe dizer que a construção da obesidade como doença mensurável, tratável e passível de prevenção não vem sozinha, mas sim acompanhada de outras premissas sobre como o obeso pensa, sente e atua. A sociedade – e as diversas Ciências da Saúde – rotulam o agir do gordo como pautado pela indulgência, retratando-o como um delinquente nutricional. Nas brilhantes palavras CHRISTIANSEN (2018, p. 631), ele “tenderá a ser culpado por sofrer da doença, ainda mesmo quando as doenças são, por definição, involuntárias e sofridas”. Tal construção medicalizada e estigmatizante da obesidade leva a generalizações das problemáticas que circundam a alimentação, o corpo, a sociedade, a cultura e a saúde. Uma generalização comum é afirmar que pessoas com IMC acima de 30 kg/m² terão futuramente agravos de saúde como uma evidência, não como uma possibilidade, uma probabilidade, ou se quisermos versar para a Epidemiologia, um risco. Sem dúvida, há casos em que a obesidade não acarreta em doenças, agravos e morbidade,

¹⁶ Tais crenças também estão presentes no núcleo do estigma relacionado ao peso corporal em outros países (BREWIS e WUTICH 2019).

¹⁷ A imagem do gordo sem cabeça é um símbolo claro de estigmatização e desumanização. Para saber mais a respeito, sugerimos a leitura de: Cooper C. Headless Fatties. 2007. Disponível em: <<http://charlottecooper.net/fat/fat-writing/headless-fatties-01-07/>> [Acesso em 27/06/2021].

mas isto não se percebe porque se fala de um sujeito obeso abstrato, desarraigado, descontextualizado e sem biografia (CHRISTIANSEN, 2018). A inclusão da voz das pessoas gordas é demanda histórica do Fat Studies (ROTHBLUM e SOLOWAY, 2009; PAUSÉ e TAYLOR, 2021). A ausência dessa voz acarreta em uma epidemia de generalizações estigmatizantes construídas no processo de medicalização da obesidade. Nesta, não há espaço para o duvidoso, o intrigante, o ambíguo, o inesperado, ou seja, as matizes e nuances que sempre apareceram quando os diversos campos científicos que abordam a obesidade nas dimensões da alimentação, do corpo, da sociedade, da cultura de a saúde se encontram na encruzilhada (CHRISTIANSEN, 2018). Em sua argumentação final, a autora considerou que generalizar corpos gordos como “doentes” advém de um preconceito moral e de um viés epistemológico, que se retroalimentam. Tal retroalimentação se encontra em muitos programas de saúde pública pensados para criar soluções sanitárias para problemas sociais. Nestes há generalizações flagrantes, abastecidas com dados estatísticos que carecem de contexto e de tradição teórica. Este amalgama expõe os sujeitos à “construção de sua identidade como uma espécie de *Homo caloricus*, domesticado para se autodepreciar em sua singularidade não ideal” (CHRISTIANSEN, 2018, p. 635).

Nosso outro caso se deu nos Estados Unidos da América, a partir da decisão da *American Medical Association* (AMA) de considerar a obesidade uma doença. KYLE et al. (2016) narraram tal processo, em uma posição de concordância com a decisão. Os autores começaram o artigo traçando um breve panorama epidemiológico, declarando que a obesidade é responsável pela prevalência crescente de doenças crônicas e que configura “a maior ameaça de saúde pública deste século¹⁸” (KYLE et al., p. 2). Em seguida, apontaram que, conforme cresce a pesquisa sobre os fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais que contribuem para a obesidade, mais médicos/as e pesquisadores/as especializados/as em obesidade veem a mesma como uma complexa doença. Ressaltaram, inclusive, que esta perspectiva se torna cada vez mais dominante. Os autores enumeraram os marcos que contribuíram para que a AMA considerasse a obesidade uma doença. Tais marcos se dividiam em publicações de regulamentos de

¹⁸ Escrevo esta tese em isolamento social domiciliar devido à pandemia de Covid-19, que matou quase quatro milhões de pessoas no mundo, sendo 524 mil no Brasil (dados de 05/07/2021). É inevitável reagir a esta afirmação com alguma ironia frente à nossa inabilidade de prever o futuro. A fonte dos dados é: <https://www.google.com/search?q=n%C3%BAmero+de+mortes+covid+mundo&oq=n%C3%BAmero+de+mortes+covid+mundo&aqs=chrome..69i57j0l5j0i22i30l3.7623j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

seguros de saúde decidindo se o tratamento da obesidade seria cobertos pelos mesmos e de instituições de saúde (como o *National Institute of Health* e a *Obesity Society*). Um ponto bastante interessante é a descrição das indagações que um painel de experts da *Obesity Society* se fez para determinar que a obesidade era uma doença, em 2008. Foram utilizadas três abordagens: a científica, a forense e a utilitária. A abordagem científica se debruçou sobre duas questões: 1) Quais são as características que definem uma doença e; 2) Qual é a evidência de que a obesidade possui estas características? O painel simplesmente decidiu descartar essa abordagem por considerar que não existe uma definição clara, específica, largamente aceita e cientificamente aplicável do que é uma doença. A abordagem forense se embasava em posições oficiais de organizações respeitadas que já tinham declarado que a obesidade é ou deveria ser considerada uma doença. O painel encontrou que, embora não houvesse consenso, a maioria das organizações tendia a considerar a obesidade como doença. Entretanto, foi considerado que tais declarações eram mais baseadas em opiniões do que em evidências. O painel baseou sua decisão de considerar a obesidade como doença na abordagem utilitária, que faz uma análise lógica dos benefícios e perigos de considerar a obesidade uma doença. Para a *Obesity Society* e, subsequentemente para a AMA, os benefícios superavam os riscos e isto era suficiente.

Em 2013, então, a AMA, em seu encontro anual, “reconheceu” a obesidade como uma doença com múltiplos aspectos fisiopatológicos que necessitam de diversas intervenções para sua prevenção e tratamento. A associação apostava que “reconhecer a obesidade como uma doença ajudará a mudar a maneira como a comunidade médica lida com essa questão complexa” (KYLE et al., 2016, p. 3). A principal aposta era que a obesidade deixaria de ser considerada uma questão cosmética ou de estilo de vida e que aqueles que sofriam da então doença obesidade receberiam a mesma consideração e cuidado em saúde do que aqueles acometidos por outras doenças. Isso também significava que o tratamento da obesidade, incluindo a cirurgia bariátrica, deveria ser coberto pelos seguros de saúde e que mais investimentos deveriam ser feitos nas diversas formas de tratamento¹⁹. A AMA também esperava uma redução do estigma relacionado ao peso corporal, uma vez que o obeso deixaria de ser um delinquente nutricional (nas inspiradas

¹⁹ KYLE et al. (2016), em nenhum momento, mencionaram os interesses financeiros envolvidos nesta decisão, como os da indústria farmacêutica, por exemplo.

palavras de CHRISTIANSEN, 2018) e preguiçoso e passaria ser visto como alguém que é o que é em função de uma doença²⁰.

Considerando o impacto público da decisão da AMA, a revista científica *Narrative Inquiry in Bioethics* teve uma brilhante ideia: abrir uma chamada para que pessoas com obesidade narrassem suas histórias com o cuidado em saúde e como a decisão da AMA impactaria em suas vidas. Assim, um número específico da revista (Verão de 2014, volume 4, número 2) publicou doze histórias, tentando balancear posições favoráveis e contrárias à decisão da AMA. Além disso, o número também continha cinco comentários escritos por experts, que dialogavam com as histórias. Um destes comentários foi escrito por Cat Pausé, uma relevante pesquisadora do campo de Fat Studies.

Todas as histórias envolvem estigma e intenso sofrimento em função do peso corporal. Como escreveu BRASS (2014, p. 89): “ao longo dos anos, eu fui insultada, abusada verbalmente, sofri *bullying*, por causa do meu peso. Eu fui tratada como se eu fosse invisível, sem valor e estúpida – **uma pária**” (grifos nossos). Também é onipresente a incapacidade da maioria dos profissionais de saúde em tratar das pessoas com obesidade. Esta incapacidade parece ter várias facetas: desconhecimento, preconceito, moralismo e, às vezes, escancarada negligência, como bem retratado na narrativa de BRAMBLETTTE (2014), cuja médica já tinha ouvido falar de sua doença de base, isto é, causadora de seu excesso de peso (além de outros sintomas, como diversas infecções e retenção de líquidos e gordura nas pernas), porém nunca a aventou como hipótese diagnóstica. No prontuário de HANSEN (2014) foram registradas doenças que ela nunca teve – como diabetes gestacional e hipertensão – apenas porque ela era gorda. De todas as histórias, esta se colocou de forma mais contrária à decisão da AMA. HANSEN (2014, p. 99): afirmou: “Classificar a obesidade como uma doença fornece mais munição para a ‘guerra contra a obesidade’. Suponho que isso seja uma coisa boa. O problema é que a obesidade não é um germe ou um crime; é uma palavra aplicada a um tipo particular de corpo - e, portanto, para a pessoa que o habita. Do ponto de vista de uma pessoa gorda, a ‘guerra contra a obesidade’ é uma guerra contra pessoas gordas. É uma licença para intimidar, envergonhar e condenar pessoas gordas ao ostracismo e negar-nos empregos, cuidados médicos e até mesmo vida familiar porque não aparentamos bem. Pessoas gordas, proclamadas pela autoridade médica para ser o inimigo e identificáveis à vista

²⁰ Tal lógica, tão profundamente estigmatizante e embrenhada nos próprios valores morais que se julga estar eliminando, nos sugere que não se medicalizou apenas a obesidade, mas também seu estigma.

como estranhos, se tornam alvos para todos os tipos de raiva [...]. Por exemplo, aparentemente estou sugando das pessoas dólares de impostos através da minha gordura”. Por outro lado, a maioria das histórias tende a concordar com o estatuto da obesidade como doença e algumas giram em torno de processos exitosos de perda de peso e (CHAPMAN, 2014; ANONYMOUS ONE, 2014). SHERMAK (2014) trouxe um ponto instigante: considerar a obesidade como doença deveria fazer diferença para os/as médicos/as. Isto significaria parar de ignorá-la e estigmatizá-la e de fornecer conselhos genéricos e vagos, que não apontam para qualquer forma viável de tratamento. Tais conselhos, como abordagem única, jamais seriam feitos para uma pessoa com uma doença como meningite, por exemplo.

Abordaremos agora alguns comentários feitos pelos/as acadêmicos/as a partir de tais narrativas. KUSHNER (2014) destacou o provável reducionismo de se adotar apenas o IMC como método diagnóstico dessa “nova doença” – a obesidade. Ao fazê-lo, da noite para o dia, um terço dos estadunidenses (cerca de 70 milhões de pessoas) se tornaram (nominalmente) doentes, mesmo que estejam em condições excelentes de saúde. O autor ressaltou que tais corpos se tornaram, assim, ainda mais sujeitos às instituições médicas, seus saberes e seus poderes. Entretanto, faltam nestas as perspectivas de quem vive nestes corpos, como tão bem fez este volume da revista. SADLER (2014) também partiu dos números supramencionados para afirmar que a decisão da AMA foi o mais profundo ato de medicalização na história da Medicina dos Estados Unidos da América. Ele denominou este ato em si como uma medicalização do fator de risco, que significaria declarar como doença uma condição que põe alguém em um risco probabilístico de desenvolver uma doença. A linha entre um fator de risco e uma doença é, portanto, tênue e difícil de ser traçada. GOLDBERG (2014, p. 118) dialogou com este raciocínio, ao escrever que: “é difícil acreditar que a AMA desconhece que o conceito de doença é uma construção social, e que simplesmente declarar um fator de risco - em si um conceito tenso [...] – como uma doença nem decide o assunto e nem evita qualquer uma das complexidades e ambiguidades que se obtêm no enquadramento da doença”. SADLER (2014) também trouxe outro ponto importante: a Medicina se baseia em dados probabilísticos que, na prática clínica, são exageradamente generalizados, geralmente na forma de julgamentos sobre um indivíduo, sem que sua perspectiva singular possa ser considerada. PAUSÉ (2014, p. 138), em seu comentário, foi ainda mais crítica quando afirmou que “basear o diagnóstico, e o tratamento subsequente, em suposições feitas em torno do tamanho

corporal de um indivíduo não é um cuidado baseado em evidências. Alguns podem inclusive chamar isto de má prática”.

Articulado à medicalização da obesidade, por ser seu instrumento de diagnóstico, encontramos o que chamamos de uso absolutista do IMC²¹. Nesse tocante, a nomeação de um fenômeno crítico se configurou ao longo dos anos 1990s: a chamada “epidemia da obesidade”. A mesma consistia em uma bomba-relógio conectada por dois fios: as crescentes prevalências de obesidade ao redor do globo e as associações entre obesidade e diversas doenças (COOPER, 2010), que se cristalizaram na publicação “*Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*”, pela *World Health Organization* (WHO, 1998). Há algo que conecta estes dois fios supramencionados: o uso do IMC como variável de interesse. Chamamos o uso do IMC de absolutista pelo seu papel centralizador em determinar quem é doente ou não e por permear/embasar o discurso dominante sobre a obesidade. Mesmo assim, há disruptivos estudos que o questionam justamente no campo desses dois poderes. Iremos nos debruçar sobre o trabalho de NICHOLLS (2013), que explorou o papel que a padronização e a classificação da obesidade, por meio do IMC, teve sobre a chamada “epidemia da obesidade”. Segundo o autor, classificar pode ser útil, ao fornecer contagens que balizam orçamentos, planejamento e protocolos. O processo de classificação agrupa indivíduos que possuam alguma similaridade. Quando este processo gera categorias (ou grupos), tende-se a focar na variação entre grupos e não intragrupos. Consideremos as categorias baseadas no IMC: baixo peso, peso “normal”, sobrepeso e obesidade. A categoria de “peso normal” abrange indivíduos com IMC entre 18,5 kg/m² e 24,9 kg/m². É bem provável que pessoas nos extremos dessa categoria apresentem diferenças mais marcantes do que aquelas com IMC de 24 kg/m² e 25 kg/m², que recebem, porém, classificações e, conseqüentemente, tratamentos diferentes. Isso decorre de uma importante afirmação feita por NICHOLLS (2003, p. 10), que nem sempre recebe a reflexão necessária: “o agrupamento não classifica o peso, ele classifica as pessoas”.

NICHOLLS (2013) também recuperou as definições iniciais de sobrepeso e obesidade. Enquanto o primeiro se referia ao excesso de peso ou massa corporal, o segundo se definia pelo excesso de gordura corporal. Tratam-se de dois atributos relacionados, porém diferentes e que requerem métodos diferentes para sua mensuração. É curioso, entretanto, que o construto relacionado ao excesso de gordura corporal – a

²¹ Para saber mais sobre a história do IMC, recomendamos a leitura de Anderson J. Whose voice counts? A critical examination of discourses surrounding the Body Mass Index. *Fat Studies* 2012; 1: 195–207.

obesidade – seja mensurada pelo IMC, uma razão matemática que considera o peso (isto é $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$). Certamente o IMC é uma medida muito mais rápida, simples e barata do que qualquer mensuração da gordura corporal, mas a discrepância entre a definição e a correspondente forma de mensuração é digna de nota. Todavia, ao longo dos anos 2000s, os dois termos – obesidade e sobrepeso - foram padronizados como um mesmo construto. Seguindo o mesmo paradoxo descrito acima, o sobrepeso e a obesidade passaram a corresponder ao excesso de gordura corporal, mas que deveria ser mensurado pelo IMC. Esta padronização simplificou o processo de mensuração, mas trouxe uma consequência importante: o sobrepeso tornou-se uma “pré-doença” ou uma “proto-doença”. O sobrepeso tornou-se, portanto, algo entre um sinal de alerta e a doença em si, ou seja, uma realidade clínica sobre a qual é legítimo intervir. Finalmente, o autor também notou que o ponto de corte que define a partir de qual IMC alguém tem sobrepeso foi gradualmente diminuindo ao longo dos últimos vinte anos, aumentando, a cada nova decisão, a prevalência de sobrepeso (NICHOLLS, 2013).

A última crítica de NICHOLLS (2013) se referia ao uso do IMC como um método diagnóstico no nível individual, isto é, na clínica. O IMC não possui sensibilidade e especificidade para ser usado como tal. Alguns estudos citados pelo autor mostram que não necessariamente o sobrepeso está associado a maior morbidade e mortalidade, por exemplo. Isto tanto desafia a concepção do sobrepeso como uma “pré-doença” como ressalta a importância de outros fatores para a saúde, como as práticas alimentares, a prática de atividade física, o tabagismo, os aspectos ambientais e socioculturais (inclusive o estigma). As evidências epidemiológicas são deveras relevantes e devem ser consideradas, porém, ao traduzi-las para a clínica, deve-se evitar uma falácia ecológica, em que associações encontradas no nível agregado se aplicam diretamente no nível individual. Em suma, o autor concluiu que dois fatores criaram uma visão simplista da obesidade, que facilitou a construção/produção da epidemia da obesidade: 1) uma padronização da linguagem, que apagou a incerteza e a variação e; 2) a aparência de objetividade trazida pela quantificação de medidas padronizadas. NICHOLLS (2013, p. 11) não negou o aumento da incidência e prevalência da obesidade nos tempos recentes, porém argumentou que “a descrição e o debate atual sobre a epidemia de obesidade carecem de um discurso matizado que reconheça as distintas limitações de categorias padronizadas baseadas no IMC (e as incertezas relacionadas à obesidade *per se*) e que é promulgado pela linguagem e abordagens empregadas”.

Outro autor que usaremos aqui é GUTIN (2018), que fez uma análise sociológica sobre o IMC como uma medida de saúde. Ele reconheceu a legitimidade dos estudos epidemiológicos que mostram associação entre o IMC e morbi/mortalidade, especialmente em níveis mais altos de IMC. Entretanto, apontou nuances críticas do IMC enquanto método diagnóstico e critério de saúde. Inicialmente, o autor apontou que o resultado/diagnóstico do IMC se confunde com o “peso saudável” socialmente idealizado. Assim, a obesidade se torna um ótimo exemplo de uma doença construída socialmente, uma vez que o status de “doente” não vem apenas pelo IMC, mas pela importância e valor moral atribuídos ao peso, à imagem corporal e à saúde na nossa sociedade. Para que a obesidade seja uma doença construída socialmente, é necessário existir um modelo normativo de saúde, que estabelece uma faixa de peso e de saúde consideradas ideais. O IMC operacionaliza este modelo, uma vez que atribui números às crenças que determinam o “normal versus anormal” e o “moral versus o imoral”, ao mesmo tempo em que modela e retroalimenta tais crenças e valores. GUTIN (2018) também abordou quais fontes metafóricamente abasteceram o IMC para que sua validade e o seu poder fossem inchados. Isto passa por relações de poder entre “regimes da verdade” (GUTIN, 2018, p. 5) (como o conhecimento científico), indivíduos e instituições (como o governo, a medicina e as normas sociais). Estas relações de poder desumanizam as pessoas, que passam a ser vistas como um número mensurável (no caso, o IMC). Tal número ocupa posição hierárquica superior nos jogos do campo científico, por ser visto como produto objetivo do método científico, do que as informações supostamente distorcidas e subjetivas que podem ser dadas por um/a paciente portador da doença construída pelo próprio número. O autor finalizou seu trabalho explicando como a noção sociológica de performatividade é aplicável no caso do IMC e como isto pode trazer questionamentos quanto à sua validade conceitual. Em diversos estudos, o IMC é considerado a única medida de saúde. Isto borra a linha entre os dois construtos – IMC e saúde. Aqui a linguagem assume aspectos performativos, uma vez que o termo usado para definir saúde se torna um substituto do construto saúde. Assim, GUTIN (2018, p. 6-7) afirmou que “o IMC é a quintessência dessa performatividade na pesquisa empírica em saúde, demonstrando como medidas e modelos vêm substituir as verdades sociais que pretendem simular”. Esta lógica da performatividade traz objeções à própria natureza ontológica do IMC, uma vez que ele simultaneamente mede e define o problema do excesso de peso e, portanto, também a doença. Tal medida modela, portanto, nossas realidades sociais de saúde, peso e peso saudável, mesmo que sua validade seja

questionável. Concluindo, temos um ciclo bastante problemático: por um lado sabemos que a saúde é complexa e multidimensional, por outro lado isolamos e usamos uma única medida (o IMC) para definir, medir e representar a saúde, ultrapassando-a. Isso gera dados científicos de valor questionável. Ademais, o IMC se torna uma representação abstrata do corpo, que alimenta uma narrativa em que dados obtidos em nível populacional retornam para as pessoas sem as necessárias ponderações e nuances, por meio dos protocolos de saúde, das políticas públicas e privadas de saúde e na própria autovigilância que o indivíduo faz do seu IMC.

Pudemos perceber como o IMC foi peça crucial na construção da epidemia da obesidade. A modificação de estatuto epistemológico da obesidade passando de “fator de risco” a “doença”, e depois a “epidemia mundial” contribuiu para que a obesidade se tornasse uma questão social, política e midiática (POULAIN, 2009). Como resposta da Saúde Pública, iniciou-se a “guerra contra obesidade” ou, como BREWIS e WUTICH (2019) nomearam, a “*World War O*”. SALAS (2015, p. e79) definiu tal guerra como “um amplo conjunto de políticas e programas baseados na saúde destinados a controlar a crescente ameaça da epidemia de obesidade e doenças crônicas relacionadas”. De acordo com o discurso dominante sobre a obesidade, a lógica por trás desta guerra seria da obesidade como uma bomba-relógio. Se não desarmada, seus efeitos nas doenças crônicas não transmissíveis devastariam a saúde da população e destruiriam financeiramente os sistemas de saúde (SALAS, 2015). HERNDON (2006) relembrou brevemente a história do início dessa guerra nos Estados Unidos da América. Em 13 de dezembro de 2001, o *Surgeon General*²² dos Estados Unidos da América, David Satcher, junto com o secretário Tommy Thompson, anunciou a guerra contra a obesidade em uma coletiva de imprensa, citando estatísticas alarmantes sobre a contribuição da obesidade para diversas doenças crônicas não transmissíveis e sobre o custo da obesidade para os sistemas e serviços de saúde (público e privado) e para os empregadores. Na coletiva foi lançada a publicação “*The Surgeon General’s Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity*” (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 2001). Para “motivar” todos aqueles que estavam assistindo a coletiva de imprensa, Thompson declarou que “todos os americanos, como seu dever patriótico, deveriam perder 10 libras” (HERNDON, 2006, p. 128). Rapidamente, a guerra passou a ser lutada em outros fronts, como o México, a China, a Coreia do Sul (BREWIS e WUTICH, 2019), o Reino Unido,

²² Este cargo é indicado pelo Presidente da República, para cuidar da Saúde Pública do país. Para saber mais, sugerimos consultar: <https://www.hhs.gov/surgeongeneral/index.html>

o Canadá, a Nova Zelândia e a Austrália e, de forma global, pela Organização Mundial de Saúde (O'HARA e GREGG, 2012). O inimigo era o peso corporal, que precisava ser diminuído (ou o ganho de peso, que deveria ser prevenido) e, para tanto, eram empregadas estratégias educativas e restritivas voltadas para que os indivíduos aumentassem sua prática de atividade física e diminuíssem seu consumo alimentar. Ou seja, eram utilizadas estratégias de mudança comportamental e/ou de educação em saúde. Certamente, a obesidade vem ganhando a guerra, com a falta de resultados sustentáveis da maioria das intervenções para prevenir ganho de peso ou diminuir o peso corporal. As razões para tanto são múltiplas: 1) há descompasso entre a complexidade e a natureza social e estrutural da obesidade e as estratégias individualistas adotadas; 2) não há evidência científica clara sobre as melhores práticas; 3) o foco no peso corporal pode ter desviado o foco da saúde (retomando aquilo que foi discutido em termos teóricos por GUTIN, 2018) e; 4) há conflitos de interesse entre as políticas de saúde e as grandes corporações, como a de alimentos (BREWIS e WUTICH, 2019; O'HARA e GREGG, 2012; PALMA et al., 2014; SALAS, 2015).

Há outra hipótese que muito nos interessa. ABU-ODEH (2014) pesquisou a relação entre o estigma relacionado ao peso corporal e a Saúde Pública, advertindo sobre o problema das campanhas que têm o intuito de prevenir a obesidade. Ela concluiu que algumas dessas campanhas de Saúde Pública estigmatizam as pessoas com obesidade com o intuito de proteger aquelas que não a possuem, apelando para sentimentos como medo e nojo²³. Ainda, salientou que o estigma, sob a perspectiva ética, nunca pode, nem deve ser utilizado como uma ferramenta de prevenção ou tratamento. Ainda no campo da ética, PAUSÉ (2017) ressaltou que tais intervenções estigmatizantes ferem o princípio básico de *primum non nocere* (primeiro, não prejudicar), que faz parte não só do juramento hipocrático feitos pelos/as médicos/as, mas também da bioética que compõe a formação de todos/as os/as profissionais de saúde. COUCH et al. (2017, apud PAUSÉ, 2017) argumentaram de forma clara e incisiva: “As intervenções de saúde pública baseiam-se em mecanismos específicos para estabelecer o controle social e a governabilidade, com, aparentemente, pouca avaliação das implicações que isso pode ter. É uma suposição comum em muitas intervenções de saúde pública que é aceitável focar nos indivíduos e na responsabilidade pessoal, para criar medo, fomentar o estigma e a repulsa e sugerir soluções irrealistas, na esperança de benefícios futuros para a saúde da

²³ Um exemplo bastante estigmatizante se encontra no slogan de posters de uma campanha mexicana: “Ninguém sonha em se tornar um adulto com sobrepeso” (BREWIS e WUTICH, 2019).

população. Essa suposição raramente é questionada, mas deveria ser”. O’HARA e GREGG (2012) avançaram tal discussão, mostrando que a produção de estigma relacionado ao peso corporal, como efeito colateral da guerra contra a obesidade, constituía violação dos direitos humanos. Tornou-se claro que a guerra não era contra a obesidade, mas sim contra os/as obesos/as²⁴ (BREWIS e WUTICH, 2019). HERNDON (2006) argumentou que, nos Estados Unidos da América, a guerra não era só contra os/as obesos/as, mas com aqueles que eram socialmente considerados como “rendidos/as” à obesidade: negros/as, imigrantes e pobres, ou seja, grupos que já eram marginalizados e estigmatizados. Na mídia e nas instituições, tais grupos eram vistos como obesos/as que aceitam a obesidade, que não internalizam o estigma, que não compreendem os perigos da obesidade e que escolhem tomar decisões moralmente erradas, como comer *fast-food*. Assim, era justo que “os bons cidadãos/as boas cidadãs” que cuidavam da sua saúde se revoltassem contra estes/as obesos/as, que drenavam dinheiro dos sistemas de saúde e das empresas. A guerra contra a obesidade justificava estigmatizar os/as negros/as, imigrantes e pobres, intersectando o estigma relacionado ao peso corporal com opressões de raça, origem e classe social (HERNDON, 2006)²⁵.

ABU-ODEH (2014) complementou, ao afirmar que se nos referirmos a uma doença como câncer ou gripe, essas são doenças que as pessoas têm. Contudo, quando as pessoas apresentam corpos com sobrepeso ou obesidade, elas são obesas (ou gordas). A diferença do uso do verbo (*to have* e *to be* em inglês) coloca, segundo a pesquisadora, a categoria de “obesa” (ou gorda) em um lugar de ser rotulado como um tipo de pessoa. Assim, muitas campanhas de prevenção rotulam pessoas reforçando o estigma que atrela certas características físicas a outras de caráter e personalidade, além das de raça, classe social e gênero. O poder de estigmatizar, e o posterior engavetamento do sujeito em uma determinada categoria, acarreta consequências econômicas, políticas, simbólicas e sociais e influencia a perda relativa de status, a iniquidade e a discriminação.

Destarte, a Saúde Pública pode ser agente causal na estigmatização de pessoas com sobrepeso e obesidade, por meio dos três processos, altamente relacionados entre si, que discutimos nesse tópico: a medicalização da obesidade; o uso absolutista do IMC e a guerra contra a obesidade e os obesos. Infelizmente, o estigma também atravessa o cuidado em saúde, como veremos no próximo tópico.

²⁴ Este ponto foi claramente colocado por HANSEN (2014), em sua história publicada na *Narrative Inquiry in Bioethics*, que citamos anteriormente.

²⁵ A autora não menciona, mas certamente há também uma intersecção com opressões de gênero.

3.4. O estigma relacionado ao peso corporal no cuidado à saúde

Se quisermos discutir o estigma relacionado ao peso corporal na esfera da saúde dos indivíduos, temos que considerar: 1) os efeitos de tal estigma em parâmetros de saúde; 2) a (não) permissão à saúde para as pessoas com obesidade e; 3) como o estigma relacionado ao peso corporal se desenvolve nos serviços de cuidado à saúde e pelos/as profissionais de saúde. Em função dos objetivos desta tese, focaremos mais no terceiro aspecto, porém os três constituem barreiras para a saúde das pessoas com sobrepeso e obesidade.

De acordo com quatro revisões sistemáticas, o estigma relacionado ao peso corporal piora a saúde física e mental das pessoas com sobrepeso e obesidade, com prejuízos em parâmetros cardiovasculares e metabólicos, maior risco de diabetes, pior imagem corporal e autoestima, maior uso de substâncias e maiores sintomas de ansiedade e stress (PANZA et al., 2019; PEARL e PUHL, 2018; PAPADOPOULOS e BRENNAN, 2015; WU e BERRY, 2018). PAUSÉ (2017) também citou como efeitos do estigma relacionado ao peso corporal o sentimento de isolamento, a depressão e até a ideação suicida. O estigma também aumenta o risco de práticas alimentares menos saudáveis e de compulsão alimentar e diminui a chance de pessoas com sobrepeso e obesidade se engajarem em atividade física e em cuidados de saúde (PAUSÉ, 2017; PUHL e BROWNELL, 2006; SCHMALZ, 2010; TOMIYAMA, 2014; VARTANIAN e SHAPROW, 2008; WU e BERRY, 2018). Assim, BREWIS (2014) e PUHL et al. (2020) consideraram que o estigma relacionado ao peso corporal é um perpetuador da obesidade. Neste círculo vicioso, o estigma é um estressor situado socioculturalmente que parece inibir a perda de peso por si só, além de contribuir para o ganho de peso e para riscos à saúde (TOMIYAMA, 2014; BREWIS, 2014; PANZA, et al. 2019; PEARL e PUHL, 2018). Dessa forma, constatamos que o estigma relacionado ao peso corporal prejudica a saúde e a vida social daqueles que o sofrem.

Em uma instigante autoetnografia colaborativa, LEE e PAUSÉ (2016), duas acadêmicas, gordas e ativistas do campo do Fat Studies, questionaram se é possível uma pessoa gorda ser validada como saudável, dada a opressão sistêmica e estrutural exercida sobre ela, a (possivelmente hiperbólica) definição de saúde feita pela Organização Mundial de Saúde e o imperativo do IMC. Um trecho reflexivo do texto retrata muito bem essa (mais uma) ameaça à saúde das pessoas gordas: “A saúde é importante para

mim? Como eu entendo o que a saúde significa como uma pessoa gorda? Eu acho que quero estar com boa saúde. Eu quero viver uma vida totalmente funcional e entendo que uma boa saúde é parte dessa equação. Mas frequentemente sou desencorajada, porque os outros **não me permitem ter saúde**. Nunca. Porque sou gorda. E parte de mim questiona – qual é o ponto então? Então como eu entendo o que a saúde significa para mim? Ou nem devo me incomodar? [...] Se eu nunca posso ser saudável, então por que eu compreí essa ideia em primeiro lugar?” (LEE e PAUSÉ, 2016, p. 4, grifos nossos). A ciência biomédica investe grandes esforços e recursos para negar a chancela de nem apenas uma obesidade **metabolicamente** saudável. Um estudo de coorte recente concluiu que os supostos “obesos metabolicamente saudáveis” têm maior risco de desenvolver diabetes, doença aterosclerótica fatal, insuficiência cardíaca e doenças respiratórias do que aqueles com o mesmo perfil metabólico, porém com IMC “normal” (ZHOU et al. 2021). Os autores recomendaram que todos os indivíduos com obesidade, independentemente do seu perfil metabólico, deveriam perder peso. Se lembrarmos da argumentação de NICHOLLS (2013) sobre os problemas de “tradução” de dados populacionais para individuais, o estudo de ZHOU et al. (2021) se “traduz” na forma como um médico endocrinologista encerrou uma consulta com Cat Pausé. É importante contextualizar que ela foi obrigada pelo Serviço de Imigração a fazer tal consulta, ao desejar viver na Nova Zelândia, pois precisava provar que era saudável. Seus exames mostravam que ela era saudável, seu IMC não. O médico disse que aqueles resultados normais não durariam muito e que ela estaria com diabetes antes de ter trinta anos (LEE e PAUSÉ, 2016).

Um outro efeito negativo se refere ao cuidado em saúde. Há evidências de que mulheres com sobrepeso e obesidade evitam realizar exames preventivos, como Papanicolau, mamografia e coloscopia, pois sabem que encontrarão equipamentos de tamanho inadequado para elas e profissionais de saúde potencialmente estigmatizadores, que irão fazê-las se sentirem envergonhadas pelo seu tamanho corporal e (LEE e PAUSÉ, 2016; MITCHELL et al., 2008; SCHWARTZ et al., 2003). Considerando que, populacionalmente, o risco para alguns tipos de câncer pode ser maior entre as mulheres com obesidade (MITCHELL et al., 2008), percebemos como o estigma pode fadar tais mulheres à doença. PHELAN et al. (2015), em sua revisão narrativa sobre como o estigma pode comprometer o cuidado em saúde oferecido para pessoas com obesidade, traz o conceito de “*enacted stigma*”. Este não seria um estigma flagrante, mas sim decorrente das atitudes que os profissionais de saúde têm a respeito de pessoas com obesidade. Este

tipo de estigma pode prejudicar muito o tratamento, pois faz com que o paciente se sinta despeitado, indesejado ou inapropriado.

BUDD et al. (2011) realizaram revisão integrativa sobre atitudes de profissionais de saúde quanto à obesidade. Foram pesquisados/as médicos/as, enfermeiros/as, nutricionistas e psicólogos/as e profissionais especializados em obesidade – sem especificar de quais profissões eram – em 15 estudos publicados em inglês de 1993 a 2011. Foram encontradas atitudes estigmatizadoras, despertando sentimentos de ambivalência nos/as profissionais quanto ao tratamento das pessoas com obesidade. Os autores afirmam, entretanto, que os resultados indicavam que não haveria possível comprometimento do tratamento. Questionamos aqui se isso é possível quando o/a usuário/a é estigmatizado/a pelo/a profissional. Possivelmente, duas características limitaram o estudo: não investigar a perspectiva dos/as pacientes e incluir apenas estudos quantitativos, que trazem menos profundidade, sentidos e nuances a um fenômeno sociocultural tão complexo como o estigma.

A revisão sistemática de JUNG et al. (2015) sobre o estigma relacionado ao peso corporal por parte de nutricionistas incluiu oito estudos, considerando que ser um estudo qualitativo era um critério de exclusão. A maioria dos estudos mostraram que nutricionistas e estudantes de Nutrição tinham preconceito contra as pessoas com obesidade e atitudes negativas em relação às mesmas. A obesidade era vista como uma condição gerenciável e que, portanto, pessoas com obesidade eram responsáveis pelo seu peso, porém comiam em excesso e/ou de forma errada, eram sedentárias, tinham pouca força de vontade e estabeleciam metas irreais de perda de peso corporal. Os pesquisadores constataram que, como consequências dessas crenças preconceituosas, as nutricionistas praticavam três tipos de discriminação comportamental: evitação instrumental (com consultas mais curtas), evitação profissional (com menos esforço e dedicação para com estes pacientes) e evitação interpessoal (com uso de tom e linguagem negativas durante consultas). Interessantemente, as nutricionistas tinham atitudes mais positivas quando o/a paciente com obesidade se culpava pelas tentativas fracassadas de perda de peso. Com isso, podemos supor que as nutricionistas preferiam cuidar de um ser culpado, que não as responsabilizaria pelo fracasso, enfim, o que, possivelmente FOUCAULT (2013) chamaria de corpo dócil²⁶. Parece-nos também que há uma séria questão ética em jogo

²⁶ O conceito de corpo dócil é usado em “Vigiar e punir” (FOUCAULT, 2013) para pensar corpos manipulados por um mecanismo de poder, que estabelece normas corporais para orientar o atuar dos indivíduos a favor de fins úteis.

quando se determina que o/a paciente precisa sentir-se mal consigo mesmo para ser supostamente bem tratado.

No Brasil, o estudo de OBARA et al. (2018) avaliou 335 estudantes de Nutrição. A coleta de dados foi online e, para cada participante, era aleatoriamente sorteado um dos quatro possíveis casos: um/a paciente referenciado a um nutricionista após receber o diagnóstico de intolerância à lactose (com essas quatro variações: sexo masculino e eutrófico; sexo feminino e eutrófica; sexo masculino e obeso; e sexo feminino e obesa, nos termos das autoras). Com exceção do IMC, todos os dados de saúde (como pressão arterial, por exemplo), consumo alimentar e prática de atividade física eram iguais para os quatro casos. Os/as participantes tinham de responder uma série de perguntas sobre suas crenças e atitudes perante os pacientes. Os/as estudantes avaliaram que gastariam mais tempo de consulta com os casos com obesidade, porém estes mesmos casos receberam menores pontuações sobre a qualidade da sua alimentação, a quantidade de energia ingerida e seu estado de saúde, ainda que os dados fossem exatamente iguais àqueles dos sujeitos com peso “normal”. Várias atitudes negativas foram significativamente mais observadas nos casos com obesidade, tais como acreditar que o/a paciente seja pouco disciplinado/a; acreditar que seria necessário ser mais rígido/a com o/a paciente; considerar o/a paciente mais incômodo/a e; crer menos que o/a paciente siga as orientações nutricionais, entre outras. É importante mencionar que as atitudes mais negativas foram observadas entre as mulheres com obesidade, ressaltando novamente a intersecção com a opressão de gênero. O estudo deixou clara a presença de atitudes estigmatizantes entre estudantes de Nutrição, o que levanta preocupação sobre suas futuras atuações como nutricionistas.

Também no Brasil, CORI et al. (2015) realizaram um estudo transversal, com coleta de dados online, com 344 nutricionistas. As perguntas abrangeram: 1) fatores envolvidos no desenvolvimento da obesidade; 2) características atribuídas a pessoas obesas; 3) características atribuídas à obesidade e indivíduos obesos. As causas mais citadas para a obesidade foram: inatividade física; alterações emocionais e de humor (depressão, ansiedade); vício/dependência em comida e; comer uma quantidade maior do que o necessário. Também foi digno de nota que 56,8% dos/as nutricionistas acreditavam que uma das causas para a obesidade era “Não considerar o excesso de peso um problema”. Temos dificuldade em até imaginar esse cenário em um mundo que estigmatiza e marginaliza brutalmente as pessoas com obesidade, em todas as dimensões da sua vida, como já apresentamos nessa revisão. Os/as nutricionistas também

consideraram que os indivíduos com obesidade eram gulosos, não atraentes, desajeitados, sem determinação, preguiçosos e relaxados. Aproximadamente 63% da amostra acreditava que “A maioria dos pacientes obesos poderia alcançar seu peso ideal (em relação à altura) se fosse motivada a isso”. Este estudo mostrou que nutricionistas são profundos agentes de discriminação e estigma, o que, definitivamente, os/as incapacitam de prover um cuidado à saúde humanizado, baseado em evidências científicas e eficaz. Isto é extremamente preocupante, já que o/a profissional nutricionista, muitas vezes, é visto como a melhor pessoa para lidar com questões de peso corporal.

ALBERGA et al. (2019) fizeram uma revisão de 21 estudos (sendo 15 quantitativos), com objetivo de analisar como as percepções e experiências de estigma relacionado ao peso corporal sofridas por pessoas com obesidade influenciam o engajamento das mesmas no cuidado primário em saúde. Dez temas foram identificados e serão resumidamente listados abaixo:

1. Tratamento desdenhoso, paternalista e desrespeitoso: insultos verbais, humor inapropriado, comentários insensíveis sobre o peso, conselhos simplistas (como, por exemplo, “você precisa perder peso, então pare de comer”).
2. Profissionais de saúde com falta de treinamento sobre obesidade: conselhos ineficazes, falta de conhecimento sobre o manejo do peso corporal e os diferentes tipos de tratamento.
3. Ambivalência quanto a usar ou não o serviço de saúde, considerando as experiências ruins do passado.
4. Atribuição, pelo/a profissional de saúde, de todos os problemas de saúde do/a paciente à obesidade: essa ênfase faz com os/as pacientes não se sintam escutados/as e considerados/as. Também faz com que eles/as não queiram ser pesados/as, para que suas queixas sejam ouvidas e o foco não fique completamente no peso corporal.
5. Suposições sobre o ganho de peso: profissionais já supõem que os/as pacientes comem de determinada maneira (inadequada e exagerada) e que não se exercitam. Ademais, não escutam quando os/as pacientes tentam corrigir essas suposições e não demonstram empatia, isto é, pensar como seria ter o mesmo IMC do/a paciente.
6. Barreiras para utilização do cuidado em saúde: longos e não solicitados discursos sobre perda de peso, não querer ser pesado/a, sentir

constrangimento sobre o peso corporal, medo de expor seus corpos, desconforto em se despir no consultório e equipamentos (mesa, cadeira, instrumentos de aferição) com tamanho inapropriado.

7. Expectativa de um tratamento diferenciado: já esperar receber um tratamento de pior qualidade por ser uma pessoa com obesidade.
8. Pouca confiança e comunicação pobre: pacientes sentiam-se hesitantes em conversar sobre seu peso corporal e estranhavam a forma como os/as profissionais abordavam o assunto (de maneira apressada, medicalizada e insensível).
9. Evitação ou demora em utilizar serviços de saúde: pessoas com sobrepeso relutam em usar o serviço de saúde para exames preventivos, cuidados ginecológicos e de pré-natal por receio de expor seus corpos e sofrer estigma.
10. “Doctor shopping”: mudar constantemente de profissional de saúde, especialmente o/a médico/a, caso a pessoa com obesidade se sentisse estigmatizada.

Essa revisão concluiu que os/as profissionais do cuidado primário em saúde demonstram diversas atitudes estigmatizantes e que isso dificulta o engajamento das pessoas com obesidade com os serviços de saúde. Tais dados foram corroborados e aprofundados por dois estudos qualitativos que serão discutidos a seguir.

RUSSEL e CARRYER (2013) realizaram uma pesquisa qualitativa, com referencial teórico feminista, com oito mulheres. Estas relataram que os/as profissionais de saúde as assustam ao listarem os riscos associados à obesidade, mas não dão o suporte, o apoio e as ferramentas necessárias (e comprovadamente eficazes) para mudar sua condição de “obesa”. Muitos/as profissionais não veem a pessoa com obesidade como um indivíduo complexo e multifacetado que tem direito a um tratamento respeitoso, apropriado e livre de julgamentos. Tais pessoas reportaram ser vistas como seres patológicos e não como uma pessoa por inteiro, que têm vidas complexas, fatores estressores e obrigações fora do espaço de cuidado à saúde. Outro problema é o choque entre duas agendas: a da paciente que vem com uma queixa X e a do/a profissional que só pretende atribuir X, Y ou Z à obesidade. Duas falas das participantes ilustram bem tais achados: “Não olhe, e sim escute. Este é o ponto. Se você simplesmente pudesse ‘cegarlos’ todos” e “Se você não vai me ouvir, por que então eu deveria ouvir você?”. Os autores

concluíram que: “antes das mulheres entrarem no território do cuidado à saúde, elas já foram rotuladas como preguiçosas, gluttonas, feias e estúpidas – socialmente diagnosticadas por terem uma deficiência auto-infligida e amplamente prescritas como um problema que necessita ‘conserto’. Elas entram no domínio do cuidado à saúde com alta sensibilidade à estigmatização, desesperadas para serem reconhecidas como indivíduos – e não espécimes sujeitas à patologização e julgamento injusto” (RUSSEL e CARRYER 2013, p. 204).

MERRILL e GRASSLEY (2008) conduziram estudo qualitativo fenomenológico sobre as histórias das percepções de mulheres com sobrepeso e obesidade nos espaços de cuidado à saúde. Tais histórias contavam batalhas lutadas por essas mulheres para se “encaixar e caber” dentro do mundo do cuidado à saúde e também para mostrar que tinham valor. As participantes afirmavam que não se sentiam exatamente humanas nos serviços de saúde, ao ouvir, por exemplo, sentenças que se referiam aos seus corpos como uma coisa em si, em termos não humanos. Elas tinham que lembrar a si mesmas e aos profissionais de que eram pessoas, ou de que eram mais do que seus respectivos pesos corporais. Uma fala de uma participante mostrou bem essa desumanização oriunda do estigma: “Quando eu estava dando à luz ao meu filho... eu acho que eu pesava 97 kg quando ele nasceu e eu me sentia enorme... Eu consigo lembrar que na sala de parto o médico disse algo para mim... durante o parto. Ele disse: ‘Simplesmente relaxe e se veja numa praia como uma grande baleia atracada’. Aquilo me machucou tanto porque eu já me sentia enorme”.

Na pesquisa de KAMINSKY e GADALETA (2002), quarenta pacientes com obesidade que fizeram cirurgia bariátrica responderam a um questionário que cobria o período pré, durante e pós-cirurgia, no tocante às atitudes dos/as profissionais e das equipes da atenção primária (nos focaremos nessa aqui, pelo escopo da nossa pesquisa), dos ambulatórios e do hospital, além dos equipamentos usados. Assim, na atenção primária havia falta de balanças, aventais, cadeiras, mesas de exame e medidores de pressão adequados. As autoras interpretaram tal ausência como, no mínimo, uma falta de consideração para com uma grande parte da sociedade, mas também como uma discriminação que pode ser ilegal. Ademais, afirmaram que nos falamos constantemente que a população está ganhando peso, mas será que estamos preparados/as para isso? Com base nesses dados e nos demais estudos, adicionaríamos duas questões: será que achamos que precisamos nos preparar? Ou transferimos a preparação, a prontidão, a motivação, a adequação e a adesão para os/as pacientes com obesidade? A pesquisa descrita abaixo

mostrou claramente as consequências estigmatizadoras desse processo de transferência unilateral de responsabilidade.

ANDERSON e WADDEN (2004) exploraram quantitativamente as visões de 105 candidatos/as à cirurgia bariátrica sobre as atitudes e práticas dos/as seus/suas médicos/as. Os/as participantes indicaram tais atitudes e práticas estigmatizadoras com maior frequência:

1. Sentirem-se tratados/as sem respeito pelos/as médicos/as.
2. Ouvirem insultos ou comentários críticos sobre o peso corporal.
3. Serem criticados/as por não tentar mais, quando reganham peso que foi perdido anteriormente.
4. Perceberem que os/as médicos/as tentam assustá-los/as dizendo os riscos de saúde associados com o sobrepeso, para que eles/as finalmente percam peso.
5. Ouvirem dos/as médicos que eles/as precisam perder peso sem que eles/as tenham perguntado.
6. Sentirem que os/as médicos/as não acreditam quando eles/as dizem que não comem tanto assim.

De forma complementar, os/as participantes se sentiam satisfeitos com o tratamento do seu peso corporal quando havia, de fato, um encontro e um engajamento empático de ambas as partes. As seguintes atitudes eram alguns desses preditores de satisfação com os/as médicos/as:

1. O quanto os/as médicos/as explicavam as questões sobre o peso corporal e por quanto tempo.
2. A frequência com que os/as médicos/as discutiam o controle de peso.
3. O quão bem os/as médicos/as entendiam os sentimentos do/a paciente sobre o peso.

Isso mostrou que as pessoas com obesidade não são refratárias a discussões sobre o peso com os/as profissionais de saúde. As atitudes dos/as profissionais são o ponto focal. Quando estes/as têm atitudes estigmatizadoras, os/as pacientes se retraem e são prejudicados/as em todo o domínio do cuidado à saúde. Não estigmatizar pessoas em relação ao seu peso corporal deveria ser uma obviedade para os/as profissionais de saúde, devido ao código de ética profissional, porém é ingênuo pensar que estes/as seriam

imunes às construções socioculturais e históricas de lipofobia e pressão estética pela magreza. Paradoxalmente, suas atitudes só perpetuam a obesidade (BREWIS, 2014).

Alguns destes dados foram corroborados pela pesquisa de WADDEN et al. (2000), como o tratamento desrespeitoso e descortês e a incredibilidade quanto ao consumo alimentar. Tratou-se de um estudo quantitativo com 259 mulheres com obesidade, que se voluntariaram para ensaios clínicos na universidade. De forma geral, as participantes estavam mais satisfeitas com seus/suas médicos/as da atenção primária quando estes/as abordavam sua saúde do que seu peso corporal. Aproximadamente 46% da amostra reportou que não contavam nem um pouco com seus/suas médicos/as para ajudá-las com o controle do peso. Parte significativa da amostra considerava que não podia falar livremente sobre seu peso com os/as médicos/as e sentia que a maioria dos/as médicos/as não entende o quanto é difícil perder peso. Assim, para muitas dessas mulheres, o tratamento da obesidade parecia terminar em uma “rua sem saída”: as pacientes tinham poucas expectativas de receber assistência de seus/suas médicos/as e poucos profissionais ofereciam ajuda significativa.

Terminamos essa breve revisão sobre o estigma relacionado ao peso corporal no cuidado à saúde com a pesquisa de FORHAN et al. (2013), um estudo qualitativo, com objetivo de entender as barreiras e os facilitadores do engajamento dos/as pacientes, sob a perspectiva dos/as próprios/as, no cuidado à saúde na atenção primária. Foram entrevistados onze participantes com obesidade (8 mulheres e 2 homens), já atendidos em uma clínica ligada à universidade.

Resumimos abaixo os facilitadores do engajamento identificados:

1. Disponibilidade de recursos (disponibilizar recursos sobre obesidade, suas complicações e seu tratamento, como livros);
2. Importância da relação (confiança no/a profissional, respeito pelo/a paciente, ser atendido sempre pelo mesmo profissional, ter tempo suficiente de consulta);
3. Comunicação significativa (profissional aborda adequadamente a relação entre os problemas de saúde do/a paciente e o excesso de peso, profissional consegue motivar o/a paciente para a mudança).

E resumimos abaixo as barreiras ao engajamento levantadas:

1. Sentir-se julgado/a (profissional presume características do/a paciente a partir do peso corporal, paciente consegue perceber o quão motivado/a,

inteligente, entre outros, o profissional pensa que ele/a é, em função do peso corporal);

2. Falta de privacidade (como em pesagens em lugares públicos);
3. Comunicação pobre (profissionais dizendo que entendem o que é ter obesidade quando eles, de fato, não entendem, profissionais não abordam obesidade - isto é a ignoram-, profissionais fazem comentários sobre o peso ou tamanho do/a paciente para a equipe);
4. Profissional com conhecimento limitado sobre obesidade (profissionais que não sabem bem as causas, os tratamentos da obesidade e as formas de apoiar os pacientes).

Os/as participantes descreviam entrar no serviço de saúde carregados de pensamentos sobre as crenças e atitudes dos/as profissionais de saúde frente às pessoas com obesidade. Considerando todos os estudos aqui apresentados, tal atitude é bastante fundamentada e justificada. Ademais, os/as pacientes acreditavam que sabiam o que os/as profissionais estavam pensando deles/as e o que iriam dizer. Isto restringia as informações que os/as pacientes dividiam com os/as profissionais. Estes breves resultados mostraram o quanto a estigmatização prejudica a pessoa com obesidade e o seu tratamento.

Em suma, a pessoa com obesidade enfrenta diversas batalhas, lutando contra o cuidado em saúde e os/as profissionais de saúde, para ser vista como humana, ser respeitada em sua totalidade e diversidade, ser ouvida e sentir acolhimento e conforto, em vez de tentar se espremer para, em sentido literal e figurado, se encaixar e caber. Na chamada guerra contra a obesidade, os/as profissionais de saúde parecem estar na linha de frente, porém combatendo as vítimas. Não há vencedores nessa batalha.

Entretanto, o estigma, embora poderoso e duradouro, não é inevitável, e pode ser desafiado. Para tanto, CAMPBELL et al. (2006) resumiram três abordagens principais: 1) ações para educar os indivíduos sobre os fatos não estigmatizantes e explicar as razões pelas quais não se deve estigmatizar; 2) ações no sentido de legislar contra a discriminação; e 3) mobilizar a participação da comunidade nos esforços antiestigma com o intuito de maximizar a probabilidade das mensagens antiestigma terem relevância e eficácia, de acordo com os contextos locais.

É refrescante e relevante apontar que tais discussões começaram a impactar as Ciências da Saúde e, dentro destas, a Saúde Pública, numa tentativa de diminuir o estigma no cuidado à saúde. Um exemplo é Guia de Diretrizes para a Prática Clínica da Obesidade em Adultos, do Canadá. Ele reconhece a existência do estigma relacionado ao peso

corporal, aponta seus efeitos negativos e orienta condutas para reduzi-lo no tratamento da obesidade e em políticas para a mesma (WHARTON et al. 2020). Um editorial da importante revista *LANCET PUBLIC HEALTH* (2019) reconheceu a importância do estigma relacionado ao peso corporal e pediu a submissão de artigos científicos que contribuam para o corpo de evidências necessário para a erradicação do estigma. Foi dada ênfase a questões como as abordagens efetivas para mudar comportamentos e atitudes estigmatizantes, inclusive nos serviços de saúde, o papel da atenção primária à saúde na estigmatização e a necessidade de treinamento sobre o estigma relacionado ao peso corporal para profissionais de saúde. Um comentário publicado na mesma revista, intitulado “*Stigma and obesity: the crux of the matter*” (ARORA et al. 2019), retratou o estigma relacionado ao peso corporal como uma violação aos direitos humanos e a mais provável razão para o fracasso da prevenção e do tratamento da obesidade. ALBERGA et al. (2016a) propuseram diversas ações para eliminação do estigma relacionado ao peso corporal – e cobraram ações governamentais neste sentido – considerando que esta problemática é relevante para a prevenção e tratamento da obesidade e dos transtornos alimentares.

HART et al. (2021) – pesquisadores da Escola de Saúde Pública de Harvard, nos Estados Unidos da América - desenvolveram um consenso sobre como abordar o estigma na pesquisa e na prática em saúde pública. Também nos Estados Unidos da América, o *Rudd Center for Food Policy and Obesity* desenvolveu cursos e materiais voltados à diminuição do estigma entre profissionais de saúde (UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY & OBESITY 2021). Talvez a publicação mais impactante tenha sido o “*Joint international consensus statement for ending stigma of obesity*”, publicado na revista *Nature Medicine* (RUBINO et al., 2020). Ela foi realizada por um grupo multidisciplinar e internacional de experts, que revisou as evidências científicas sobre as causas e os efeitos do estigma relacionado ao peso corporal e traçou recomendações sobre como eliminá-lo. Cabe, contudo, ressaltar que apenas um dos trinta e seis experts é de um país de média renda e do Sul Global: o Chile. Os demais são de países de alta renda, pertencentes ao Norte Global. Uma grande lista de organizações científicas, revistas científicas, hospitais, grupos parlamentares e organizações de pacientes manifestaram seu apoio e compromisso com a proposta, no próprio artigo.

Ao terminar esta revisão, gostaríamos de realçar alguns pontos. Se o estigma relacionado ao peso corporal contribui para a perpetuação da obesidade, o entendimento de ambos e o cuidado das pessoas que sofrem com ambos precisam caminhar juntos. E,

para além do efeito do estigma na obesidade, sua erradicação é um imperativo de justiça social, ética, direitos humanos e saúde. Para tanto, sob a perspectiva dos diferentes saberes, os/as profissionais de saúde precisam de ferramentas eficazes para abordar as duas imbricadas questões, considerando não somente as possíveis – e necessárias – aproximações biomédicas, mas também as que propõem as Ciências Humanas e Sociais e o Fat Studies, no intuito de trabalhar sob uma perspectiva interdisciplinar. Entretanto, tais novas abordagens precisam estar alinhadas aos contextos das vidas das pessoas com obesidade e dos sistemas e serviços de saúde de cada localidade. Neste sentido, são necessários novos trabalhos, que tragam dados sobre o estigma relacionado ao peso corporal no Sul Global, e que, mais especificamente, estejam articulados com o Sistema Único de Saúde do Brasil. Esta tese busca preencher tais lacunas.

4. Objetivos

- Revisar sistematicamente o estigma sentido relacionado ao peso corporal (“*felt weight stigma*”) por pessoas com sobrepeso e obesidade na América Latina, África e Ásia.
- Revisar os protocolos de oficinas educativas do estudo “Apoio e análise para a implementação das ações na atenção básica da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade nos municípios do Grande ABC paulista”, para eliminar a presença de atitudes potencialmente estigmatizantes nos mesmos e acrescentar práticas e informações que possam contribuir para a diminuição do estigma relacionado ao peso corporal por parte dos/as profissionais de saúde.

PARTE II

5. Percurso metodológico

Esta segunda parte da tese pretendeu revisar sistematicamente o estigma sentido relacionado ao peso corporal (“*felt weight stigma*”²⁷) por pessoas com sobrepeso e obesidade na América Latina, África e Ásia. O estigma sentido relacionado ao peso corporal ocorre quando o alvo do estigma percebe (ou se torna consciente das) as atitudes preconceituosas em função do seu peso corporal e nota as ações estigmatizadoras, também em função do peso, que o/a interpelam (BREWIS e WUTICH, 2019).

Para problematizar esses aspectos, foi realizada uma revisão sistemática da literatura seguindo as diretrizes propostas pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Statement* (PRISMA), usando uma lista de checagem para garantir acurácia. Nosso protocolo de revisão foi registrado no banco de dados *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO), sob o código CRD42020202446, para evitar duplicação de dados.

Os procedimentos foram realizados por três pesquisadoras: eu, Fernanda Baeza Scagliusi (FBS), que sou uma mulher cisgênero, branca, professora e nutricionista, expert em obesidade e estigma relacionado ao peso corporal, e possuidora do IMC de 24,1 kg/m², o que me coloca na categoria de “peso normal”, e a pesquisadora associada, Mariana Dimitrov Ulian (MDU), que é pós-doutoranda, mulher cisgênero, branca, nutricionista, expert em obesidade e estigma relacionado ao peso corporal, e possuidora do IMC de 20,2 kg/m², o que a aloca na categoria de “peso normal”. Também participou Luana Cordeiro de Oliveira (LCO), que é graduanda em Nutrição, aluna de iniciação científica sobre e estigma relacionado ao peso corporal, mulher cisgênero, branca, e possuidora do IMC de 19,4 kg/m², o que a aloca na categoria de “peso normal”.

5.1. Fontes de dados e Estratégia de busca

De agosto de 2020 a fevereiro de 2021, realizamos buscas nas seguintes bases de dados: *MEDLINE* (via *PUBMED*), *EMBASE*, *LILACS*, *CINAHL*, *PsycINFO*, *ERIC*, *Web of Science*, *JSTOR*, *African Index Medicus*, *AnthroSource* e bases de literatura “cinza” (*OpenGrey* e *Grey Literature Report*). A estratégia de busca foi desenvolvida com a ajuda

²⁷ A tradução do termo ‘felt weight stigma’ é difícil. Optamos pela palavra “sentido” para nos aproximarmos da palavra original em inglês, mas outras traduções possíveis seriam estigma percebido ou autopercebido.

de uma bibliotecária experiente. A estratégia inicial utilizada no PUBMED, e adaptada para as outras bases de dados, consistiu na seguinte composição: “*obesity*” OR “*overweight*” OR “*obese*” OR “*heavy weight*” OR “*fat*” OR “*body weight*” AND “*social stigma*” OR “*stigma*” OR “*stigmatization*” OR “*stigmatizing*” OR “*prejudice*” OR “*prejudices*” OR “*prejudice/psychology*” OR “*stereotyping*” OR “*bullying*” OR “*tease*” OR “*discrimination*” OR “*bias*”. Sempre que possível, informações sobre a região geográfica e/ou o país foram incluídas na estratégia de busca. Não colocamos restrições, para a busca, referentes ao ano de publicação e nem à língua.

5.2. Seleção dos estudos

Os estudos foram incluídos se investigaram o estigma sentido relacionado ao peso corporal de crianças, adolescentes, adultos e idosos com sobrepeso ou obesidade, e que viviam na América Latina, África ou Ásia. Os estudos incluídos nesta revisão podiam ter abordagem quali e/ou quantitativa e deveriam ser escritos nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola. Eu e MDU analisamos independentemente se cada estudo deveria ser incluído, com o suporte do software Rayyan (OUZZANI et al., 2016) e discutimos os casos de dissenso até concordarmos. Devido à heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, não foi possível realizar uma meta-análise. Doravante, os resultados serão apresentados de forma narrativa.

Alguns estudos foram excluídos por investigarem outros aspectos do estigma relacionado ao peso corporal que não o estigma sentido (tais como WEAVER e TRAINER, 2017; BACARDI-GASCÓN et al., 2007; MARINI et al., 2013; SPROVERA et al., 2017).

Nós elaboramos uma tabela de extração de dados para justamente coletá-los de forma sistemática, usando as diretrizes do *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (HIGGINS e GREEN, 2011). Os dados foram extraídos por mim, MDU e LCO. Dos estudos selecionados, extraímos os seguintes dados: informações de publicação (nomes dos autores, região e país de origem, título e ano), tamanho amostral, idade, raça/etnia, nível socioeconômico e gênero dos/as participantes e objetivos do estudo. Finalmente, extraímos os dados sobre estigma sentido relacionado ao peso corporal. Os estudos apresentaram três grandes aspectos do estigma sentido (i.e., como os/as participantes relataram se sentir estigmatizados/as, as consequências deste estigma

e o suporte existente para lidar com ele). Estes aspectos ajudaram a construir três eixos de análise, que compuseram a seção de Resultados.

5.3. Avaliação da qualidade dos estudos

A avaliação dos estudos qualitativos se deu por meio de uma adaptação do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research – COREQ* (TONG et al., 2007), que considerou os seguintes domínios:

1. Equipe de pesquisa e sua reflexividade: credenciais dos pesquisadores, sua experiência, treinamento e proximidade com os/as participantes;
2. Desenho do estudo: orientação metodológica, como os/as participantes foram abordados/as, tamanho amostral, caracterização da amostra;
3. Coleta dos dados: uso de guias para entrevista, se o texto informou se as entrevistas foram gravadas e quais foram suas durações, e se a saturação dos dados foi discutida;
4. Análises e resultados: se o texto informou quantas pessoas codificaram os dados, se uma descrição do processo de codificação foi fornecida, se os discursos/dados foram apresentados para ilustrar os temas/achados e se os achados foram consistentes com os dados apresentados.

A avaliação dos estudos quantitativos ocorreu por meio de uma adaptação da *Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies* (NIH, 2014), que considerou os seguintes aspectos:

1. Objetivo claramente declarado;
2. População de estudo claramente definida e especificada;
3. Taxa de participação de pelo menos 50%;
4. Menção de critérios de inclusão e exclusão dos/as participantes;
5. Justificativa para o tamanho amostral;
6. Se a exposição de interesse foi medida antes do desfecho;
7. Se houve intervalo de tempo suficiente entre a exposição e o desfecho;
8. Se o estudo analisou diferentes níveis de exposição;
9. Se a mensuração da exposição foi claramente definida, válida, confiável e implementada consistentemente;

10. Se a exposição foi medida mais do que uma vez;
11. Se a mensuração do desfecho foi claramente definida, válida, confiável e implementada consistentemente;
12. Se os/as pesquisadores/as que avaliaram o desfecho eram “cegos”;
13. Se houve perda de 20% dos participantes ou menos;
14. Se as variáveis de confusão foram medidas e ajustadas estatisticamente.

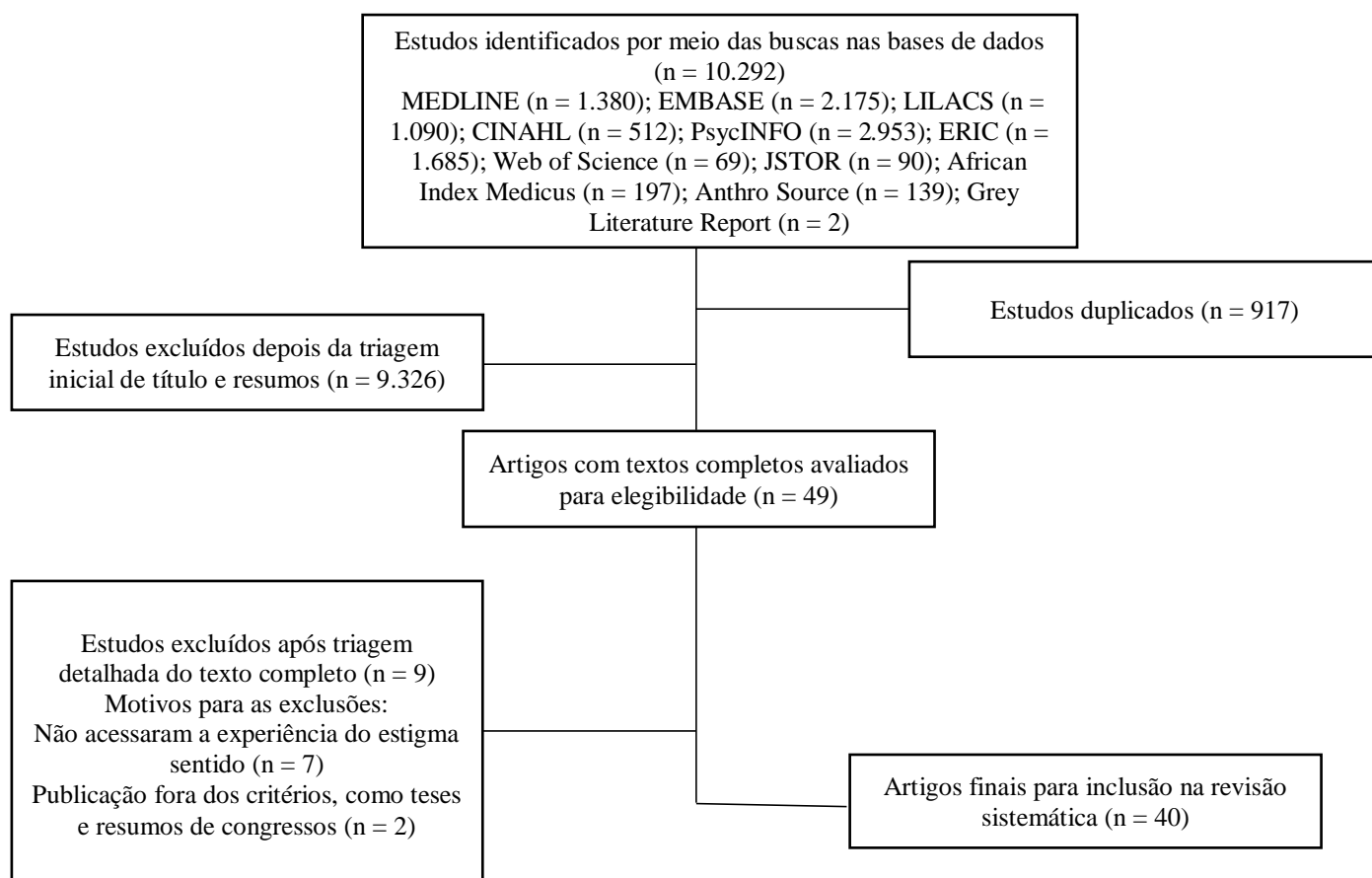
Cada aspecto ou domínio foi avaliado como “sem questões” ou com questões mínimas, moderadas ou substanciais. Com base na avaliação da qualidade metodológica, da relevância, adequação e coerência dos estudos, a confiança nas evidências destes foi classificada como muito boa, boa, regular ou ruim. Esta avaliação da qualidade também foi feita independentemente por mim, MDU e LCO e sempre discutíamos até atingir consenso no caso de uma discrepância inicial. Nenhum estudo foi excluído com base nesta avaliação da qualidade. Em vez disso, o rigor metodológico de cada estudo contribuiu para avaliarmos a confiança de cada achado da revisão.

6. Resultados

6.1. Seleção dos estudos

A Figura 1 mostra o fluxograma do processo de seleção dos estudos. Dez mil, duzentos e noventa e dois artigos foram encontrados a partir das estratégias de busca, sendo que 917 eram duplicados e 9.326 foram excluídos depois de uma avaliação preliminar, com base no título e no resumo. Em sequência, lemos o texto completo dos 49 artigos que restaram. Nove artigos foram excluídos por não investigarem estigma sentido relacionado ao peso corporal ou por constituírem teses e resumos de congressos, e não artigos. Doravante, esta revisão incluiu 40 artigos (0,4% dos artigos inicialmente obtidos), que descreviam dados de trinta e oito estudos diferentes.

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos seguindo as diretrizes *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Statement (PRISMA)*.



6.2. Características dos estudos

O Quadro 1 apresenta as características gerais dos estudos selecionados. O objetivo maior dos estudos foi investigar diferentes aspectos relacionados ao corpo gordo ou com obesidade (por exemplo, as percepções corporais dos/as participantes, suas experiências com este corpo, as dificuldades diárias e os impactos socioculturais, psicológicos e econômicos deste corpo). Dentro destes aspectos, pudemos encontrar relatos de estigma sentido relacionado ao peso corporal, tendo uma presença maior ou menor nas análises dos estudos dependendo dos objetivos destes.

Quadro 1 - Descrição das características gerais dos artigos revisados por região geográfica

Região geográfica	País (n; %)	Desenho do estudo (n; %)	Qualidade e risco de viés dos estudos (n; %)	População (n; %)
América Latina (n = 17)	Brasil (12; 70,5%) México (2; 11,8%) Jamaica (1; 5,9%) Guatemala (1; 5,9%) República Dominicana (1; 5,9%)	Quantitativo (5; 29,4%) Qualitativo (11; 76,5%) Métodos mistos (1; 5,9%)	Muito bom (8; 47,0%) Bom (7; 41,2%) Ruim (2; 11,8%)	Mulheres adultas (6; 35,3%) Mulheres e homens adultos (6; 35,3%) Mulheres adultas e idosas (1; 5,9%) Crianças ou adolescentes (3; 17,6%) Profissionais de saúde (1; 5,9%)
África (n = 5)	África do Sul (3; 60,0%) Gana (2; 40,0%)	Quantitativo (2; 40,0%) Qualitativo (2; 40,0%) Métodos mistos (1; 20,0%)	Muito bom (1; 20,0%) Bom (2; 40,0%) Ruim (2; 40,0%)	Mulheres adultas (3; 60,0%) Mulheres e homens adultos (1; 20,0%) Crianças ou adolescentes (1; 20,0%)
Ásia (n = 18)	China (4; 22,2%) Coreia do Sul (3; 16,7%) Taiwan (3; 16,7%) Hong Kong (2; 11,1%) Malásia (2; 11,1%) Índia (1; 5,5%) Vietnã (1; 5,5%) Hong Kong e Taiwan (1; 5,5%) China e Coreia do Sul (1; 5,5%)	Quantitativo (16; 88,9%) Qualitativo (2; 11,1%) Métodos mistos (0; 0%)	Muito bom (5; 27,8%) Bom (10; 55,5%) Ruim (3; 16,7%)	Mulheres (3; 16,7%) Mulheres e homens (13; 72,2%) Crianças ou adolescentes (2; 11,1%)

Abaixo, os dados são apresentados por eixos de análise, por cada região. Nós construímos/identificamos três eixos de análise para os estudos América Latina e Ásia (1 – sentindo-se estigmatizado/a; 2 – consequências do estigma sentido; 3 – apoio às pessoas que vivenciam o estigma sentido). Nos estudos da África, o terceiro eixo não foi construído/identificado. O Quadro 2 detalha aspectos metodológicos, os objetivos, os achados e as conclusões de cada estudo selecionado.

6.3. Sentindo-se estigmatizado/a

6.3.1. Sentindo-se estigmatizado/a na América Latina

Nos estudos latino-americanos revisados, os/as participantes relataram diversos aspectos que os/as faziam se perceber estigmatizados em função do peso corporal. No estudo brasileiro de PINTO e BOSI (2010), as participantes sentiam-se estigmatizadas pela palavra “obesa”; serem rotuladas assim fazia com que elas se sentissem maiores do que eram. Em outro estudo do mesmo país, os/as participantes descreviam seu estigma sentido como um forte sentimento de inferiorização e desvalorização quando interagiam no mundo social (MACEDO et al., 2015). Ilustrativamente, MARTÍNEZ-AGUILAR et al. (2010) mostraram que adolescentes brasileiros/as se sentiam ridicularizados/as e marginalizados/as pelos/as colegas de classe, o que levava a desfechos psicossociais negativos. Nestes dois últimos estudos citados, o estigma também era sentido quando os/as participantes não conseguiam comprar roupas que fossem apropriadas aos seus corpos e desejos. No estudo brasileiro de MATTOS e LUZ (2009), pessoas com obesidade se sentiam estigmatizadas em espaços com conotação ‘*fitness*’, pois se sentiam não pertencentes e, portanto, excluídas dos mesmos. Já na Guatemala, HACKMAN et al. (2016) mostraram que se sentir estigmatizada em função do peso corporal era mais frequente entre mulheres que já eram vulneráveis em outros aspectos (isto é, mais jovens, mais pobres, com maior insegurança alimentar).

As situações estigmatizantes envolviam chamar os/as participantes de apelidos que, na verdade, eram insultos (como “baleia” e “gordinho/a”) e classificar os/as mesmos/as como preguiçosos/as, inaceitáveis e como pessoas que não cuidam de si próprias (ARAÚJO et al., 2015; COSTA et al., 2012). Adicionalmente, para nutricionistas brasileiras com obesidade, as situações estigmatizantes envolviam suas profissões, já que

ter um peso maior era visto como um sinal de incompetência. Tais nutricionistas eram infratores de normas dietéticas e sociais (ARAÚJO et al., 2015). De forma geral, os/as participantes dos diferentes estudos relataram se sentir estigmatizados no trabalho, na escola e no espaço público. Muitos/as se sentiam estigmatizados por pessoas próximas (por exemplo, parentes, professores/as, pacientes, colegas de classe ou de trabalho) e por pessoas desconhecidas ou não familiares, tais como profissionais de saúde (ARAÚJO et al., 2015; PINTO e BOSI, 2010; ULIAN et al., 2020; MARTÍNEZ-AGUILAR et al., 2010).

Nós observamos algumas contradições acerca das experiências de estigma sentido. Em um estudo mexicano, crianças com obesidade não mostraram maiores problemas sociais (como o estigma e a rejeição pelos/as colegas) ou psicológicos (como ansiedade, depressão e diminuição da autoestima) do que seus pares sem obesidade (BREWIS, 2003). Na Jamaica, os resultados quantitativos mostraram que os/as participantes com sobrepeso e obesidade não se sentiam estigmatizados (isto é, não se sentiam tratados/as com menos cortesia ou recebiam pior serviço) e, na *Attitudes Towards Obese People Scale*, não houve relação entre as atitudes estigmatizantes e riqueza (ANDERSON-FYE et al., 2017). Contudo, as entrevistas etnográficas feitas neste estudo mostraram que a obesidade afetava a saúde, a autoconfiança, os sentimentos de atratividade física e de se “encaixar” na sociedade. Este efeito era mais pronunciado entre as pessoas pobres, que queriam melhorar seu nível socioeconômico. Uma limitação é que estes resultados são oriundos da amostra completa, sem um recorte para aqueles/as que têm sobrepeso e obesidade. Em um estudo brasileiro e outro guatemalteco, ser muito magro ou muito gordo eram motivos para provocação e discriminação (BASTOS et al., 2015; HACKMAN et al., 2016). Em outro estudo com adolescentes brasileiros, entre os meninos houve maior prevalência de discriminação entre os muito magros, e, entre as meninas, entre aquelas com obesidade e melhor nível socioeconômico (GONÇALVES et al., 2012).

6.3.2. *Sentindo-se estigmatizado/a na África*

Em Gana, ARYEETAY (2016) mostrou que há uma apreciação social pela corpulência²⁸ e BARATIN et al. (2020) não encontraram associação entre a percepção de discriminação e o IMC ou a circunferência de cintura. No estudo sul-africano de BODIBA et al. (2008), as participantes reconheceram que ser “gordinha/cheinha” (nossa tradução para ‘chubby’) era parte da identidade e ancestralidade africana. Todavia, elas se sentiam frustradas porque a mídia e a sociedade pareciam não seguir mais este caminho. Dessa forma, os estudos africanos mostraram que as mulheres com sobrepeso começaram a ter atitudes negativas para com seus corpos e se sentirem estigmatizadas a partir do jeito como os/as outros/as as encaram (BODIBA et al., 2008). Esta forma de estigma sentido a partir de um olhar fixo também acontecia quando elas tinham dificuldade em achar roupas que servissem, quando tentavam fazer amigos/as e ir a eventos sociais. Por fim, nomes depreciativos eram usados para descrevê-las quando praticavam esportes ou procuravam um emprego (ARYEETAY, 2016; BODIBA et al., 2008).

6.3.3. *Sentindo-se estigmatizado/a na Ásia*

Cinco estudos asiáticos mostraram que quanto maior o IMC, maior a discriminação e o sentimento de ser estigmatizado/a (AGRAWAL et al., 2015; WU e LIU, 2015; CHAN et al., 2019; DUAN e WANG, 2019b; WRIGHT et al., 2016). Ademais, ser mais vulnerável (por exemplo, mais pobre) aumentava o sentimento de ser estigmatizado/a. Três amostras de distintas populações indígenas na Malásia, se achavam feias e se sentiam frustradas pois não desejavam ser gordas. Além disso, eles/as sentiam vergonhas pelo seu tamanho corporal, tinham medo de que outras pessoas rissem delas se usassem certos tipos de roupas (como vestidos ou saias) e relatavam ser provocados/as e receber comentários negativos. Em concordância, universitários/as do Vietnã se sentiam estigmatizados/as quando percebiam atitudes hostis e ausência de comportamentos amigáveis (LIPOWSKA et al., 2019). No estudo chinês de SU et al. (2014), as participantes com sobrepeso ou obesidade sentiam o estigma quando eram provocadas,

²⁸ Usamos este termo no texto para nos referirmos a corpos socioculturalmente vistos como mais largos e avantajados. Achemos que ele se aproxima mais de uma perspectivaêmica do que o termo “obesidade” e seus derivados, que pressupõem uma classificação científica e médica, pelo IMC.

envergonhadas, sofriam *bullying*, se sentiam sem atratividade física e tinham dificuldade em encontrar roupas que servissem. Neste e em outro estudo, os/as participantes sentiam o estigma quando algum parente diz que eles/as deveriam perder peso, que seriam mais atrativos/as se perdessem peso ou quando seus parentes os/as culpavam por não serem suficientemente motivados/as e determinados/as para perder peso. Eles/as também se sentiam estigmatizadas quando um médico dizia que seu peso corporal era um problema, mesmo quando sua saúde estava boa (SU et al., 2014; WU e LIU, 2015).

6.4. Consequências do estigma sentido

6.4.1. Consequências do estigma sentido na América Latina

Os estudos mostraram que o estigma sentido afetou negativa e profundamente os/as participantes. Ele resultou em abandono escolar, desistência da profissão (no caso das nutricionistas com obesidade), e fez com que os/as participantes limitassem suas vidas afetivas e sociais, tivessem insatisfação corporal, se sentissem inferiores e estressados e sofressem durante todas suas vidas (ARAÚJO et al., 2015; BRANCO e SILVA, 2019; NASCIMENTO et al., 2013; COSTA et al., 2012; MACEDO et al., 2015; ULIAN et al. 2020; HACKMAN et al., 2016; MARTÍNEZ-AGUILAR et al., 2010). Esse conjunto de fatores fez com que os/as participantes se sentissem desvalorizados, incompletos, envergonhados, tristes, repudiados, ansiosos e não amados (COSTA et al., 2012; MACEDO et al., 2015; ULIAN et al. 2020), o que levava ao alto consumo de alimentos saborosos, ricos em açúcar e/ou energia (tais como pizza, chocolate, doces e pães) (COSTA et al., 2012). O estudo brasileiro de BASTOS et al. (2015) mostrou que maiores frequências de discriminação se associavam com pior saúde mental e, conseqüentemente, pior saúde autorreferida, além de menor atividade física no lazer e maior consumo de frutas e hortaliças. Na República Dominicana, MUENNIG e BENCH (2009) também encontraram que o estigma sentido tinha um papel determinante na saúde autorreferida. Outrossim, participantes brasileiros/as percebiam seus corpos como deformados, deteriorados e violadores de normas estéticas e morais (MACEDO et al., 2015). Algumas participantes brasileiras entendiam a obesidade como uma doença causada por um consumo alimentar inaceitável (ARAÚJO et al., 2015), expressando vergonha da sua “falta de vontade” para mudar, o que refletiam em expressões de menor valor sobre elas

ou outras pessoas com obesidade (PINTO e BOSI, 2010). Não surpreendentemente, participantes brasileiros/as e mexicanos/as relataram querer mudar seus corpos, como forma de fugir do estigma e conseguir aceitação social (ULIAN et al. 2020; MARTÍNEZ-AGUILAR et al., 2010; PINTO e BOSI, 2010). As nutricionistas brasileiras com obesidade relataram tentar perder peso de diversas maneiras, inclusive algumas não saudáveis, como tomar laxantes e fazer jejum, as quais elas não permitiam que seus/suas pacientes fizessem. Elas praticavam um tratamento autoritário com seus/pacientes, tanto para se protegerem do estigma que poderia vir destes/as, quanto porque achavam que isso era necessário para pessoas com obesidade, já que estas eram fracas e sem determinação. É interessante notar que nem o sofrimento intenso que elas próprias tinham em função do estigma relacionado ao peso corporal as prevenia de estigmatizarem seus/suas pacientes com obesidade (ARAÚJO et al., 2015). Assim, três estudos brasileiros reportaram seus/suas participantes como vítimas e perpetuadores/as do estigma, seja como um mecanismo de defesa ou projeção (ARAÚJO et al., 2015; SCAGLIUSI et al., 2020; PINTO e BOSI, 2010).

Também apenas nos estudos brasileiros, uma outra consequência do estigma sentido foi a decisão de se submeter à cirurgia bariátrica. Três estudos qualitativos analisaram as percepções e experiências de participantes que estavam esperando ou que já tinham feito tal cirurgia (BRANCO e SILVA, 2019; NASCIMENTO et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2014). A decisão de fazer a cirurgia foi motivada pelo conselho dos outros, especialmente familiares, ou pela dificuldade em mudar hábitos alimentares (nos termos dos/as participantes (BRANCO e SILVA, 2019). OLIVEIRA et al. (2014) encontraram outros fatores motivadores, tais como os benefícios de se ter, após a cirurgia, um corpo que não é mais estigmatizado (e, assim, pode ter inclusão social) e que não impõem limitações, além da superação do insucesso das tentativas anteriores de perda de peso. Após a cirurgia, houve, para alguns, importante melhora das condições físicas e emocionais, assim como do estigma sentido (OLIVEIRA et al., 2014). Para outros, a perda de peso resultou em um processo de despersonalização (ou seja, de não ser reconhecido mais pelas outras pessoas ou por si próprio/a²⁹), causando prejuízos emocionais e reforçando o estigma sentido, mesmo em um corpo mais magro (NASCIMENTO et al., 2013).

²⁹ Para saber mais sobre este fenômeno e outros que circundam a vida daqueles/as que fizeram a cirurgia bariátrica, sugerimos a leitura de TRAINER et al. (2021).

6.4.2. Consequências do estigma sentido na África

No estudo sul-africano de GOVENDER et al. (2019), o estigma relacionado ao peso corporal e a renda familiar estiveram associados com compulsão alimentar, obsessão por comida e outros problemas psicológicos. Por sua vez, ARYEETAY (2016) e BODIBA et al. (2008), na Gana e na África do Sul, respectivamente, relatara, que o estigma sentido fez com que suas participantes se sentissem infelizes e expressassem uma vontade de fazer qualquer coisa para perder peso. Finalmente, HENRY e KOLLAMPARAMBIL (2017) encontraram que o estigma afeta diretamente a participação de sul-africanos/as no mercado de trabalho, tanto no tocante à contratação quanto ao pagamento. Tais efeitos eram maiores entre as mulheres do que entre os homens.

6.4.3. Consequências do estigma sentido na Ásia

O estigma sentido fez com que os/as participantes asiáticos/as apresentassem problemas de saúde mental, tais como ansiedade, comer emocional, baixa autoestima, estresse, qualidade ruim do sono e da função diurna (CHAN et al., 2019; DUAN e WANG, 2019b; SU et al., 2014; WANG et al., 2021; CHENG et al., 2018; LIN et al., 2019). O estigma sentido esteve associado a distúrbios alimentares em Taiwan e na China (LIN et al., 2019; WU e LIU, 2015) e, junto com a frequência de consumo de *fast-food* e a reduzida autoeficácia no controle do peso, foi um preditor de depressão na China e na Coreia do Sul (WRIGHT et al., 2016). Interessantemente, em Taiwan e na China, a ansiedade esteve associada com o estigma sentido mesmo se o sobrepeso fosse definido pelo IMC ou auto-percebido (LIN et al., 2019; CHENG et al., 2018). Entretanto, o estudo chinês de FUNG et al. (2019) mostrou que as pessoas com sobrepeso tinham diferentes barreiras para se engajar na prática de atividade física, quando comparadas com pessoas sem sobrepeso ou obesidade. As barreiras eram oriundas do estigma sentido e se manifestavam como preocupações com a imagem corporal, ansiedade, vitimização, baixa autoestima e autoeficácia.

Três estudos na Coreia do Sul associaram o IMC com a renda e as oportunidades de trabalho, investigando se havia sinais de estigma (AHN et al., 2019; HAN e

HRUSCHKA, 2020; KIM e HAN, 2017). Independentemente da procura por emprego e do treinamento de jovens adultos, havia uma penalidade por ter maior IMC e uma recompensa por ter menor, entre mulheres, mas não entre homens (AHN et al., 2019). Para jovens adultos, o IMC no começo da carreira afetava o desempenho no trabalho em curto e longo prazo. Estes resultados mostram que o estigma também é sentido no mercado de trabalho ou por meio de suas práticas. Finalmente, um estudo que comparou a Coreia do Sul e os Estados Unidos da América observou, nos dois países e entre mulheres, que um IMC mais alto estava associado com mobilidade social descendente, em função do estigma relacionado ao peso corporal. Pelos “mercados do casamento”, mulheres com maior IMC eram selecionadas para casamentos com pessoas com rendas familiares menores. O mesmo não acontecia para os homens (HAN e HRUSCHKA, 2020).

6.5. Apoio às pessoas que vivenciam o estigma sentido

6.5.1. Apoio às pessoas que vivenciam o estigma sentido na América Latina

Três estudos brasileiros mostraram que os/as participantes tinham suporte e apoio para lidar com o estigma que sofriam. No estudo de MACEDO et al. (2015), a aceitação corporal esteve relacionada com um exercício maior de autoaceitação (desconsiderando algumas demandas sociais) e com comentários positivos de pessoas próximas. MATTOS e LUZ (2009) investigaram pessoas com obesidade que participaram de um projeto de atividade física adaptado justamente para elas. Participar destas atividades com pessoas que compartilhavam o mesmo estigma pareceu resultar em um processo de ressignificação, com novas experiências, (re)construção de valores e (re)produção de sentidos além do desejo de perder peso. Finalmente, o afeto surgiu como um fator protetor contra padrões sociais danosos.

Já no estudo de SCAGLIUSI et al. (2020), mulheres gordas participaram de duas formas de intervenção *Health at Every Size*[®]: uma intensiva, que abordava o estigma relacionado ao peso corporal, e uma tradicional. Ao término da intervenção intensiva, suas participantes desconstruíram normas e expectativas dos outros sobre seus corpos e mudaram a maneira como percebiam e reagiam a comentários estigmatizantes (passaram a ignorar, não se importar, confrontar o estigmatizador ou diminuir a importância deste).

Consequentemente, elas relataram se sentir empoderadas e valorizavam quando outras características, que não o seu peso, eram elogiadas por outras pessoas, além de responderem criticamente quando o peso era, de fato, comentado. Em contraste, as participantes da intervenção tradicional continuaram concordando com os comentários estigmatizadores e vendo os mesmos como sinais de cuidado, além de algumas perpetuarem o estigma, tendo atitudes depreciativas para/com os corpos de outros/as.

6.5.2. Apoio às pessoas que vivenciam o estigma sentido na Ásia

Três estudos asiáticos mostraram estratégias que ajudaram os participantes a lidar com o estigma que sofriam. AMBAK et al. (2018), na Malásia, avaliaram o efeito de uma intervenção para redução de peso sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, entre mulheres com sobrepeso e obesidade. As participantes obtiveram melhores escores de qualidade de vida e estigma relacionado ao peso corporal após a intervenção, mesmo sem perder peso. Dois estudos chineses avaliaram como a atenção plena (*mindfulness*) influenciou o estigma relacionado ao peso corporal (DUAN e WANG, 2019a, b). Os resultados mostraram que com o aumento da capacidade de atenção plena, pessoas com sobrepeso ou obesidade podem ter menos probabilidade de ter emoções negativas ao enfrentar esse estigma.

Quadro 2 – Resumo dos aspectos metodológicos, dos objetivos, dos achados e das conclusões dos artigos revisados

Legendas: * P < 0.05; ** P < 0.01; *** P < 0.001; # Para a Ásia, a OMS considera IMC maior ou igual a 23 kg/m² como sobrepeso; & Os valores médios e/ou o desvio padrão não foram relatados

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
ARAÚJO et al. (2015)	América Latina (Brasil, área urbana)	8 nutricionistas com obesidade (de fato com obesidade ou que se percebiam com obesidade), com idades entre 30-62 anos. A idade média dos participantes foi de 45,3 anos ^{&} . Os dados de IMC da amostra não foram relatados.	O estudo teve um desenho qualitativo (abordagem hermenêutica) e buscou discutir os significados de cuidado à saúde adotados por nutricionistas com obesidade e compreender as vivências dessas profissionais com a obesidade no seu cotidiano.	Algumas participantes abandonaram a área de nutrição por não suportarem mais o estigma relacionado ao peso corporal e uma delas foi dispensada por apresentar um peso corporal maior. Elas relataram que o estigma relacionado ao peso corporal era expressado quando as pessoas julgavam e discriminavam nutricionistas com obesidade, como se essa condição fosse um símbolo de incompetência. Esse estigma veio de colegas, professores, pacientes e pessoas com quem elas se relacionam. Todas as participantes tentaram perder peso por vários métodos, tanto pelo estigma	Para essas participantes, a obesidade traz muito estigma e sofrimento, e é algo que elas se sentem alienadas e, que se pudessem, gostariam fugir de seus corpos.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				e preconceito relacionados ao peso corporal, como pela dimensão que o peso interferia nos âmbitos profissional e pessoal. Elas pareceram utilizar um tratamento autoritário com seus pacientes com obesidade como medidas extremas que as protegiam estrategicamente do estigma que poderia vir desse paciente, por serem nutricionistas com obesidade.	
BASTOS et al. (2015)	América Latina (Brasil, área urbana)	938 estudantes de graduação matriculados em uma universidade brasileira. Dois terços dos participantes tinham idades entre 16-22 anos ^{&} . Mais de 20,0% dos participantes estavam com sobrepeso ou obesidade ^{&}	O estudo teve um desenho quantitativo (transversal) e investigou como o estigma relacionado ao peso corporal afeta comportamentos e resultados de saúde, bem como se o gênero interferia nesses mecanismos.	17,9% referiram que ser magro ou com sobrepeso/obesidade eram motivos para serem estigmatizados. O efeito desse estigma na piora da autoavaliação de saúde foi mediado por ansiedade/depressão ^{***} . Além disso, o aumento da atividade física de lazer e do consumo de frutas e	Este foi um dos primeiros estudos a demonstrar que o estigma está associado a resultados de saúde física e comportamentais por caminhos distintos: 1. influencia a piora da autoavaliação de saúde por meio de ansiedade/depressão; 2. afeta negativamente

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				<p>hortaliças foi, em parte, mediado pelo desconforto sentido nas vivências dessa estigmatização^{***}. No entanto, enquanto que o desconforto foi positivamente correlacionado com maior atividade física de lazer e consumo de frutas/vegetais, o estigma relacionado ao peso corporal foi negativamente relacionado a esses comportamentos de saúde.</p>	<p>comportamentos saudáveis (menor consumo de frutas/vegetais e menor atividade física).</p>
BRANCO e SILVA (2019)	América Latina (Brasil, área urbana)	Três mulheres brasileiras que iniciaram o estudo com obesidade e que foram submetidas a cirurgia bariátrica ao longo do estudo. As idades delas variaram de 25-40 anos ^{&} . O peso médio ^{&} delas no início e no final do estudo era de,	O estudo teve um desenho qualitativo (psicologia cultural) e teve como objetivo investigar como os preconceitos culturais e a rejeição social podem ter um efeito significativo no autodesenvolvimento dialógico de mulheres com obesidade.	Principalmente as mulheres com obesidade desde a infância sofreram muito estigma relacionado ao peso corporal na infância e adolescência, chegando até a abandonar a escola. Os parentes muitas vezes as criticavam, mesmo quando eram jovens. Por outro lado, posteriormente, um marido deu muito apoio. A decisão	Embora o estigma relacionado ao peso corporal tenha afetado negativamente as três participantes, causando sofrimento, suas trajetórias anteriores e posteriores à cirurgia bariátrica tomaram rumos diferentes. O papel da família pareceu fundamental, seja na

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		<p>respectivamente, 158,7 kg e 91,3 kg. Os dados de IMC da amostra não foram relatados.</p>		<p>de fazer a cirurgia foi motivada pelo conselho de outras pessoas, principalmente familiares. Duas participantes conseguiram ignorar ou lutar contra o estigma relacionado ao peso corporal, mas aquela com maior internalização o absorveu silenciosamente. As mesmas duas conseguiram se imaginar bem, magras e bonitas quando projetaram sobre o futuro na última entrevista. Para aquela com maior internalização do estigma relacionado ao peso corporal, a obesidade continuou a persegui-la (uma declaração dela exemplifica isso: “pessoas gordas como eu não têm alegria nenhuma, nenhuma alegria interna, aqui dentro, de jeito nenhum ...”).</p>	<p>construção do estigma relacionado ao peso corporal (mais crítico) ou na aceitação, e também na decisão de fazer a cirurgia. A participante que continuou com a internalização do estigma relacionado ao peso corporal apresentou descrença, ambivalência e medo persistente de recuperar o peso.</p>

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
COSTA et al. (2012)	América Latina (Brasil, área urbana)	11 (mulheres, n = 9; homens, n = 2) adultos com obesidade atendidos no ambulatório de nutrição de um hospital público da cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil, com idade entre 25-60 anos ^{&} . Os dados de IMC da amostra não foram relatados.	O estudo teve um desenho qualitativo (fenomenologia) e teve como objetivo analisar os fatores sociais do cotidiano que mais influenciam os hábitos alimentares de indivíduos com obesidade, a partir de suas percepções.	As categorias que mais se destacaram nas falas relacionadas ao estigma relacionado ao peso corporal foram a autoimagem negativa, a discriminação, a ansiedade e a culpa pelo peso maior. Mais especificamente, os relatos destacaram experiências de estigma relacionado ao peso corporal que foram expressadas por discriminações feitas por outras pessoas e por xingamentos (deste chamá-los de “gordinhos” até “baleias”). Além disso, os participantes relataram ser tratados com discriminação e que outras pessoas acham que a pessoa com obesidade é preguiçosa, desleixada e alguém que não cuida de si mesma. O estigma relacionado ao peso corporal também dificultou o início e	O estigma relacionado ao peso corporal está relacionado a aspectos negativos em pessoas com obesidade: ansiedade, angústia, autoimagem negativa, depressão e culpa. Esse conjunto de fatores leva a um maior consumo de alimentos palatáveis e calóricos, como pães, pizzas, pastéis, bolos e chocolates.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				<p>a manutenção de um relacionamento romântico. Por fim, os participantes compartilharam que esse estigma traz ansiedade e angústia, que levam a um maior consumo alimentar de alimentos saborosos.</p>	
<p>GONÇALVES et al. (2012)</p>	<p>América Latina (Brasil, área urbana)</p>	<p>Os participantes fizeram parte de um estudo de coorte prospectivo de nascidos vivos na cidade de Pelotas, em 1993. 4.452 dos 5.249 membros da coorte participaram da amostra final, e os dados foram coletados entre 2004 e 2005. A idade média dos participantes era de 11,3 anos. O estado nutricional da população era: baixo peso (n = 84; 1,9%);</p>	<p>O estudo teve um desenho quantitativo (transversal) e teve como objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados à discriminação percebida por diferentes motivos em adolescentes de 11 anos da cidade de Pelotas, região sul do Brasil.</p>	<p>16,4% dos adolescentes relataram ter sofrido algum tipo de discriminação (n = 726). Houve maior prevalência de discriminação entre meninas com sobrepeso/obesidade do que entre meninas eutróficas. Entre as meninas, o efeito da obesidade sobre a prevalência de discriminação foi maior entre meninas não pobres do que entre meninas pobres. Entre os meninos, observou-se maior prevalência de discriminação entre os muito magros.</p>	<p>O estigma relacionado ao peso corporal por ser um adolescente com sobrepeso e obesidade foi maior nas meninas e naquelas não pobres.</p>

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		eutrófico (n = 2,989; 67,5%); com sobrepeso (n = 885; 20%); com obesidade (n = 471; 10,6%)			
MACEDO et al. (2015)	América Latina (Brasil, área urbana)	19 participantes com obesidade (mulheres = 14; homens = 5), com idades entre 30-64 anos ^{&} . O IMC médio foi de 36,8 kg/m ² (variou de 30 a 50 kg/m ²) ^{&} .	O estudo teve um desenho qualitativo (entrevistas semiestruturadas) e teve como objetivo avaliar a percepção dos participantes com obesidade quanto à própria imagem corporal.	Os resultados mostraram que os participantes sentiram o estigma relacionado ao peso corporal de várias maneiras. Eles perceberam seus corpos transformados para pior, deformados, deteriorados, fora dos padrões estéticos e morais. Além disso, perceberam esse estigma por meio de um forte sentimento de diminuição e desvalorização pessoal quando o seu corpo interagia com o mundo. Essa rejeição externa gerou auto rejeição e insatisfação corporal, sendo expressadas como vergonha, tristeza, frustração, repúdio. Também relataram o	O estigma relacionado ao peso corporal apareceu de diferentes formas, sendo exemplificado pelo fato de que a maioria dos entrevistados tinha sentimentos negativos sobre o próprio corpo, sendo expressados como tristeza, vergonha e isolamento social. A aceitação do próprio corpo estava relacionada à autoaceitação como um todo (desconsiderando as demandas sociais) e feedbacks positivos de pessoas próximas. A obesidade afetava o bem-estar e conviver com um corpo obeso exigia um exercício de aceitação em

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				estigma relacionado ao peso corporal quando tiveram dificuldade em encontrar roupas que lhes vestissem bem e sentiam desânimo para ter uma vida social ativa.	um ambiente que estigmatiza este corpo e o considera uma falha moral.
MATTOS e LUZ (2009)	América Latina (Brasil, área urbana)	13 pessoas com obesidade (mulheres, n = 10; homens, n = 3), com idades entre 33-64 anos (a média de idade foi de 52 ± 9,0 anos). Os dados de IMC da amostra não foram relatados.	O estudo teve um desenho qualitativo (socioantropológico) e objetivou apreender e interpretar sentidos e significados que estudantes com obesidade atribuem às práticas de saúde corporal realizadas no Projeto de Exercício Físico Adaptado para Pessoas com Obesidade, oferecido na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, a fim de compreender os motivos que levam esses estudantes a procurar e continuar no Projeto.	Pessoas com obesidade procuram espaços para além dos “fitness” para se exercitar. Os espaços “fitness” procuram legitimar o ideal de um corpo “bonito”, musculoso e magro, reforçando com isso o estigma relacionado ao peso corporal. Esse estigma faz com que os participantes não se vejam como parte desses ambientes e sejam excluídos deles. A busca pelas práticas de saúde corporal oferecidas pelo Projeto mostrou-se uma estratégia para resgatar o senso de comunidade e pertencimento coletivo, o	As atividades de saúde coletiva, com indivíduos que compartilhavam do mesmo estigma, resultaram em um processo de ressignificação, uma vez que o encontro com seus pares os permitiu vivenciar novas experiências, construir valores e produzir significados além do desejo de emagrecer. Acolhimento, vínculo e afeto foram potenciais reforçadores dessa ação.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				<p>que levou à renovação da sociabilidade e relações mútuas de cuidado e incentivo. O “estar junto” mostrou ser um motivador para a prática de exercícios físicos, e as relações transcenderam o escopo do projeto de extensão, proporcionando bem-estar. Por fim, o afeto emergiu como fator de proteção aos padrões sociais prejudiciais à saúde (integral) dos indivíduos, incluindo o estigma relacionado ao peso corporal.</p>	
NASCIMENTO et al. (2013)	América Latina (Brasil, área urbana)	15 mulheres adultas com obesidade (IMC $\geq 29,9$ kg/m ²) ^{&} , na faixa etária de 27-37 anos ^{&} , submetidas à cirurgia bariátrica entre 20 dias e 12 meses.	O estudo teve um desenho qualitativo (descritivo-exploratório) e teve como objetivo investigar, com mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, os aspectos psicológicos relacionados à sua condição de obesidade e à sua perda de peso.	As participantes do estudo, quando questionadas sobre os impactos da obesidade em suas vidas, além de apontarem algumas dificuldades físicas, mostraram como o estigma impactou suas vidas. Por exemplo, elas disseram que houve prejuízo nas suas	O estigma relacionado ao peso corporal impactou a vida das participantes antes da cirurgia bariátrica (por exemplo, afetando suas vidas sociais). No entanto, a perda de peso ocasionou tanto demandas estéticas inalcançáveis quanto

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				<p>interações afetiva e social, uma vez que a obesidade trouxe um autoconceito negativo e inibiu vínculos interpessoais. Após a cirurgia, com o processo de emagrecimento, houve uma melhora acentuada das condições física e emocional, que influenciaram e foram influenciadas pela reformulação positiva do seu autoconceito. No entanto, a perda de peso pareceu resultar em demandas estéticas inalcançáveis, como certos tipos de despersonalização (por exemplo, não serem reconhecidas por outras pessoas e por si mesmas), que parecem manter o estigma sentido (mas em um corpo mais magro) e contribuem para um quadro</p>	<p>certas experiências de despersonalização, que favorecem questões emocionais e psicológicas que parecem perpetuar o estigma. Devido às mudanças de identidade que a cirurgia bariátrica acarreta esta requer, preventivamente, o acompanhamento e apoio psicológico às mulheres que a realizam.</p>

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				emocional ou questões psicológicas.	
OLIVEIRA et al. (2014)	América Latina (Brasil, área urbana)	12 mulheres com obesidade, com idades entre 29-60 anos, que aguardavam a cirurgia bariátrica. Os dados de IMC da amostra não foram relatados.	O estudo teve um desenho qualitativo (abordagem fenomenológica) e teve como objetivo compreender o processo envolvido na decisão de mulheres com obesidade de fazer uma cirurgia bariátrica.	Os resultados mostraram que as mulheres basearam a decisão de fazer a cirurgia bariátrica em aspectos relacionados ao estigma relacionado ao peso corporal, tais como: a percepção delas de que seus hábitos alimentares eram inadequados; de terem uma aparência física incompatível com a padronizada pela sociedade, enfrentando o preconceito social; as limitações impostas pela obesidade e o insucesso delas com tentativas anteriores de perder peso. Os desfechos que elas esperavam com a cirurgia incluíram a superação das “limitações” de um corpo gordo, isso é, a restauração da saúde, a	As participantes enfrentaram inúmeras situações de estigma relacionado ao peso corporal devido ao seu peso corporal elevado e esperavam, com a cirurgia bariátrica, uma diminuição desse estigma. Com um corpo mais magro, elas poderiam receber os benefícios de ter um corpo que não é estigmatizado (por exemplo, alcançar inclusão social e ingressar no mercado de trabalho).

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				inclusão social e o ingresso no mercado de trabalho.	
PINTO e BOSI (2010)	América Latina (Brasil, área urbana)	8 mulheres adultas com obesidade (IMC > 30 kg/m ²) e, com idade entre 28-56 anos (a média de idade foi de 44 anos).	O estudo teve um desenho qualitativo (abordagem fenomenológico-hermenêutica) e teve como objetivo compreender as percepções e experiências sobre obesidade entre as usuárias de um Centro de Saúde da Família.	Os resultados mostraram que a classificação biomédica da obesidade (IMC > 30 kg/m ²) não refletiu a percepção das participantes sobre seus corpos. As mulheres não se classificaram como obesas e pareciam mais inclinadas a adotar palavras como “gorda” ou “gordinha”. O termo “obesa” teve para elas uma conotação negativa e representou um estágio de agravamento em que as mulheres ainda não se reconheciam e as colocava em uma posição estigmatizada. As participantes relataram experiências de estigma relacionado ao peso corporal com profissionais de saúde e familiares. Também relataram esse estigma	Para as mulheres deste estudo, o “peso” não reflete apenas o peso de seus corpos, mas também os estigmas e discriminações atribuídos à sua aparência, permeando diferentes esferas de suas vidas. Elas se sentiam mais estigmatizadas quando descritas como “obesas”, adjetivo no qual não viam sua identidade.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				<p>expressando que a pessoa gorda não tem identidade, como exemplificado no seguinte relato: “as pessoas falam que o gordo não tem nome, a pessoa perde o nome; ela é gorda”. O estigma relacionado ao peso corporal também apareceu quando elas expressaram vergonha do corpo, seja em relação à sua aparência ou à “falta de força de vontade” para mudar, o que se refletiu em falas que expressaram um valor diminuído delas mesmas ou de outras pessoas com obesidade. Como resultado, as participantes relataram querer mudar esse corpo.</p>	
SCAGLIUSI et al. (2020)	América Latina (Brasil, área urbana)	39 mulheres adultas com obesidade (IMC entre 30 e 39,9 kg/m ²), com idades entre 25-50 anos. Elas foram aleatoriamente	O estudo teve um desenho qualitativo (entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo exploratória) e teve como objetivo descrever,	As participantes do grupo intervenção começaram a prestar menos atenção às observações visuais de outras pessoas e mudaram a forma como ouviam	O grupo intervenção se mostrou mais propenso a aceitar seus corpos, a sentir bem-estar, a fazer coisas novas e a dar respostas proativas ao

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		<p>alocadas para os grupos intervenção (n = 39) ou controle (n = 19). A média de idade dos grupos intervenção e controle foi, respectivamente, 32,9 (± 6,7) anos e 37,0 (± 8,0) anos. O IMC médio do grupo intervenção e controle foi, respectivamente, 34,9 (± 2,7) kg/m² e 34,5 (± 2,8) kg/m².</p>	<p>qualitativamente, as respostas às questões de estigma relacionado ao peso corporal e aceitação corporal de mulheres gordas, brasileiras e urbanas que participaram de duas formas de intervenções baseadas na abordagem <i>Health at Every Size</i>[®].</p>	<p>comentários estigmatizadores, ignorando ou não se importando com eles. Também passaram a confrontar ou diminuir a importância ou credibilidade de quem as estigmatizava e desconstruíram as normas e expectativas expressas pelos outros, pois estas já não faziam sentido para elas. Elas relataram sentir-se fortalecidas, mais ágeis, menos tímidas e valorizavam quando essas características eram destacadas, mas não comentavam sobre seu peso, respondendo a isso de forma crítica. As participantes do grupo controle entendiam os comentários estigmatizadores como demonstrações de cuidado e concordaram com eles. Ao mesmo tempo, elas também se sentiram mal com esses</p>	<p>estigma relacionado ao peso corporal, enquanto o grupo controle internalizou e aceitou o estigma, relatou uma falta de aceitação corporal e indicou que era menos capaz para desafiar o estigma em suas vidas. A intervenção interdisciplinar e intensiva do <i>Health at Every Size</i>[®] pareceu capaz de enfrentar de forma significativa respostas ao estigma relacionado ao peso corporal e promover a aceitação corporal, importante em contextos no qual estigma é um componente significativo de como as mulheres experimentam seu peso.</p>

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				comentários e se excluíram de algumas atividades por esse motivo. Essas participantes também relataram perpetuar este estigma, falando sobre os corpos gordos de outras pessoas.	
ULIAN et al. (2020)	América Latina (Brasil, área urbana)	39 mulheres adultas com obesidade (IMC entre 30 e 39,9 kg/m ²), com idades entre 25-50 anos. A média de idade das participantes foi de 34,6 (± 7,5) anos. O IMC médio das participantes foi de 34,8 (± 2,7) kg/m ² .	O estudo teve um desenho qualitativo (entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo exploratória) e teve como objetivo abordar as percepções de mulheres gordas sobre seus corpos e como enfrentar discriminações contra seu corpo maior influenciam seu bem-estar emocional e físico.	Os resultados mostraram que as participantes utilizavam mecanismos para diminuir a magnitude de seus corpos estigmatizados (por exemplo, tentando perder peso e modificando suas escolhas alimentares atuais). As participantes também relataram que ser gorda tinha consequências físicas (dores no corpo, falta de vontade de realizar atividades) e psicológicas (baixa autoestima, menos envolvimento social). Mais notavelmente, seus corpos maiores influenciaram sua autoavaliação, fazendo com	Os resultados enfatizam que atitudes estigmatizadoras em relação a pessoas gordas influenciam suas próprias considerações sobre si mesmas, fazendo com que elas se sintam de forma muito negativa, o que afeta o bem-estar físico e mental.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				<p>que se sentissem desvalorizadas, incapazes, incompletas e sem possibilidade de se sentirem amadas. Relataram experiências estigmatizadoras em situações familiares, no local de trabalho e em espaços públicos, e relataram terem sido estigmatizadas por indivíduos próximos e desconhecidos, incluindo profissionais de saúde. Esses profissionais as trataram com desrespeito.</p>	
ANDERSON-FYE et al. (2017)	América Latina (Jamaica, área urbana)	32 participantes, divididos em duas amostras. A primeira veio de uma pesquisa online com alunos da University of West Indies, na cidade de Mona, Jamaica, com idades entre 18-25 anos ^{&} (n = 19). A	O estudo teve um desenho de métodos mistos (dados de pesquisa on-line e entrevistas etnográficas) e teve como objetivo investigar a relação entre mobilidade ascendente e estigma relacionado ao peso corporal em	Os dados quantitativos mostraram que 83% dos indivíduos com sobrepeso e obesidade não relataram estigma relacionado ao peso corporal (ou seja, serem tratados com menos cortesia do que os outros). Quando questionados se achavam que recebiam um serviço	Os resultados sugerem que, embora os jamaicanos não sejam culturalmente protegidos do estigma relacionado ao peso corporal, as ideias jamaicanas sobre o que constitui um 'bom corpo' e quais corpos são submetidos a escrutínio

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		segunda era formada por alunos e não alunos da mesma idade e da cidade de Kingston (n = 13). Na primeira amostra, os participantes com sobrepeso eram 26,3%; e os participantes com obesidade eram 5,3% ^{&} . Os dados de IMC da segunda amostra não foram relatados.	Kingston, Jamaica, em duas amostras.	pior do que os outros, 80% do grupo com sobrepeso disse que não. Os participantes com obesidade também não sentiram que receberam um atendimento pior. Na escala de Atitudes em Relação à Pessoas com Obesidade, não houve relação entre atitudes estigmatizadoras e riqueza. Os resultados das entrevistas mostraram que a gordura corporal afetou negativamente a saúde, a confiança, a atratividade física e o “encaixe” na sociedade. Este efeito foi pior para as pessoas no grupo de menor riqueza percebida, que queriam melhorar sua condição socioeconômica, seja por meio de melhores empregos ou casamentos.	social e crítica negativa são informadas por normas locais e pela participação da Jamaica na economia global e no intercâmbio cultural. A Jamaica, portanto, apresenta-se como um exemplo de consistência e contradição na busca por compreender como a globalização e a modernização estão moldando a imagem corporal e o estigma relacionado ao peso corporal internacionalmente.
BREWIS (2003)	América Latina	219 crianças (110 meninas e 109	O estudo teve um desenho quantitativo (transversal)	Crianças com obesidade não apresentaram estigma	Essas crianças mexicanas com obesidade não

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
	(México, área urbana)	meninos), de 6-12 anos de idade ^{&} , frequentando uma única escola de ensino fundamental estadual localizada no centro de Jalapa, México. O IMC médio para meninas e meninos foi, respectivamente, 18,22 (± 3,62) kg/m ² e 19,47 (± 4,10) kg/m ² .	e teve três objetivos: 1) identificar características socioecológicas gerais que poderiam explicar as taxas particularmente altas de crianças com obesidade em uma população mexicana caracterizada por ter um status socioeconômico relativamente alto; 2) investigar como variações socioecológicas individuais ajudam a explicar as variações dentro da população mexicana com risco de obesidade na infância; 3) considerar como as tendências seculares associados a essa mudança social em larga escala (transição nutricional ou urbanismo) são mediadas por meio de mudanças socioecológicas	relacionado ao peso corporal, exemplificado por não perceberem diferenças nos aspectos sociais*, mentais* ou físicos* e de bem-estar em relação a seus pares sem obesidade. Além disso, pais, professores e seus próprios autorrelatos não mostraram uma diferença estatisticamente significativa em eu nível médio de ansiedade, depressão ou autoestima. Finalmente, as crianças com obesidade não eram mais propensas a serem rejeitadas socialmente ou isoladas em relação a seus pares sem obesidade, conforme classificado pelas nomeações sociais de outras crianças em sua classe.	tinham maiores problemas sociais (rejeição por colegas ou estigma relacionado ao peso corporal) ou problemas psicológicos (ansiedade, depressão ou baixa autoestima) do que seus pares sem obesidade, sugerindo que não sofriam de estigma relacionado ao peso corporal.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
			em um nível mais próximo.		
MARTÍNEZ-AGUILAR et al. (2010)	América Latina (México, área urbana)	24 adolescentes (meninas = 14; meninos = 10), com idades entre 11-15 anos ^{&} , com IMC ^{&} ≥ percentil 95.	O estudo teve um desenho qualitativo (entrevistas semiestruturadas) e teve como objetivo explorar as percepções de adolescentes com obesidade sobre esse corpo entre alunos do sétimo ao nono ano de uma escola pública de Tamaulipas, México.	O estigma relacionado ao peso corporal foi observado quando os participantes relataram ter um sentimento de inferioridade devido ao excesso de peso. Isso foi observado porque embora alguns mantivessem uma atitude positiva em relação ao corpo, mais tarde se contradiziam e usavam adjetivos negativos para se descrever. O estigma relacionado ao peso corporal também apareceu quando os participantes relataram dificuldade em encontrar roupas que lhes caíssem bem e para se verem de forma positiva, levando a sentimentos depressivos. Eles relataram ter sido ridicularizados e marginalizados por colegas de classe, o que os deixou	O estigma relacionado ao peso corporal esteve presente na amostra e surgiu especialmente em dois momentos: quando tinham dificuldades em comprar roupas adequadas para eles ou quando mencionaram que eram ridicularizados e rejeitados pelos colegas na escola.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				emocionalmente tristes. Uma consequência desse estigma foi que expressaram o desejo de perder peso para serem aceitos.	
HACKMAN et al., (2016)	América Latina (Guatemala, área urbana)	Os dados são da Pesquisa Nacional de Saúde Materno-Infantil da Guatemala de 2008-2009. A amostra incluiu 12.074 das 16.819 mulheres que completaram as entrevistas. Suas idades variaram de 15-50 anos. As classificações de IMC foram: baixo peso (n = 349; 2,9%); eutrófico (n = 4765; 39,5%); com sobrepeso (n = 4.478; 37,1%); com obesidade (n = 2.482; 20,9%)	O estudo teve um desenho quantitativo (transversal) e teve como objetivo examinar como o estigma relacionado ao peso corporal, representado como provocação, é evidente entre as mulheres de um país de baixa renda e testar se esse estigma contribui para sintomas depressivos.	10,9% da amostra relatou sofrer provocações relacionadas ao peso, que foram relacionadas ao estigma relacionado ao peso corporal. Essas provocações apresentaram relação com o tamanho corporal, sendo mais propensas a relatar sofrer provocações aquelas classificadas com baixo peso e obesidade. As mulheres que relataram sofrer estigma relacionado ao peso corporal tinham 2,1 (intervalo de confiança de 95% = 1,7 a 2,6) vezes mais probabilidade de serem classificadas com sofrimento psíquico leve e 3,0 (intervalo de confiança de 95% = 2,4 a 3,7) vezes	O estudo mostra que o estigma relacionado ao peso corporal é frequentemente relatado por mulheres guatemaltecas em idade reprodutiva, destacando que esse estigma é um fenômeno globalizado. O risco de provocação é maior em mulheres que já são vulneráveis de outras maneiras (mais jovens, mais pobres e com menor segurança alimentar). Os resultados sugerem que o estresse de não cumprir as normas corporais locais aumenta a carga psicológica das mulheres e é potencialmente

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				mais probabilidade de serem classificadas com sofrimento psíquico moderado a grave.	significativo na etiologia da depressão entre as mulheres em países de baixa renda.
MUENNIG e BENCH (2009)	América Latina (República Dominicana, área urbana)	87 residentes adultos de Batey Algodón, República Dominicana, com idades entre 25-64 anos ^{&} . Os dados de IMC da amostra não foram relatados.	O estudo teve um desenho quantitativo e teve como objetivo testar a hipótese de que o estigma está associado à morbidade relacionada à obesidade, usando uma coorte de indivíduos da República Dominicana que valorizam os corpos gordos em relação aos magros.	O estigma relacionado ao peso corporal foi observado porque o contentamento dos participantes com seu peso ou aparência física foi um forte indicador da sua autoavaliação de saúde ^{***} . No entanto, o estigma relacionado ao peso corporal não foi um preditor significativo de pressão arterial sistólica ou diastólica.	As evidências mostraram que o estigma relacionado ao peso corporal desempenhou um papel determinante na autoavaliação de saúde, mas não foi possível concluir que era um preditor de hipertensão entre pessoas com sobrepeso e obesidade.
ARYEETEY (2016)	África (Gana, área urbana)	42 mulheres adultas, auto identificadas com sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m ²) ^{&} , com idades entre 18-47 anos ^{&} , buscando serviços preventivos de saúde infantil.	O estudo teve um desenho qualitativo (grupos focais e entrevistas em profundidade) e explorou crenças, percepções, experiências e práticas relativas ao excesso de peso entre mulheres que vivem nos subúrbios de Acra, Gana.	Mulheres com sobrepeso sentiram-se estigmatizadas pelos nomes pouco elogiosos usados para descrevê-las. Embora houvesse uma valorização social da corpulência, principalmente pelos homens, ela deveria ser proporcional em todos os	Há admiração por algum ganho de peso entre as mulheres, mas quando este é excessivo, o excesso de peso é estigmatizado, afetando vários domínios da vida.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				<p>segmentos corporais e acompanhar certos eventos da vida, como casamento e gravidez. O estigma relacionado ao peso corporal é exemplificado pelo fato de que o excesso de peso é visto como prejudicial à saúde, pouco atraente e pode até romper casamentos. Além disso, a maioria das mulheres mostrou-se insatisfeita com o corpo por associá-lo a maior cansaço no trabalho e dificuldade para realizar tarefas físicas, feiura, problemas de saúde e dificuldade de ir a eventos sociais por medo do estigma.</p>	
BARATIN et al. (2020)	África (Gana, áreas rural e urbana) e Europa (Alemanha, Reino Unido,	5.898 ganenses residentes na Alemanha, Reino Unido, Holanda, Gana rural e Gana urbana, com idades entre 25-70 anos	O estudo teve um desenho quantitativo (transversal) e explorou associações entre estresse psicossocial (incluindo discriminação) e obesidade entre migrantes ganenses na	Os migrantes ganenses relataram mais discriminação percebida, que estava relacionada ao estigma relacionado ao peso corporal (que envolveu serem tratados com menos	O IMC e a circunferência da cintura não se associaram ao estigma relacionado ao peso corporal. Provavelmente, outros fatores interferem mais na percepção de

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
	Holanda, área urbana)	<p>(3.332 ganenses estavam na Europa e 2.566 ganenses estavam em Gana). Entre os homens, migrantes e não migrantes, a média de idade foi 46,4 (\pm 11,3) e 47,5 (\pm 13,4) anos, respectivamente. Entre as mulheres, migrantes e não migrantes, a média de idade foi de 45,2 (\pm 10,8) e 46,2 (\pm 12,6) anos, respectivamente. Entre os homens, migrantes e não imigrantes o IMC médio foi de 26,9 (\pm 3,9) kg/m² e 22,4 (\pm 3,8) kg/m², respectivamente. Entre as mulheres, migrantes e não</p>	Europa e não migrantes ganenses em Gana.	cortesia ou respeito, receberem um serviço pior do que outras pessoas ou serem xingados ou insultados) do que os não migrantes. No entanto, nenhuma associação significativa foi encontrada entre a discriminação percebida e o IMC ou a circunferência da cintura, mesmo após ajustes adicionais para outros fatores.	discriminação, como trabalho, escolaridade, renda, situação de migração e vida familiar.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		migrantes, o IMC médio foi de 30,1 (\pm 5,2) kg m ² e 26,2 (\pm 5,6) kg/m ² , respectivamente.			
BODIBA et al. (2008)	África (África do Sul, área urbana)	75 adolescentes do sexo feminino da Universidade de Limpopo (África do Sul), com idades entre 17-19 anos ^{&} . A maioria (76%) dos participantes apresentava baixo peso (IMC < 20 kg/m ²) ou peso médio (IMC entre 20 e 25 kg/m ²), enquanto 24% dos participantes estavam acima do peso (IMC > 25 kg/m ²). O IMC médio da amostra foi de 23,2 (\pm 4,48) kg/m ² .	O estudo utilizou um desenho de pesquisa misto (quantitativo - questionário; e qualitativo - grupo focal) e investigou a relação entre índice de massa corporal e autoconceito entre adolescentes universitárias negras.	A maioria das participantes com sobrepeso estava insatisfeitas com seus corpos e faria qualquer coisa para perder peso. O estigma relacionado ao peso corporal foi vivenciado de várias maneiras: elas tinham uma atitude negativa em relação ao corpo, que começou com a maneira como os outros olhavam para elas. Também sentiram esse estigma por não conseguirem usar as roupas que gostariam (seja pela falta de tamanho ou porque se usassem certas roupas, os outros as discriminariam). Esse estigma também apareceu quando se sentiram ignoradas na faculdade e	As participantes relataram múltiplas formas de estigma relacionado ao peso corporal, que se refletiram em sua autoestima e insatisfação corporal. Essas estigmatizações estiveram presentes em várias áreas de suas vidas, como para encontrar roupas, fazer amizades, praticar esportes e ter possibilidades de emprego, sempre como um fator limitante.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				<p>não conseguiam fazer amigos por causa do peso corporal. Elas também perceberam o estigma relacionado ao peso corporal na prática de esportes ou na procura por emprego. As participantes disseram que ser “gordinha” fazia parte da identidade ou herança africana, mas se sentiam frustradas porque a mídia e a sociedade não estavam mais caminhando nessa direção.</p>	
GOVENDER et al. (2019)	África (África do Sul, área urbana)	100 participantes com sobrepeso e obesidade, que frequentavam uma clínica geral em Durban, África do Sul, com idade entre 18-60 anos e IMC \geq 25 kg/m ² . O IMC médio dos homens foi 41,7 (\pm 7,38) kg / m ²	O estudo teve um desenho quantitativo (estudo transversal) e teve como objetivo avaliar o efeito de construtos psicossociais, como viés de peso, sobre os comportamentos alimentares de pessoas com sobrepeso e obesidade atendidas em	O estigma relacionado ao peso corporal e a renda familiar média estiveram associados a questões comportamentais da alimentação, como a compulsão alimentar*, obsessão por comer** e problemas psicológicos*.	O estigma relacionado ao peso corporal foi associado a um comer transtornado (compulsão alimentar e obsessão por comer) e problemas psicológicos.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		e das mulheres foi 39,9 (\pm 7,91) kg/m ² .	uma clínica geral na África do Sul.		
HENRY e KOLLAMPARAMBIL (2017)	África (África do Sul, área urbana)	Os dados usados no estudo são da pesquisa nacional Income Dynamics. Foram utilizadas quatro ondas de dados, datando de 2008 a 2015. A amostra incluiu 4.243 indivíduos por onda, com idades entre 15-65 anos. O IMC médio nas quatro ondas foi, respectivamente: 25,96 kg/m ² , 26,19 kg/m ² , 26,43 kg/m ² e 26,58 kg/m ² &.	O estudo teve um delineamento quantitativo (análise econométrica) e teve como objetivo mensurar a discriminação que indivíduos com obesidade enfrentam sobre a probabilidade de se tornarem empregados e os salários ganhos quando empregados.	Existe uma relação não linear entre IMC, empregabilidade e salários, que é mediada pela idade. 90% das lacunas de empregabilidade parecem estar associadas ao IMC, expressando estigma relacionado ao peso corporal. Esse estigma também se refletiu nos salários, uma vez que a obesidade gerou uma discriminação de 186%. Esses efeitos são mais profundos entre as mulheres do que entre os homens.	Os resultados reiteram que o estigma relacionado ao peso corporal tem implicações adversas no mercado de trabalho para pessoas com obesidade. Este estigma existe na África do Sul e é enfrentado predominantemente por mulheres com obesidade, pela dificuldade em entrar no mercado de trabalho e pela diferença salarial.
CHENG et al. (2018)	Ásia (China, área urbana)	400 universitários (175 homens e 225 mulheres), com idades entre 18-25 anos (média 20,22 \pm 1,58). O IMC médio foi de 20,63 \pm 3,23)	O estudo teve um desenho quantitativo (transversal) e examinou as relações entre viés de peso, estigma percebido de peso,	Para grupos com sobrepeso (real ou percebido), maior estigma relacionado ao peso corporal foi relacionado à maior depressão **. Além disso, o grupo que se percebia com excesso de	O estudo demonstrou que o estigma relacionado ao peso corporal estava associado a sofrimento psicológico (depressão), independentemente do status de peso ser real ou

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		kg/m ² ; e 15,3% deles apresentavam sobrepeso ou obesidade corporal de acordo com o IMC autorreferido [#] .	comportamento alimentar e sofrimento psicológico entre estudantes de Hong Kong. A altura e o peso autorreferidos foram usados para o cálculo do IMC para determinar o status do peso autorreferido, ou seja, o status do peso real (classificando os participantes com ou sem sobrepeso). Além disso, todos os participantes usaram uma escala do tipo Likert de cinco pontos para indicar seu status de peso autopercebido. Eles também foram classificados de acordo com esses escores, sendo denominados como “grupo autopercebido sem sobrepeso” ou “grupo autopercebido com sobrepeso”.	peso mostrou que o viés de peso estava relacionado a receber tratamento injusto devido ao peso maior e a desenvolver comportamentos alimentares inadequados. Para os grupos sem excesso de peso (real e percebido), o viés de peso foi relacionado à experiência de receber tratamento injusto por causa do peso maior, apresentar comportamentos alimentares inadequados*, ansiedade* e depressão*.	percebido. Para indivíduos que se percebiam com excesso de peso, o viés de peso foi associado ao comer emocional. Para o grupo sem sobrepeso (real ou percebido), foi associado à restrição cognitiva ao comer, ansiedade e depressão.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
DUAN e WANG (2019a)	Ásia (China, área urbana)	293 alunos com sobrepeso ou obesidade (155 mulheres e 138 homens) de 34 universidades, com idades entre 21-25 anos (média 22,49 ± 0,68). O IMC médio foi de 30,16 (± 2,64) kg/m ² .	O estudo teve um desenho quantitativo (transversal) e examinou como a capacidade de atenção plena (<i>mindfulness</i>) influencia a relação entre o estigma relacionado ao peso corporal e sintomas de emoção negativa.	Os resultados mostraram que a capacidade de atenção plena (<i>mindfulness</i>) foi negativamente relacionada ao estigma e aos sintomas de emoções negativas. Ao controlar por sexo, idade, IMC e estigma relacionado ao peso corporal **, a capacidade de atenção plena teve efeitos adicionais sobre esses sintomas negativos. Finalmente, os resultados mostraram efeitos indiretos significativos do estigma relacionado ao peso corporal sobre as emoções negativas por meio da capacidade de atenção plena.	O estudo mostrou o papel mediador da capacidade de atenção plena (<i>mindfulness</i>) entre a associação de estigma relacionado ao peso corporal e sintomas negativos. Com o aumento da capacidade de atenção plena dos indivíduos, é menos provável que eles transformem o estigma relacionado ao peso corporal em sintomas de emoções negativas.
DUAN e WANG (2019b)	Ásia (China, área urbana)	254 estudantes com sobrepeso ou obesidade (115 mulheres e 139 homens) de 34 universidades, com idades entre 21 e 26 anos (média 22,5 ±	O estudo teve um desenho quantitativo (transversal) e testou a mediação da discriminação percebida e preocupações com o estigma relacionado ao peso corporal com a atenção plena	Os resultados mostraram que as mulheres não perceberam mais discriminação e preocupação com o estigma relacionado ao peso corporal do que os homens. O IMC mais alto foi associado a	A atenção plena (<i>mindfulness</i>) pode beneficiar sintomas emocionais negativos de indivíduos com obesidade, reduzindo o efeito da percepção de discriminação, o que

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		0,71). O IMC médio foi de 30,17 (\pm 2,53) kg/m ² .	(<i>mindfulness</i>) e sintomas emocionais negativos.	uma percepção mais alta de discriminação ^{***} , preocupações com o estigma relacionado ao peso corporal ^{***} , sintomas emocionais negativos ^{***} e baixa disponibilidade à atenção plena (<i>mindfulness</i>) ^{**} . A disponibilidade à atenção plena foi negativamente relacionada à percepção de discriminação ^{***} , preocupações com o estigma relacionado ao peso corporal ^{***} e sintomas emocionais negativos ^{***} .	reduz ainda mais as preocupações com o estigma relacionado ao peso corporal.
WANG et al. (2021)	Ásia (China, área urbana)	1.626 adolescentes, com idades entre 14-19 anos. A média de idade dos participantes foi de 16,81 (\pm 0,95) anos. A porcentagem do IMC e classificação do escore z para baixo peso, peso normal, sobrepeso e obesidade	O estudo teve um desenho quantitativo (transversal) e teve como objetivo examinar as relações entre estigma relacionado ao peso corporal, estresse, depressão e sono em adolescentes chineses.	858 (52,77%) dos participantes enfrentaram estigma relacionado ao peso corporal. Esses adolescentes apresentaram um nível significativamente mais alto de estresse e depressão, uma qualidade global de sono inferior, uma latência do sono mais longa e uma duração do sono mais curta	O estigma relacionado ao peso corporal foi relacionado ao maior estresse, à maior depressão, à pior qualidade global do sono, à maior latência do sono, à menor duração do sono, à distúrbios do sono mais graves e à maior disfunção diurna. Além

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		foi, respectivamente, 2,34%, 82,53%, 12,42% e 2,71%.		do que aqueles sem estigma relacionado ao peso corporal*. O estresse e a depressão mediarão a relação entre o estigma relacionado ao peso corporal e a qualidade global do sono.	disso, o estresse e a depressão mediarão significativamente a relação entre o estigma relacionado ao peso corporal e a qualidade global do sono, bem como a relação entre o estigma relacionado ao peso corporal e a disfunção diurna.
CHAN et al. (2019)	Ásia (Hong Kong ³⁰ , área urbana)	367 crianças, com idades entre 8-12 anos (entre o grupo com sobrepeso a média de idade foi de $9,95 \pm 1,32$ anos e entre o grupo sem sobrepeso a média de idade foi de $10,11 \pm 1,26$ anos). Eles foram classificados em um grupo com sobrepeso (n = 114) ou sem sobrepeso (n	O estudo teve um desenho quantitativo e teve como objetivo testar as diferenças de autoestigma relacionado ao peso corporal e condições de saúde mental entre crianças com e sem sobrepeso em Hong Kong.	Em comparação com crianças sem sobrepeso, as crianças com sobrepeso apresentaram maiores escores de autoestigma relacionado ao peso corporal na Escala de Internalização de Viés de Peso ($26,49 \pm 8,68$ vs. $21,58 \pm 7,54$)*** e no Questionário de Autoestigma relacionado ao peso corporal ($26,36 \pm 8,98$ vs. $21,91 \pm 8,71$)***. Os modelos de regressão	As crianças com excesso de peso tendem a ter maior nível de autoestigma relacionado ao peso corporal, e aquelas com maior nível de autoestigma relacionado ao peso corporal apresentam mais problemas de saúde mental.

³⁰ Hong Kong é uma das duas regiões administrativas especiais da República Popular da China, tendo autonomia interna, porém não externa. Entretanto, dada as suas características socioeconômicas específicas, achamos prudente especificar que se trata de Hong Kong e não da China.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		= 241) de acordo com o IMC. A média do IMC entre o primeiro e segundo grupos foi, respectivamente, 23,21 (\pm 3,82) kg/m ² e 16,22 (\pm 1,87) kg/m ² .		indicaram correlações positivas entre os escores de saúde mental e os dois escores de estigma, tanto em crianças com quanto sem sobrepeso.	
FUNG et al. (2019)	Ásia (Hong Kong, área urbana)	325 jovens adultos (199 mulheres e 126 homens) da Universidade Politécnica de Hong Kong, com idades entre 18-30 anos (média de 21,6 \pm 2,95). O IMC médio foi de 22,39 (\pm 4,03) kg/m ² . 32% da amostra estava com sobrepeso.	O estudo teve um desenho quantitativo (transversal) e teve como objetivo investigar se a Teoria do Comportamento Planejado ampliada, incorporada ao autoestigma relacionado ao peso corporal, poderia explicar a prática de atividade física de jovens adultos de Hong Kong.	No modelo preditor de prática de atividade física, a atitude e o autocontrole foram significativamente associados à intenção de praticar exercícios no grupo sem sobrepeso, mas não no grupo com sobrepeso. Isso pode ser explicado pelas barreiras vivenciadas pelos participantes com excesso de peso, que se relacionam com o estigma relacionado ao peso corporal (ou seja, preocupações com a imagem corporal, maior ansiedade social, vitimização por pares). O autoestigma relacionado ao	O estigma relacionado ao peso corporal impactou negativamente a intenção do grupo com sobrepeso de praticar atividade física. O autoestigma relacionado ao peso corporal teve um papel importante no modelo para adultos com sobrepeso.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				<p>peso corporal foi significativamente associado ao autocontrole, intenção comportamental e comportamentos relacionados à atividade física. Além disso, foi negativamente associado à atividade física, talvez devido à diminuição da autoestima e autoeficácia.</p>	
SU et al. (2014)	Ásia (Taiwan, área urbana)	<p>20 estudantes de enfermagem com sobrepeso ($IMC \geq 22,7 \text{ kg/m}^2$)[#], com idades entre 16-20 anos. A idade média das participantes foi de 17,5 anos, o IMC médio foi $27,4 \text{ kg/m}^2$ (intervalo, $23,9-35,8 \text{ kg/m}^2$)^{&}.</p>	<p>O estudo teve um desenho qualitativo (<i>grounded theory</i>) e desenvolveu uma estrutura teórica descritiva para investigar as experiências de perda de peso de meninas adolescentes com sobrepeso em Taiwan.</p>	<p>Durante o processo de perda de peso, foi identificada a “obesidade como estigma”, que foi composta pelas seguintes subcategorias: ser provocada, ser culpada, ser intimidada e falta de atratividade pessoal (as participantes afirmaram que tinham menos oportunidades para desenvolver relacionamentos românticos e dificuldade em comprar vestidos bonitos). A maioria das participantes descreveu</p>	<p>O estigma relacionado ao peso corporal foi observado quando as participantes foram provocadas ou intimidadas por causa de seu peso, e foram acusadas de não perder peso. O estigma esteve bastante presente na família.</p>

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				esses estigmas e revelou que essas percepções afetaram sua autoestima. Além disso, o estigma relacionado ao peso corporal foi observado quando seus pais as culpavam por não estarem motivadas e determinadas a perder peso.	
WU e LIU (2015)	Ásia (Taiwan, área urbana)	160 participantes com ≥ 20 anos de idade e $IMC \geq 24 \text{ kg/m}^2$. Os participantes do estudo foram inscritos de dois grupos: o primeiro consistia em participantes de um programa de perda de peso de um hospital universitário de medicina no sul de Taiwan. O segundo grupo foi atingido por meio de amostragem “bola de neve” e não participou de um programa de perda de	O estudo teve um desenho quantitativo (transversal) e teve como objetivo investigar a associação entre o nível de estigmatização relacionada ao peso e experiências e compulsão alimentar em adultos com sobrepeso no sul de Taiwan.	97,9% de todos os participantes sofreram estigma relacionado ao peso corporal. A idade teve uma relação significativamente negativa com os escores do Inventário de Situações Estigmatizantes **, enquanto o IMC se relacionou positivamente com ele **. A pontuação de compulsão alimentar foi relacionada à pontuação de experiências de estigma relacionado ao peso corporal.	Os resultados sugerem que o nível de estigma relacionado ao peso corporal foi alto nesta amostra. O estigma relacionado ao peso corporal foi associado positivamente ao IMC e à compulsão alimentar, porém negativamente à idade. No geral, este estudo mostra que em adultos taiwaneses com sobrepeso, o estigma relacionado ao peso corporal estava significativamente

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		<p>peso. A média de idade dos participantes foi de 36,7 (\pm 12,4) anos. 26,9% dos participantes apresentavam sobrepeso (IMC 24-26,9 kg/m²); 22,9% eram moderadamente obesos (IMC 27-29,9 kg/m²) e 41% eram obesos (IMC > 30 kg/m²).</p>			<p>relacionado à compulsão alimentar.</p>
<p>LIN et al. (2019)</p>	<p>Ásia (Taiwan, área urbana)</p>	<p>464 alunos de uma escola secundária no condado de Chang-Hua, em Taiwan. A média de idade dos participantes sem sobrepeso e com sobrepeso foi de 14,1 (\pm 0,80) anos e 14,1 (\pm 0,80) anos, respectivamente. O IMC médio dos alunos sem sobrepeso</p>	<p>O estudo teve um desenho quantitativo e teve como objetivo estudar as relações entre os diferentes tipos de estigma relacionado ao peso corporal e sofrimento psicológico (ansiedade) em subgrupos com diferentes status de peso definidos objetivamente (ou seja, grupos de sobrepeso existentes e não</p>	<p>O grupo com sobrepeso existente, em comparação ao grupo sem sobrepeso existente, apresentou escores mais elevados no Estigma percebido relacionado ao peso corporal^{***} e na Escala Internalizada de Viés de Peso^{***}. Resultados semelhantes foram observados para os grupos de autopercepção de peso.</p>	<p>O estigma relacionado ao peso corporal percebido foi significativamente associado com o estigma internalizado independentemente do status do peso (real ou autopercebido). O estigma internalizado foi significativamente associado à ansiedade para participantes sem sobrepeso (real ou</p>

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		foi de 18,9 (\pm 1,9) kg/m ² e dos alunos com sobrepeso foi de 26,6 (\pm 3,8) kg/m ² .	existentes), e diferentes autopercepções de peso (isto é, grupos percebidos com sobrepeso e sem sobrepeso), em alunos do ensino médio de Taiwan.	<p>Os escores do Estigma percebido relacionado ao peso corporal foram significativamente associados ao Estigma relacionado ao peso corporal autopercebido, independentemente do status de peso existente ou autopercebido.</p> <p>Os escores da Escala Internalizada de Viés de Peso foram significativamente associados à ansiedade para os participantes sem sobrepeso (existente e autopercebido), mas não para os participantes com sobrepeso (existente e autopercebido).</p> <p>O Estigma percebido relacionado ao peso corporal também foi significativamente associado à ansiedade para participantes com sobrepeso</p>	autopercebido), mas não para participantes com sobrepeso (real ou autopercebido). Para os participantes com sobrepeso, o estigma relacionado ao peso corporal percebido foi associado à ansiedade, mas o processo de internalização não existiu.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				real ($\beta = 0,178$) e autopercebido ($\beta = 0,170$), mas não para participantes sem sobrepeso (real ou autopercebido).	
AHN et al. (2019)	Ásia (Coréia do Sul, área urbana)	Os dados usados neste estudo são do Korean Education and Employment Panel (2004 a 2015), um levantamento nacional. Participaram do estudo 9.896 estudantes do Ensino Fundamental e Médio, assalariados e com IMC maior que 10 ou menor que 40 kg/m ² . Para os homens, a média do IMC foi de 23,50 ($\pm 3,15$) kg/m ² e para as mulheres, foi de 20,24 ($\pm 2,41$) kg/m ² . A idade dos	O estudo teve um desenho quantitativo (longitudinal) e explorou a relação entre a obesidade e os resultados de mercado de trabalho por esforços como procura de emprego e treinamento de jovens adultos.	O estigma relacionado ao peso corporal foi observado pelo fato de as mulheres com sobrepeso e obesidade serem as mais prejudicadas na obtenção de emprego e renda. Em comparação com as mulheres de “peso normal”, a probabilidade de ter um emprego diminuiu 4,78% nas mulheres com sobrepeso e obesidade, independentemente da procura de emprego ou formação profissional. Não houve efeito significativo na renda. Em comparação com as mulheres com “peso normal”, as mulheres com baixo peso tinham 4,56% mais probabilidade de estar empregadas.	Independentemente das experiências de procura de emprego e de formação profissional (que são esforços individuais), existe uma penalização, no mercado de trabalho, expressando o estigma relacionado ao peso corporal, por serem mulheres com sobrepeso e obesidade e uma recompensa por estarem abaixo do peso, também entre as mulheres.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		participantes não foi informada.			
KIM e HAN (2017)	Ásia (Coréia do Sul, área urbana)	693 participantes (388 homens e 305 mulheres), com idades entre 20-40 anos, com informações de IMC para o primeiro ano de emprego, usando o Korean Education and Employment Panel (2004 a 2015), um levantamento nacional. A média de idade para as mulheres e os homens foi, respectivamente, 28,58 (\pm 5,47) anos e 29,25 (\pm 3,90) anos. O IMC médio para as mulheres e os homens foi, respectivamente, 20,48 (\pm 2,41) kg/m ² e 22,87 (\pm 2,68) kg/m ² .	O estudo teve desenho quantitativo (transversal) e avaliou se o IMC inicial no início da carreira de um indivíduo é importante para o desempenho inicial no trabalho, bem como o desempenho posterior, a curto e médio prazo, entre os jovens adultos.	O estigma relacionado ao peso corporal foi observado porque, para as mulheres, havia uma relação de penalização e, para os homens, havia uma relação de gratificação em relação ao IMC e ao emprego. Nas mulheres, as penalidades do mercado de trabalho para um IMC mais alto foram encontradas para aquelas com sobrepeso ou obesidade, enquanto que as mulheres com baixo peso ou peso normal poderiam receber recompensa por desempenho no mercado de trabalho. Nos homens, um status de baixo peso poderia penalizar os resultados do mercado de trabalho, já um IMC mais alto, mesmo em homens com excesso de peso, poderia representar	O estudo destaca as diferenças de gênero associadas ao IMC e emprego. Para as mulheres com sobrepeso e obesidade havia uma penalidade, enquanto para os homens com esse peso maior havia uma recompensa. Uma situação inversa foi observada em pesos menores para mulheres e homens. Além disso, para jovens adultos, o IMC inicial no início da carreira afetou o desempenho profissional.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				<p>uma recompensa nos salários mensais. Finalmente, para jovens adultos em seu primeiro emprego, a menor empregabilidade e a penalidade salarial por terem um IMC mais alto tendem a durar ao longo do tempo.</p>	
HAN e HRUSCHKA (2020)	<p>Ásia (Coreia do Sul, área urbana) e América do Norte (Estados Unidos da América, área urbana)</p>	<p>Três conjuntos de dados foram usados para a análise: a National Health and Nutrition (NHANES) de 1999 e 2014 e a versão coreana do NHANES (2007–2014 KNHANES), isto é, dois levantamentos nacionais. Foram usados dados de 20.823 indivíduos da Coreia do Sul (mulheres = 11.835; homens = 8.988) e</p>	<p>O estudo teve um desenho quantitativo (transversal) e teve como objetivo avaliar previsões concorrentes de teorias de privação e discriminação, examinando como a renda familiar em amostras representativas da Coreia do Sul e dos Estados Unidos da América está relacionada ao IMC em dois grupos contrastantes: indivíduos casados e nunca casados.</p>	<p>Em ambos os países, o estigma relacionado ao peso corporal foi observado pelo fato de que a renda familiar teve uma associação significativa e negativa com o IMC para as mulheres. Especificamente, as mulheres que vivem em famílias com rendas mais altas tendem a ter IMCs mais baixos em ambos os países. Isso pode ser explicado pela discriminação acerca do excesso de peso corporal, expressando estigma</p>	<p>Essas descobertas são consistentes com a discriminação em relação ao peso corporal no casamento como uma das principais causas de gradiente reverso, ou seja, o fato da pobreza ser frequentemente associada a um IMC mais alto.</p>

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		<p>6.395 indivíduos dos Estados Unidos da América (mulheres = 3.089; homens = 3.306). Os participantes tinham idades entre 20-49 anos. Para os participantes do KNHANES, a média do IMC para mulheres e homens foi, respectivamente, 22,52 ($\pm 0,04$) kg/m² e 24,26 ($\pm 0,04$) kg/m². Para os participantes do NHANES, a média de IMC para mulheres e homens foi, respectivamente 27,55 ($\pm 0,22$) kg/m² e 28,21 ($\pm 0,18$) kg/m².</p>		<p>relacionado ao peso corporal no casamento, em que mulheres com IMC mais alto são “selecionadas” para famílias de baixa renda por meio de “mercados” de casamento. Não houve relação significativa entre renda familiar e IMC entre os homens. O efeito da renda familiar sobre o IMC foi pequeno e não significativo entre as mulheres que nunca se casaram. Isso pode ser explicado pela preponderância nesse grupo de mulheres de 20 a 29 anos que ainda não tiveram exposição suficiente à privação ou à discriminação no mercado de trabalho para criar um gradiente reverso. Nos Estados Unidos, entre as mulheres que nunca se casaram, houve uma interação significativa, com</p>	

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
				as relações IMC-renda diferindo entre os grupos de 20-29 e 40-49 anos.	
AMBAK et al. (2018)	Ásia (Malásia, área urbana)	123 donas de casa com sobrepeso e obesidade, com idades entre 18-59 anos (média 42,81 ± 8,00) e IMC médio de 31,5 (± 4,13) kg/m ² .	O estudo teve um desenho quantitativo (quase-experimental) e avaliou o efeito de uma intervenção de redução de peso na qualidade de vida relacionada à saúde entre donas de casa com sobrepeso e obesidade.	Não houve associação entre perda de peso e melhora em diferentes domínios do escore de qualidade de vida, incluindo estigma social (que envolvia estigma relacionado ao peso corporal).	As donas de casa com sobrepeso e obesidade neste estudo tiveram melhores escores para qualidade de vida e estigma social (incluindo estigma relacionado ao peso corporal) após uma intervenção para perda de peso, mesmo sem perder peso.
CHANG et al. (2009)	Ásia (Malásia, área rural)	38 homens e mulheres com sobrepeso e obesidade, com idades entre 25-60 anos ^{&} . Eles eram de três grupos étnicos indígenas, os Iban (Borneo), Malay (Península Malaia e Borneo) e Bidayuh (Borneo). O IMC médio para as	O estudo teve um desenho qualitativo (grupo focal) e teve como objetivo explorar a percepção e os sentimentos e atitudes em relação às pessoas com sobrepeso ou obesidade, e as barreiras percebidas para a perda de peso entre adultos nativos de baixo nível socioeconômico.	Os resultados mostraram que o estigma relacionado ao peso corporal esteve presente, sendo expresso pelo fato de que alguns participantes se perceberam feios, envergonharam-se do tamanho do seu corpo e se frustraram por não desejarem estar com sobrepeso. A maioria também expressou ser menos eficaz em seu	Observou-se insatisfação corporal, estigma relacionado ao peso corporal, inclusive estigma internalizado, nesta amostra de população rural de três diferentes etnias indígenas. O estigma esteve bastante presente nas interações sociais.

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		mulheres foi de 31,9 kg/m ² (variação: 30,6-33,9 kg/m ²); para os homens, foi de 32,3 kg/m ² (variação: 30,3-35,0 kg/m ²).		desempenho no trabalho, devido ao excesso de peso. Entre as mulheres, esse estigma foi observado porque havia um sentimento de vergonha por temer que outras pessoas da aldeia rissem delas se usassem vestido ou saia. Embora os participantes não se sentissem profundamente discriminados pelos outros, eles se sentiam provocados e alvo de piadas e comentários e pareceram desenvolver um estigma relacionado ao peso corporal mais internalizado.	
AGRAWAL et al. (2015)	Ásia (Índia, área urbana)	Os dados usados neste estudo são da Pesquisa Nacional de Saúde da Família-2 (1998–99), com 325 mulheres de 15 a 49 anos de idade ^{&} . 43,6% tinham um corpo com sobrepeso,	O estudo teve um desenho quantitativo (transversal) e teve como objetivo descrever diferentes fatores psicossociais associados ao sobrepeso e obesidade entre mulheres em Nova Deli, Índia.	O modelo de regressão logística mostrou que quanto maior o IMC, maior a discriminação, que expressa o estigma relacionado ao peso corporal. Por exemplo, em comparação com mulheres com sobrepeso, mulheres	Fatores psicossociais, como a discriminação, são importantes para a obesidade em mulheres indianas urbanas, especialmente naquelas com obesidade mórbida. Além disso, o estigma relacionado ao peso

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		39,4% tinham um corpo com obesidade e 16,9% tinham um corpo com obesidade mórbida ^{&} (termos do estudo, IMC > 40 kg/m ²)		com obesidade tiveram uma razão de chance de 2,93 e mulheres com obesidade mórbida tiveram uma razão de chance de 9,4 ^{***} de sofrer discriminação e estigma relacionado ao peso corporal. Verificou-se também que pertencer a uma casta de maior status e ter um padrão de vida elevado diminuiu a razão de chances de discriminação e preconceito.	corporal foi influenciado pelo nível socioeconômico: quanto mais alto esse status, menores foram os efeitos do estigma relacionado ao peso corporal.
LIPOWSKA et al. (2019)	Ásia (Vietnã, área urbana) e Europa (Polônia, área urbana)	1.290 estudantes universitários da Polônia (n = 586) e do Vietnã (n = 704), com idades entre 19-25 anos. A média de idade das mulheres polonesas (n = 437) e dos homens (n = 149) foi, respectivamente, 21,22 (± 1,68) e 21,77 (± 1,69) anos. A média de idade das	O estudo teve um desenho quantitativo (transversal) e teve como objetivo examinar as diferenças culturais na estigmatização corporal entre a cultura cristã individualista, de culpa (Polônia) e a cultura budista/confucionista coletivista, de honra e vergonha (Vietnã). O	Os resultados relativos à sensação de estigma relacionado ao peso corporal, medido pelo Questionário de Estigmatização Percebida, indicaram que a ausência de comportamento amigável ^{**} é relatada com mais frequência por estudantes do Vietnã do que da Polônia. Não foram observadas diferenças nem entre	Os índices antropométricos objetivos não foram preditores significativos de estigmatização percebida em ambas as culturas. No entanto, independentemente dos índices antropométricos, homens e mulheres vietnamitas pontuaram mais alto em todas as dimensões de

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		mulheres vietnamitas (n = 641) e dos homens (n = 246), respectivamente, foi de 20,43 (\pm 1,09) e 20,36 (\pm 1,11) anos. O IMC médio de mulheres e homens poloneses foi de, respectivamente, 21,28 (\pm 2,80) e 23,67 (\pm 3,05) kg/m ² . O IMC médio de mulheres e homens vietnamitas foi de, respectivamente, 19,50 (\pm 2,15) e 20,92 (\pm 2,65) kg/m ² .	Questionário de Estigmatização Percebida foi usado para avaliar a sensação de estigma, nas suas três subescalas: ausência de comportamento amigável, comportamento de olhar fixamente e comportamento hostil.	homens dos dois países nem entre homens e mulheres. Os escores de comportamento de olhar fixamente de homens do Vietnã se destacaram***. O maior número de diferenças (transculturais e de gênero) foi observado para comportamento hostil***: os homens vietnamitas tiveram as percepções mais altas e as mulheres polonesas as mais baixas. Isso sugere que o estigma percebido é influenciado tanto pelo gênero quanto pela cultura de origem dos jovens adultos.	estigmatização percebida em comparação com mulheres e homens poloneses. Estudantes vietnamitas do sexo masculino e feminino relataram níveis mais altos de ausência de comportamentos amigáveis, comportamento de olhar fixamente e comportamento hostil.
LIN et al. (2020)	Ásia (Hong Kong e Taiwan, ambos em área urbana)	707 participantes recrutados em universidades de Hong Kong (n = 400) ou Taiwan (n = 307). A média de idade da amostra foi de 20,27 (\pm 1,79) anos. O IMC	O estudo teve um desenho quantitativo e teve como objetivo estudar as relações entre estigma relacionado ao peso corporal, distúrbios alimentares e estresse emocional em subgrupos	Depois de controlar os dados demográficos, o estigma relacionado ao peso corporal percebido foi associado a distúrbios alimentares***, depressão*** e ansiedade***; e distúrbios alimentares foram	Os resultados mostraram que o estigma relacionado ao peso corporal percebido foi associado a distúrbios alimentares e estresse emocional em adultos jovens com peso elevado e “peso normal”

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		médio da amostra foi de 21,04 (\pm 3,27) kg/m ² .	com diferentes status de peso e gêneros autopercebidos em amostras asiáticas em duas áreas (Hong Kong e Taiwan).	associados com depressão ^{***} e ansiedade ^{***} em toda a amostra. Além disso, os distúrbios alimentares mediaram a associação entre o estigma relacionado ao peso corporal percebido e o sofrimento emocional. Achados semelhantes foram mostrados nas sub-amostras que se perceberam com maior peso ou “peso normal” e nas sub-amostras masculina e feminina. No entanto, nas sub-amostras que se perceberam com baixo peso, apenas as ligações entre distúrbios alimentares e sofrimento emocional foram significativas.	auto identificados e também tanto em homens quanto em mulheres. Os autores também constataram que tais associações não estavam presentes em adultos com baixo peso. Além disso, distúrbios alimentares foram associados a sofrimento emocional, independentemente do status de peso dos participantes.
WRIGHT et al. (2016)	Ásia (China e Coreia do Sul, ambas em área urbana)	286 participantes da China (n = 213) e da Coreia do Sul (n = 73). A média de idade dos participantes foi de 28,10 (\pm 7,34)	O estudo teve um desenho quantitativo (transversal) e teve como objetivo explorar as relações entre variáveis ambientais e individuais que afetam a	Valores mais altos de IMC foram preditores do estigma relacionado ao peso corporal ^{**} . Além disso, depois de controlar pela frequência de exercícios, níveis	Os resultados sugerem que o estigma relacionado ao peso corporal, a frequência de consumo de alimentos em redes de restaurantes dos EUA e

Referência	Região geográfica e país	Participantes	Desenho e objetivos do estudo	Experiências de estigma sentido	Conclusões
		anos. O IMC médio de participantes foi de 22,63 (\pm 6,08) kg/m ² .	obesidade e o controle de peso, incluindo autopercepções de estigma relacionado ao peso corporal, prevalência e popularidade de redes de restaurantes nos Estados Unidos nesses países, frequência de consumo de comidas em restaurantes de redes dos EUA entre os consumidores, autoeficácia no controle de peso, disposição para comunicar sobre peso/dieta, IMC e depressão.	aumentados de depressão foram previstos pelo aumento de consumo de comida em restaurante dos EUA, pelo estigma relacionado ao peso corporal e pela autoeficácia reduzida no controle de peso.	níveis reduzidos de autoeficácia no controle de peso podem ser problemáticos em ambas as culturas em termos de prever aumentos nos níveis de depressão (mesmo quando controlando a frequência de exercício).

6.6. Qualidade dos estudos e risco de vieses

Os Quadros 3 e 4 descrevem a qualidade e os riscos de vieses dos estudos qualitativos e quantitativos, respectivamente. A maioria dos estudos qualitativos não relatou as credenciais dos/as pesquisadores e/ou sua proximidade ou experiências com os/as participantes. Todavia, não consideramos que estes aspectos impediriam a inclusão dos estudos nesta revisão.

Quadro 3 - Descrição da qualidade e do risco de viés dos estudos qualitativos.

Autor	Equipe de pesquisa e reflexividade		Desenho do estudo			
	Descrição das credenciais, experiência ou treinamento dos pesquisadores	Descrição da proximidade dos pesquisadores com os participantes	Descrição da orientação metodológica do estudo (por exemplo, teoria fundamentada, etnografia)	Descrição de como os participantes foram abordados (por exemplo, cara a cara, telefone)	Descrição do tamanho da amostra	Descrição de características importantes da amostra (por exemplo, sociodemográficas)
ANDERSON-FYE et al.			x	x	x	
ARAÚJO et al.			x	x	x	
ARYEETAY				x	x	
BODIBA et al.			x	x	x	
BRANCO e SILVA			x		x	x
CHANG et al.	x			x	x	
COSTA et al.			x		x	x
MACEDO et al.			x	x	x	x
MARTÍNEZ-AGUILAR et al.			x		x	
MATTOS e LUZ			x		x	x
SU et al.	x	x	x	x	x	
NASCIMENTO e Bezerra			x		x	x
OLIVEIRA et al.			x	x	x	x
PINTO e BOSI			x	x	x	
SCAGLIUSI et al.	x	x	x	x	x	x
ULIAN et al.	x	x	x	x	x	x

Quadro 3 - Descrição da qualidade e do risco de viés dos estudos qualitativos.

Produção de dados				Análises e resultados		
Descrição do roteiro de perguntas da entrevista	O texto informava se as entrevistas foram gravadas em áudio	O texto informava a duração das entrevistas	O texto informava se a saturação dos dados foi discutida	O texto informava quantos codificadores codificam os dados	O texto fornecia uma descrição da árvore de codificação	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/resultados
X						
X	X	X	X		X	X
X	X	X		X	X	X
	X	X			X	X
X					X	X
X	X	X		X	X	X
X		X			X	X
X					X	X
X			X		X	X
X	X	X			X	X
X				X	X	X
X					X	X
X			X		X	X
X	X	X			X	X
X					X	X
X		X	X		X	X
X	X	X			X	X
X					X	X
X				X	X	X
X	X	X			X	X

Quadro 3 - Descrição da qualidade e do risco de viés dos estudos qualitativos.

	Os resultados foram consistentes com os dados apresentados															
Qualidade geral	Ruim	Muito bom	Bom	Ruim	Muito bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom
	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Legenda do Quadro 3: casela em branco: equivale a uma resposta negativa

Quadro 4 - Descrição da qualidade e do risco de viés dos estudos quantitativos.

A(s) exposição(ões) de interesse foram medidas antes do(s) desfecho(s) serem medido(s)‡	Justificativa do tamanho da amostra*	Menção de critérios de inclusão e exclusão	A taxa de participação dos participantes elegíveis foi de pelo menos 50%	População do estudo claramente especificada e definida	Objetivo claramente declarado	Autor
n/a	n/a	x	n/a	x	x	AGRAWAL et al.
		x	n/a	x	x	AHN et al.
x		x	x	x	x	AMBAK et al.
n/a	n/a		n/a		x	ANDERSON-FYE et al.
n/a		x	x	x	x	BARATIN et al.
n/a	n/a	x	n/a		x	BASTOS et al.
n/a		x	n/a	x	x	BODIBA et al.
n/a	n/a	x	n/a	x	x	BREWIS
n/a		x		x	x	CHAN et al.
n/a	n/a	x	n/a	x	x	CHENG et al.
n/a	n/a		n/a		x	DUAN e WANG
n/a	n/a		n/a		x	DUAN e WANG
n/a	n/a	x	n/a	x	x	GONÇALVES

Quadro 4 - Descrição da qualidade e do risco de viés dos estudos quantitativos.

Menção de critérios de inclusão e exclusão	A taxa de participação dos participantes elegíveis foi de pelo menos 50%	População do estudo claramente especificada e definida	Objetivo claramente declarado	Autor	Qualidade geral	As principais variáveis de confusão foram medidas e ajustadas estatisticamente
x	n/a	x	x	GOVENDER et al.	Ruim	
x	n/a	x	x	HACKMAN et al.	Bom	x
x	n/a	x	x	FUNG	Bom	x
x	n/a	x	x	HAN e HRUSCHKA	Ruim	
x	n/a		x	HENRY e KOLLAMPARAM	Muito bom	x
x	n/a	x	x	KIM e HAN	Ruim	x
x	n/a	x	x	LIN et al.	Bom	
x	n/a	x	x	LIN et al.	Bom	x
x	n/a	x	x	LIPOWSKA et al.	Bom	x
x	n/a	x	x	MUENNIG e BENCH	Muito bom	x
x	n/a	x	x	WANG et al.	Ruim	x
x	n/a	x	x	WRIGHT et al.	Ruim	x
x	n/a	x	x	WU e LIU	Bom	x

Quadro 4 - Descrição da qualidade e do risco de viés dos estudos quantitativos.

Qualidade geral	As principais variáveis de confusão foram medidas e ajustadas estatisticamente	A perda de acompanhamento após o início do estudo foi de 20% ou menos	Os avaliadores dos resultados eram cegados
Ruim		n/a	n/a
Muito bom	n/a	n/a	n/a
Bom	x	n/a	n/a
Bom		n/a	n/a
Ruim	x	n/a	n/a
Muito bom	x	n/a	n/a
Muito bom	x	n/a	n/a
Muito bom	x	n/a	n/a
Bom		n/a	n/a
Bom		n/a	n/a
Muito bom	x	n/a	n/a
Muito bom	x	n/a	n/a
Muito bom	x	n/a	n/a

Legenda do Quadro 4: * Aplicável a estudos de intervenção; ‡ aplicável para estudos de coorte; ^{n/a} Não aplicável; casela em branco: equivale a uma resposta negativa

7. Discussão

Nesta revisão sistemática, visamos descrever as experiências de estigma sentido pelas pessoas com sobrepeso e obesidade morando na América Latina, África e Ásia. Com isto, trouxemos uma nova contribuição à pesquisa sobre o estigma relacionado ao peso corporal, que, até então, não focava sua atenção nestas áreas. Os estudos revisados mostraram que a experiência de estigma sentido parece ser comum entre as três regiões, o que é interessante considerando que cada uma abriga diferentes contextos e populações. Isto é, as regiões possuem uma miríade de características heterogêneas entre si e dentro de si próprias. Além disso, encontramos similaridades entre os resultados dos estudos aqui revisados e outros conduzidos no Norte Global.

Houve diferenças na percepção de estigma sentido de acordo com a região e com as características da população estudada, tais como ciclo da vida, peso corporal ou grupo social de pertencimento. Estes contrastes serão explorados doravante. Na África, um estudo não encontrou associação entre peso corporal ou circunferência da cintura e o estigma (BARATIN et al., 2020), enquanto outros dois indicaram uma apreciação pela corpulência em alguns grupos africanos (ARYEETAY, 2016; BODIBA et al., 2008). Apesar disso, todos os estudos africanos revisados, incluindo estes supracitados, mostraram que ter um corpo mais pesado acarretava consequências negativas para os/as participantes (GOVENDER et al., 2019; HENRY e KOLLAMPARAMBIL, 2017). Outros estudos africanos sobre temas correlatos ao estigma também mostraram essa contradição, indicando que, para algumas populações africanas, ter um corpo mais corpulento (ou com obesidade) é percebido positivamente e preferido pela sociedade, estando associado a valores morais e condições positivas (por exemplo, riqueza, bem-estar, beleza, estabilidade e admiração) (AGYEMANG et al., 2015; HOLDSWORTH et al., 2004; PRENTICE, 2006; SIERVO et al., 2006). As clássicas etnografias de POPENOE (2012), já citadas na revisão de literatura desta tese (na parte I) mostraram que, entre uma população muçulmana da parte nigeriana do deserto do Saara, as meninas eram engordadas para se tornarem atrativas e conseguirem um bom casamento. MATOTI-MVALO e PUONAE (2011) também relataram que mulheres sul-africanas tendem a associar um corpo mais magro a HIV/AIDS. Apesar disso, outros estudos indicaram mudanças nestas percepções positivas. O sobrepeso tem sido cada vez mais associado socioculturalmente a problemas de saúde e a valores morais negativos, como a

gula. Assim, um corpo com sobrepeso e obesidade (ou mais corpulento) parece não ser mais tido como desejável para algumas populações africanas (TLILI et al., 2008; PUOANE et al., 2013).

Esta mudança na valorização da gordura pode ser explicada pelo avanço do neoliberalismo, que valoriza individualismo e autorresponsabilidade pelo próprio corpo e pela própria saúde, em detrimento de valores coletivos ancestrais. Novas tecnologias também disseminaram mais rapidamente imagens e narrativas de ícones de beleza, sempre magros, como itens de consumo, mudaram a produção de alimentos, estimulando a criação e o consumo de alimentos ultraprocessados³¹, e levaram a um estilo de vida mais sedentário (BREWIS e WUTICH 2019). Apesar de alguns estudos etnográficos terem demonstrado que os significados atribuídos à gordura são complexos e nem sempre seguem uma direção única e previsível (STURTZSREETHARAN et al., 2021), esta é a primeira revisão sistemática que focou em regiões pouco estudadas e mostrou tais complexidades. Estes resultados apontaram que, enquanto algumas populações africanas podem ainda ter maior tolerância a corpos mais pesados e corpulentos, a estigmatização destes corpos vêm crescendo, indicando que as consequências do estigma relacionado ao peso corporal devem afetá-las de forma crescente.

No tocante ao ciclo de vida e às faixas etárias, esta revisão expôs que crianças mexicanas com obesidade na região de Jalapa (centro-leste do México) não sentiam ou expressavam estigma relacionado ao peso corporal (BREWIS 2003). Já BACARDI-GASCÓN et al. (2007), poucos anos depois, encontraram resultados diferentes ao estudar a estigmatização que crianças mexicanas (com e sem sobrepeso) e suas mães tinham sobre seus/suas colegas em Tijuana e Tecate (no noroeste do México). Meninos e meninas (com e sem sobrepeso) indicavam colegas com obesidade como o amigo menos preferido e escolhido. Estes resultados foram ainda mais intensos entre meninas e suas mães. Estes resultados díspares reforçaram que as atitudes para com as pessoas com sobrepeso e obesidade parecem depender de diversos fatores, como a família, o ambiente e convívio escolar, a localidade e a época de condução do estudo. Por exemplo, no estudo de BACARDI-GASCÓN et al. (2007), as cidades estudadas são fronteiriças aos Estados Unidos da América, o que pode sugerir maior influência da cultura deste país nas pessoas

³¹ Alimentos ultraprocessados dependem de ingredientes industriais e de processamento industrial profundo. Geralmente estes alimentos são ricos em energia, sal, açúcar e gorduras trans e/ou saturadas, e pobres em fibras, proteínas, vitaminas e minerais (MONTEIRO, 2009).

destas cidades. Portanto, estas influências parecem modelar certas atitudes que, neste caso, refletiram ou não na expressão do estigma relacionado ao peso corporal. Finalmente, é importante realçar que o México é um país grande e populoso, sendo difícil encontrar o mesmo padrão de resultados entre os estudos, cujo número, aliás, foi bem pequeno, reduzindo a possibilidade de análises.

A respeito do peso corporal, nas três regiões, o estigma relacionado ao peso corporal foi observado nas pessoas com sobrepeso e obesidade, porém, na América Latina, ele também foi observado para corpos muito magros, especialmente para o gênero masculino (AGRAWAL et al., 2015; ARYEETAY, 2016; BASTOS et al., 2015; BODIBA et al. 2008; CHAN et al., 2019; DUAN e WANG, 2019 b; GONÇALVES et al., 2012; HACKMAN et al., 2016; WRIGHT et al., 2016; WU e LIU, 2015).

Nos estudos latino-americanos e asiáticos, se sentir estigmatizado/a foi mais frequente em grupos vulneráveis (populações indígenas, pessoas mais jovens, mais pobres e com pouca segurança alimentar). Ademais, mudar este corpo poderia representar um processo para melhorar o nível socioeconômico do indivíduo com sobrepeso e obesidade (HACKMAN et al., 2016; ANDERSON-FYE et al., 2017; CHANG et al., 2009). Esta relação foi observada no estudo de HAN e HRUSCHKA (2020), no qual um corpo mais magro estava relacionado à mobilidade social ascendente. Da mesma forma, em estudos africanos e asiáticos, o estigma relacionado ao peso corporal influenciava negativamente a contratação e os salários das pessoas com sobrepeso e obesidade (HENRY e KOLLAMPARAMBIL, 2017; AHN et al., 2019; HAN e HRUSCHKA, 2020; KIM e HAN 2017). Isto indica que enquanto corpos magros estão socioculturalmente associados com vantagens, como a mobilidade social ascendente, as pessoas são encorajadas implicitamente e explicitamente a se conformar e encaixar no ideal magro. Como LUPTON (2012) argumentou, o modo como cada pessoa reconhece, exhibe, vê e vive em seu corpo está situado em contextos culturais e sociais. As maneiras pelas quais julgamentos negativos são aplicados a pessoas com sobrepeso e obesidade torna incrivelmente difícil separar a complexa interação de atitudes em relação a corpos individuais (gordos ou com obesidade) de outros aspectos da sociedade e da cultura que produzem desigualdades sociais e de saúde.

Nas três regiões, os/as participantes relataram o estigma sentido quando interagiam com outras pessoas (isto é, sendo classificados/as com nomes depreciativos e com rótulos morais; sendo recomendados/as a perder peso para melhorar seus relacionamentos, sua saúde e seu desempenho profissional e; se sentindo diminuídos/as,

não atraentes, desvalorizados/as, ridículos/as e marginalizados/as), em determinados lugares (como nas academias, nas escolas e nas universidades) e situações (especialmente ao comprar roupas) (ARAÚJO et al., 2015; COSTA et al., 2012; PINTO e BOSI, 2010, MATTOS e LUZ, 2009; ULIAN et al., 2020; MARTÍNEZ-AGUILAR et al., 2010; MACEDO et al., 2015; ANDERSON-FYE et al., 2017; ARYEETAY, 2016; BODIBA et al. 2008; CHANG et al., 2009; LIPOWSKA et al., 2019; WU e LIU, 2015; SU et al., 2014). As consequências do estigma sentido pareceram mais proeminentes na América Latina, possivelmente porque foram mais encontrados nesta região estudos qualitativos, que permitem a compreensão mais rica, densa e aprofundada das experiências. Porém, de forma geral, em todas as regiões, o estigma sentido teve consequências negativas significativas para a saúde física e mental, as práticas alimentares e de atividade física dos/as participantes (ARAÚJO et al., 2015; BRANCO e SILVA, 2019; NASCIMENTO et al., 2013; COSTA et al., 2012; MACEDO et al., 2015; ULIAN et al. 2020; HACKMAN et al., 2016; MARTÍNEZ-AGUILAR et al., 2010; GOVENDER et al., 2019; CHAN et al., 2019; DUAN e WANG, 2019b; SU et al., 2014; WANG et al. 2021; WRIGHT et al., 2016; LIN et al. 2019; WU e LIU, 2015). Consequentemente, também em todas as regiões, os/as participantes expressaram o desejo de mudar seus corpos para serem socialmente aceitos/as (ULIAN et al. 2020; PINTO e BOSI, 2010; MARTÍNEZ-AGUILAR et al., 2010; BODIBA et al., 2008; SU et al., 2014). Apenas no Brasil, todavia, os/as participantes relataram recorrer à cirurgia bariátrica com este intuito (BRANCO e SILVA, 2019; NASCIMENTO et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013). Também apenas no Brasil, algumas participantes perpetuavam o estigma relacionado ao peso corporal (ARAÚJO et al., 2015; PINTO e BOSI, 2010; SCAGLIUSI et al., 2020).

Os resultados encontrados apenas no Brasil podem ser explicados porque, neste país, o corpo é um meio de distinção e de aquisição de reputação, sucesso e status social (GOLDENBERG, 2014; EDMONDS, 2010). Assim, não é surpreendente que mulheres brasileiras concordem em se submeter a um procedimento intensivo como a cirurgia bariátrica para se aproximar, ou quiçá obter, um corpo mais magro, que apresenta aqui alto capital social. Alinhado a isto, as participantes brasileiras com sobrepeso e obesidade pareciam perpetuar o estigma como uma forma de se distanciar e distinguir das outras pessoas com estas características corporais. Ou seja, com essa atitude, elas pareceram mostrar que não toleram ou aceitam o próprio peso e estão, possivelmente, dispostas a mudá-lo. Traçando um paralelo com os argumentos de Mary DOUGLAS (1966), em seu livro *Pureza e Perigo*, ao criticarem “outros” corpos gordos e punirem certos

comportamentos, estas participantes se colocam sistematicamente em uma posição diferenciada, separando-se de uma outra posição “em perigo”, ocupada por, supostamente, uma pessoa gorda que não se esforça suficientemente para mudar seu corpo. É possível supor que elas veem no corpo um símbolo da sociedade e, portanto, ter a atitude de estigmatizar (mesmo que seja um semelhante) confere poder às mesmas.

Finalmente, o apoio dado às pessoas que vivenciam o estigma sentido foi estudado na América Latina e na Ásia, mas não na África. No geral, este apoio vinha de intervenções especializadas para as necessidades de pessoas com sobrepeso e obesidade e/ou que abordavam o estigma relacionado ao peso corporal (MACEDO et al., 2015; SCAGLIUSI et al., 2020; DUAN e WANG, 2019a, b; AMBAK et al., 2018; MATTOS e LUZ, 2009). Considerando as nefastas consequências do estigma sentido apresentadas pelos estudos discutidos anteriormente nesta revisão, é surpreendente que tão poucos artigos (seis de um total de quarenta) se dedicaram a investigar o apoio. As intervenções de pesquisa e as iniciativas de saúde pública devem melhorar a saúde, o que deve incluir a redução das iniquidades em saúde e, dentro destas, do estigma relacionado ao peso corporal. Para ilustrar a importância disso, um editorial do *THE LANCET PUBLIC HEALTH* (2019) destacou a urgência de abordar o estigma relacionado ao peso corporal no cuidado em saúde. Em conformidade, uma declaração de consenso conjunto para acabar com o estigma relacionado ao peso corporal foi publicada na revista *Nature Medicine* (RUBINO et al., 2020).

Nos estudos revisados sobre o apoio a pessoas que vivenciam o estigma sentido, os benefícios para os/as participantes foram numerosos, incluindo permitir-lhes ter novas experiências, construir valores e desejos além da mudança de peso corporal, sentir-se fortalecido/as, ser mais ágeis, confiantes e críticos/as aos comentários dos outros, além de terem menor probabilidade de apresentar emoções negativas ao enfrentar este estigma (MACEDO et al., 2015; SCAGLIUSI et al., 2020; DUAN e WANG, 2019a, b; AMBAK et al., 2018; MATTOS e LUZ, 2009). Somando-se a esses resultados, outros estudos têm mostrado impactos positivos da proposição de estratégias não estigmatizantes. Por exemplo, RATHBONE et al. (2021) analisaram o efeito de mensagens que desafiavam o estigma relacionado ao peso corporal e promoviam positividade corporal (nossa tradução para *body positivity*). Tais mensagens tiveram efeitos positivos para pessoas de diversos tamanhos corporais, reduzindo suas percepções de estigma e suas motivações para a prática de comportamentos não saudáveis para a perda de peso, e aumentando a autoestima. Parece razoável sugerir que pesquisas interessadas em investigar o estigma

relacionado ao peso corporal também devam ser motivadas a estudar estratégias que possam desafiar e mudar crenças arraigadas e preconceitos sobre as pessoas com sobrepeso e obesidade, ajudando a construir novos conhecimentos e estratégias inclusivas de cuidados em saúde. Esse movimento, em última instância, poderia ajudar a construir novos valores socioculturais sobre o corpo e a própria obesidade.

Esta revisão tem algumas limitações. Nossa habilidade de avaliar a literatura existente pode ser sido prejudicada por algumas características dos estudos, como a falta de detalhamento metodológico, o pequeno tamanho amostral e o foco restrito. Especialmente na África, o número de estudos foi pequeno, o que pode ter reduzido o escopo das análises feitas sobre o estigma sentido neste continente. Além disto, apenas um estudo asiático e um africano foram conduzidos em áreas rurais. Assim, os resultados aqui apresentados se referem, em maior parte, a áreas metropolitanas. Mais estudos são necessários para explorar o estigma relacionado ao peso corporal nas áreas rurais da América Latina, África e Ásia. Finalmente, ressaltamos que esta revisão focou no estigma sentido. Há outros estudos nas três regiões estudadas que focaram em outros aspectos do estigma relacionado ao peso corporal, como o estudo japonês de CHISUWA-HAYAMI e HARUKI (2017), o ganês de COGAN et al. (1996) e o brasileiro de GEISLER e KORZ (2020), entre outros.

É inegável que estudos futuros precisam avançar no recorte das populações estudadas, como fizemos nesta revisão. Ilustrativamente, uma revisão sistemática recente conduziu uma comparação do estigma relacionado ao peso corporal entre a Austrália, o Canadá, a França, a Alemanha, o Reino Unido e os Estados Unidos da América, para avaliar experiências e fontes interpessoais do estigma (PUHL et al., 2021). Embora a importância deste estudo seja inquestionável, a pesquisa teve como foco países ricos, reforçando a hegemonia do conhecimento nessas localidades. Assim, entendemos que fomos capazes de avançar por não basearmos a perspectiva de um fenômeno complexo, como o estigma relacionado ao peso corporal, apenas em estudos da América do Norte e da Europa, desconsiderando outras regiões.

Também é relevante considerar que existem experiências interseccionais incorporadas de estigma, isto é, relações entre categorias de diferenciação social que estão enraizadas nas experiências de hierarquia e poder (MACKINNON, 2013), vividas no corpo ou atravessando o corpo sob a forma de discriminações sistêmicas e sistemáticas. PEARL et al. (2018), HIMMELSTEIN et al. (2017), e MAKOWSKI et al. (2019), ao conduzirem pesquisas sobre o estigma relacionado ao peso corporal nos Estados Unidos

da América e na Alemanha, consideram que a incorporação da interseccionalidade como marco teórico e metodológico seja importante. De acordo com BREWIS e WUTICH (2009), aqueles/as que sofrem estas experiências interseccionais de estigma relacionado ao peso corporal tendem a ter menos recursos necessários para uma vida saudável, tais como acesso à água e a alimentos, educação, renda, cuidado em saúde, trabalho formal e suporte social. Muitos dos países estudados nesta revisão possuem estes recursos de forma mais precária, têm taxas de desenvolvimento humano menores e níveis de violência maiores do que países do Norte Global. Assim, nas regiões aqui estudadas (América Latina, África e Ásia), a incorporação da interseccionalidade como referencial teórico e disposição analítica nos parece fundamental.

8. Conclusões

Esta revisão sistemática demonstrou a existência do estigma sentido, em relação ao peso corporal, em diferentes populações que viviam na América Latina, África e Ásia, lugares com muitas diferenças. Mais especificamente, nossa revisão mostrou que sociedades que eram historicamente mais abertas à corpulência e a corpos com obesidade, como algumas comunidades africanas, estão mudando estas percepções e estigmatizando tais corpos. Isso confirma o fato de que o estigma relacionado ao peso corporal é um problema de saúde global emergente e potencialmente sério. Também mostramos que, nas três regiões, o estigma sentido teve consequências negativas para a saúde e que era mais frequente, em alguns países, entre os grupos mais vulneráveis, reforçando que a experiência interseccional de estigma produz iniquidades sistemáticas. Ademais, ter um corpo magro representava mobilidade social ascendente e aceitação social e, portanto, querer se aproximar deste era uma constante entre os/as participantes. Finalmente, apesar das pessoas com sobrepeso e obesidade se sentirem fortemente estigmatizadas, poucos estudos revisados abordaram maneiras de apoiá-las. Nossa revisão avançou ao dar representatividade à América Latina, África e Ásia, espaços que normalmente não são foco de pesquisas desta área. Esperamos e encorajamos que futuros/as pesquisadores/as se sintam motivados/as a também investigar e comparar os espaços sociais que compõem estas regiões, ajudando a descentralizar as perspectivas hegemônicas de conhecimento baseadas no Norte Global.

PARTE III

9. Percurso metodológico

9.1. Introdução

Conforme mencionado na apresentação, esta parte da tese integra o estudo “Apoio e análise para a implementação das ações na atenção básica da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade nos municípios do Grande ABC paulista”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP (projeto número 12785719.9.0000.5421) e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, processo 421840/2018-8), na “Chamada CNPq/MS/SAS/DA/CGAN No. 26/2018, Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS”. Tal estudo é coordenado pela Profa. Dra. Patrícia Constant Jaime.

O objetivo do estudo supracitado é fortalecer o desenvolvimento de ações de vigilância alimentar e nutricional, de promoção da alimentação adequada e saudável e de atividade física e práticas corporais, de gestão do cuidado e manejo da obesidade com abordagem coletiva e de articulação interprofissional e intersetorial, como componentes de responsabilidade da atenção básica na implementação da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014). Dentro de tais temáticas, são desenvolvidos protocolos de tecnologias³² de educação permanente para profissionais de saúde que atuam nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica e nas Equipes de Saúde da Família e Atenção Básica (profissionais de nível superior e técnico e agentes comunitários de saúde). O estudo se ancora em uma série de políticas públicas de saúde, tais como Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

³² Assumimos, nesta tese, o conceito de tecnologias em saúde proposto por MEHRY (2005). São tomados, em especial, os conceitos de tecnologias leves que envolvem as relações entre usuário, profissionais e equipe de saúde e de tecnologias leve duras que dizem respeito aos saberes estruturados, tais como aqueles apresentados em diretrizes clínicas, protocolos terapêuticos, guias alimentares, dentre outros documentos técnicos.

9.2. Métodos relacionados à revisão dos protocolos

Nosso trabalho consistiu em revisar os protocolos de oficinas educativas do estudo supramencionado, para eliminar a presença de atitudes potencialmente estigmatizantes nos mesmos e acrescentar práticas e informações que pudessem contribuir para a diminuição do estigma relacionado ao peso corporal por parte dos/as profissionais de saúde.

Para cumprir tal objetivo, foi utilizado o método Delphi (GORDON, 1994), com algumas adaptações utilizadas por HART et al. (2021) para gerar consenso sobre o estigma relacionado ao peso corporal na pesquisa e prática de saúde pública.

Os procedimentos foram realizados por dois pesquisadores: eu, Fernanda Baeza Scagliusi (FBS), que sou uma mulher cisgênero, branca, professora e nutricionista, expert em obesidade e estigma relacionado ao peso corporal, e possuidora do IMC de 24,1 kg/m², o que me coloca na categoria de “peso normal” e o pesquisador associado, Ramiro Fernandez Unsain (RFU) que é pós-doutorando, homem cisgênero, branco, antropólogo, expert em obesidade e estigma relacionado ao peso corporal, e possuidor do IMC de 27,8 kg/m², o que o aloca na categoria de sobrepeso.

Inicialmente, eu construí uma lista de “Características dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde da atenção básica que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade”, com base nos estudos apresentados na revisão de literatura desta tese, com especial atenção aos consensos realizados por RUBINO et al. (2020) e HART et al. (2021), ao Guia de Diretrizes para a Prática Clínica da Obesidade em Adultos, do Canadá (WHARTON et al. 2020) e aos materiais educativos desenvolvidos pelo *Rudd Center for Food Policy and Obesity* (UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY & OBESITY 2021). Também foram consultadas a declaração de direitos no cuidado em saúde para pessoas de todos os tamanhos, elaborada pela *National Association to Advance Fat Acceptance* (NAAFA 2017), e a análise crítica das Diretrizes Brasileiras de Obesidade, que tem o estigma como seu foco (PAIM e KOVALESKI 2020). Tal lista foi revisada por RFU e discutida entre nós, até que se chegou em um consenso. Criamos em conjunto categorias temáticas indutivamente, agrupando em um mesmo tema os itens da lista que possuam ideias ou conteúdo similares.

Essa lista foi avaliada por um conjunto de pessoas com conhecimento sobre estigma relacionado ao peso corporal, por meio do método Delphi (GORDON, 1994). Neste, parte-se de uma questão que se queira solucionar. Em seguida, um painel de

experts na questão é composto. São necessários participantes que não representem a população em geral, mas sim que tenham conhecimento sobre o tema em questão. O autor também indica que de 15 a 35 participantes são suficientes (GORDON, 1994). Assim, listamos, de acordo com os nossos contatos e com uma revisão dos artigos brasileiros sobre o tema, pessoas que estudam o objeto em questão ou campos científicos correlatos. Da mesma forma que HART et al. (2021), a partir da nossa lista pessoal de contatos, incluímos também algumas pessoas leigas que tinham obesidade e cuja sensibilidade ao tema nos era conhecida.

Os/as participantes avaliaram a importância/pertinência de cada item da lista de “Características dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde da atenção básica que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade” em duas rodadas, conduzidas *online*, por meio do *Google Forms*, após terem assinado eletronicamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A avaliação se deu por uma escala Likert de 5 pontos (Essencial, Importante, Moderadamente Importante, Pouco Importante, Não deve ser incluído). Os/as participantes foram encorajados a comentar livremente e sugerir novos termos e itens.

Após a primeira rodada, os itens que obtiveram a maioria de classificações “essenciais” e “importante” foram mantidos. De acordo com os comentários dos/as participantes, alguns itens foram reescritos.

Na segunda rodada, os/as participantes avaliaram estes novos itens, julgando sua importância e clareza, além de outros pontos que nós consideramos relevantes (que serão detalhados na seção de resultados). Aqueles que obtiveram na primeira rodada a maioria de classificações “essenciais” e “importante” foram mantidos. Os demais itens também foram reapresentados aos participantes, para que eles pudessem avaliar a lista como um todo, com a inclusão dos novos itens. Chegamos, destarte, à versão final da lista de “Características dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde da atenção básica que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade”.

Tendo esta lista como nosso referencial, revisamos todos os protocolos educativos do estudo “Apoio e análise para a implementação das ações na atenção básica da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade nos municípios do Grande ABC paulista”, realizando duas ações:

1. Modificação de práticas, trechos e termos potencialmente estigmatizantes.
2. Inserção de práticas, trechos e termos que possam reduzir o estigma relacionado ao peso corporal.

Eu (FBS) fiz minhas alterações nos arquivos em Word dos protocolos, utilizando a função “controlar alterações” e as registrei em uma planilha Excel, especificando, para cada mudança: o protocolo, o número de página deste, o item da lista de “Características dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde da atenção básica que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade” utilizado para embasar a mudança, e a modificação realizada. Em sequência, as mudanças foram discutidas entre RFU e eu, até que se chegasse em um consenso. Assim, teremos como produtos protocolos de tecnologias de educação permanente para profissionais de saúde com menor potencial estigmatizante e com maior visão humanizada.

10. Resultados

10.1. Resultados da avaliação pelo método Delphi

Inicialmente, eu desenvolvi uma lista de “Características dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde da atenção básica que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade”, com vinte e cinco itens. Três se referiam às características dos serviços de saúde e vinte e dois às práticas dos profissionais de saúde. Ao escrever a lista, algumas questões emergiram. Uma delas, por exemplo, foi nomear a obesidade como uma doença ou como uma condição. RFU leu a lista, fez importantes comentários e alterações no texto, porém sem mudar o número de itens. Nós discutimos e uma primeira lista foi finalizada. Subsequentemente, criamos em conjunto categorias temáticas indutivamente, agrupando em um mesmo tema os itens da lista que possuíam ideias ou conteúdo similares. Até pelo menor número de itens (três), não foi criada nenhuma categoria para as características dos serviços de saúde. Já as práticas dos profissionais de saúde foram subdivididas em: quatro práticas relacionadas à compreensão da obesidade; seis práticas relacionadas à comunicação com os usuários; três práticas relacionadas aos procedimentos feitos pelos profissionais de saúde e; nove práticas relacionadas às atitudes dos profissionais de saúde.

Assim, tal lista foi levada à apreciação pelo método Delphi. Considerando que, de acordo com GORDON (1994), de 15 a 35 participantes são suficientes, foram convidados vinte e quatro participantes, sendo dezoito experts em obesidade, estigma e corpo e seis pessoas leigas com obesidade. A taxa de resposta foi de dezoito indivíduos (75%), sendo

doze experts (66,7% dos/as convidados/as) e seis leigos/as (100% dos/as convidados/as). Entre os/as leigos, a idade média foi de 43,0 anos (com desvio-padrão – DP – de 15,0), enquanto entre os/as experts, esta foi de 36,7 anos (DP = 8,2). Já o IMC médio dos/as leigos/as foi de 38,9 kg/m² (DP = 6,2), e entre os/as experts este foi de 23,8 kg/m² (DP = 4,3).

Os/as leigos/as apresentaram as seguintes profissões: ator (n = 1 ou 16,7%), turismóloga (n = 1 ou 16,7%), agente de reservas (n = 1 ou 16,7%), cineasta (n = 1 ou 16,7%), assessora de comunicação (n = 1 ou 16,7%) e aposentado (n = 1 ou 16,7%). Já entre os/as experts, as seguintes profissões foram encontradas: professores/as universitários (n = 4 ou 33,3%), nutricionistas (n = 4 ou 33,3%), pesquisadores/as (n = 2 ou 16,7%), fisioterapeuta (n = 1 ou 8,3%) e psicóloga (n = 1 ou 8,3%).

O Quadro 5 mostra outras características dos/as participantes.

Quadro 5 – Características gerais dos/as participantes do método Delphi (dados apresentados como n absoluto (%)).

Características	Leigos (n = 6)	Experts (n = 12)	Amostra completa
<i>Gênero</i>			
Feminino cisgênero	3 (50%)	9 (75%)	12 (66,7%)
Masculino cisgênero	3 (50%)	3 (25%)	6 (33,3%)
<i>Cor da pele</i>			
Amarelos	0 (0,0%)	3 (25,0%)	3 (16,7%)
Pretos	1 (16,7%)	0 (0,0%)	1 (5,6%)
Pardos	0 (0,0%)	1 (8,3%)	1 (5,6%)
Branços	5 (83,3%)	8 (66,7%)	13 (72,1%)
<i>Escolaridade</i>			
Ensino médio completo	2 (33,3%)	0 (0,0%)	2 (11,1%)
Ensino superior completo	2 (33,3%)	0 (0,0%)	2 (11,1%)
Pós-graduação completa	2 (33,3%)	12 (100,0%)	14 (77,8%)
<i>Categoria de IMC</i>			
Peso “normal”	0 (0,0%)	9 (75,0%)	9 (50,0%)
Sobrepeso	0 (0,0%)	2 (16,7%)	2 (11,1%)
Obesidade	6 (100,0%)	1 (8,3%)	7 (38,9%)
Relato de ter sido estigmatizado em função do peso corporal	6 (100,0%)	6 (50,0%)	12 (66,7%)

Já os Quadros 6 e 7 mostram, a lista de, respectivamente, “Características dos serviços de saúde da atenção primária que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade” e “Práticas de profissionais de saúde da atenção básica que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade”, indicando o grau de relevância atribuído a cada item das listas pelos/as participantes, nesta primeira rodada do método Delphi.

Quadro 6 - Grau de relevância atribuída aos itens da “Lista de características dos serviços de saúde da atenção primária que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade” pelos/as participantes, na primeira rodada do método Delphi.

Características	Respostas com relevância “essencial”	Respostas com relevância “importante”	Respostas com outros graus de importância*
Esclarecer a toda equipe do serviço que o estigma relacionado ao peso corporal não é tolerado naquele ambiente e que, portanto, todos devem ser educados em como diminuir suas práticas estigmatizadoras. Os serviços de saúde devem informar seus/suas profissionais sobre as práticas que devem ser eliminadas, por serem estigmatizadoras, e práticas que devem ser incentivadas, por diminuírem a estigmatização. Mais do que isso, os/as profissionais dos serviços devem ser educados sobre o estigma relacionado ao peso corporal.	72,2%	27,8%	0,0%
Incluir a estigmatização relacionada ao peso corporal e seus malefícios nos protocolos de cuidado em saúde de pessoas com obesidade.	88,9%	11,1%	0,0%

Características	Respostas com relevância “essencial”	Respostas com relevância “importante”	Respostas com outros graus de importância*
<p>Disponer de mobiliário adequado, com cadeiras largas, sólidas e sem braços, assim como balanças de alta carga e equipamentos largos (como esfigmomanômetro, fitas métricas, adipômetro, aventais, entre outros). Tais materiais devem estar à mão e prontamente disponíveis para qualquer atendimento, sem que seja necessária uma solicitação específica. É especialmente importante que não se tenha que buscar em outros lugares ou levar o usuário a outros lugares para usar estes materiais.</p>	83,3%	11,1%	5,6%

*Soma das respostas “moderadamente importante”, “pouco importante” e “não deve ser incluído”.

Quadro 7 - Grau de relevância atribuída aos itens da “Lista de práticas de profissionais de saúde da atenção básica que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade” pelos participantes, na primeira rodada do método Delphi.

Práticas	Respostas com relevância “essencial”	Respostas com relevância “importante”	Respostas com outros graus de importância*
Entender a obesidade como uma doença multifatorial, que envolve causas amplas e inter-relacionadas, como aspectos genéticos, socioeconômicos, ambientais e socioculturais, entre outros. Esta rede complexa atua mesmo contra a vontade da pessoa com obesidade, não tendo relação com sua força de vontade e/ou disciplina e não sendo uma questão de escolha ou responsabilidade pessoal.	94,4%	5,6%	0,0%
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.	83,3%	16,7%	0,0%
Questionar sobre suas próprias crenças, atitudes e práticas e seus próprios “pré-conceitos” sobre as pessoas com obesidade.	77,7%	16,7%	5,6%

Práticas	Respostas com relevância “essencial”	Respostas com relevância “importante”	Respostas com outros graus de importância*
Compreender as pessoas com obesidade como seres humanos multifacetados que têm vidas complexas, fatores estressores e obrigações fora do espaço de cuidado à saúde e não como seres patológicos e desumanizados. De fato, aplicar estas ideias a todo processo de saúde-doença-cuidado.	100,0%	0,0%	0,0%
Pedir permissão à pessoa com obesidade para discutir sobre o peso dela, garantindo que o/a profissional a respeitará e não fará estigmatizações. Se a pessoa recusar, respeitar a vontade dela.	66,7%	22,2%	11,1%
Usar a linguagem de uma forma que a doença não defina a pessoa. Em vez de usar “pessoa obesa”, usar, de forma geral, “pessoa com obesidade”. Contudo, é relevante saber como a pessoa prefere ser descrita e quais sentidos essa descrição tem para ela.	61,1%	33,3%	5,6%
Não fazer insultos verbais, humor inapropriado e comentários insensíveis sobre o peso, assim como não dar apelidos relacionados ao peso e tamanho corporais, à ingestão alimentar e à prática de atividade física.	94,4%	5,6%	0,0%

Práticas	Respostas com relevância “essencial”	Respostas com relevância “importante”	Respostas com outros graus de importância*
Não usar imagens, tom de voz e termos negativos e depreciativos (como, por exemplo, “resistir à tentação”, “gordice”, “cabeça de gordo”, entre outros) e que se baseiem em estereótipos sobre a pessoa com obesidade (por exemplo: “feia”, “burra”, “suja”, “sem caráter”, “fraca”, “preguiçosa”, “gulosa”, “descontrolada”, “hipersensível”, entre outros)	88,9%	11,1%	0,0%
Ao elaborar materiais educativos, garantir que sejam incluídas, de maneira positiva, pessoas de diversos pesos e tamanhos corporais, raças/cores, etnias, gêneros, classes sociais e aparências físicas. Considerar sempre que o respeito às diversidades gera uma perspectiva ampla.	88,9%	11,1%	0,0%
Desenvolver habilidades de comunicação, para abordar a obesidade e o/a usuário/a de forma contextualizada, empática e sensível, integrar as perspectivas do/a usuário/a ao tratamento, explicar as questões complexas envolvidas no controle do peso e indicar recursos eficazes. Jamais esquecer que esses corpos	83,3%	16,7%	0,0%

Práticas	Respostas com relevância “essencial”	Respostas com relevância “importante”	Respostas com outros graus de importância*
atravessam um determinado contexto de vida que não é alheio aos seus estados de saúde.			
Não supor que os/as usuários/as comem de determinada maneira (inadequada e/ou exagerada) e que não se exercitam. Escutá-los/las de forma qualificada e empática sobre suas práticas e suas dificuldades particulares.	83,3%	16,7%	0,0%
Dar privacidade para o/a usuário/a se despir, quando estar despido/a for estritamente necessário para o procedimento em questão.	77,8%	11,1%	11,1%
Quando for necessário pesar o/a usuário, conversar, de forma sensível, empática e amistosa, sobre como será feita a pesagem (ver próximo item) e sobre a necessidade dessa informação. Perguntar ao/à usuário/a se ele/a consente em ser pesado/a. Caso ele/ela não consinta, respeitar sua vontade.	66,7%	33,3%	0,0%
Depois do consentimento do/a usuário/a em se pesar, tomar uma série de cuidados durante a pesagem. Pesar o/a usuário/a em um espaço privado, em uma balança apropriada para o seu peso, sem	77,8%	22,2%	0,0%

Práticas	Respostas com relevância “essencial”	Respostas com relevância “importante”	Respostas com outros graus de importância*
fazer qualquer comentário sobre o peso corporal. Dar ao/à usuário/a a opção de pesar de frente e saber seu peso ou de costas, sem ver o seu peso. Quando o/a usuário/a quiser saber seu peso ou outra medida corporal, dar a informação sem julgamentos ou comentários inapropriados.			
Não discriminar ou estigmatizar o/a usuário/a em função do seu peso acreditando que isso o/a dará motivação e o/a fará perder peso. Além disso, não recomendar a perda de peso como uma resposta ao estigma relacionado ao peso corporal.	94,4%	5,6%	0,0%
Não esperar e/ou desejar que o/a usuário/a se culpe por tentativas anteriores de perda de peso que não foram mantidas e não atribuir as mesmas à gula, preguiça ou falta de esforço. Novamente, tentar compreender o contexto do/a usuário/a e a sua perspectiva.	83,3%	11,1%	5,6%
Atentar para não atribuir todos os problemas de saúde do/a usuário/a à obesidade.	83,3%	11,1%	5,6%

Práticas	Respostas com relevância “essencial”	Respostas com relevância “importante”	Respostas com outros graus de importância*
Agir para que todos/todas os/as usuários/as, independente do peso corporal, tenham um atendimento com tempos de consulta, consideração, atenção e compreensão similares.	83,3%	16,7%	0,0%
Não dar conselhos simplistas (como, por exemplo, “você precisa perder peso, então pare de comer”) e nem fundamentar os conselhos em atributos como força de vontade, culpa, vergonha, disciplina e controle.	88,9%	11,1%	0,0%
Incentivar, valorizar e dar suporte às mudanças de práticas alimentares e corporais, de bem-estar, de sintomas e parâmetros de saúde, independentemente da perda de peso.	88,9%	11,1%	0,0%
Compreender que as mudanças comportamentais também são afetadas pelos aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais.	83,3%	16,7%	0,0%
Refutar o estigma de que a cirurgia bariátrica é o “caminho mais fácil” e quem a faz não tem tanto valor quanto quem perde peso por dietas restritivas e atividade física. Explicar detalhadamente os riscos e benefícios da cirurgia, quando cabível.	94,4%	0,0%	5,6%

Práticas	Respostas com relevância “essencial”	Respostas com relevância “importante”	Respostas com outros graus de importância*
Reconhecer o papel político e ativista do/a profissional de saúde, que pode trazer justiça social ao cuidado em saúde.	83,3%	11,1%	5,6%

Assim, nesta primeira consulta pelo método Delphi, todos os itens foram considerados importantes, tendo pelo menos 80% de respostas “essencial” e/ou “importante”. Não houve nenhum item indicado majoritariamente para a exclusão.

Os comentários dos participantes foram extremamente ricos. Alguns apontaram itens com conteúdos similares, que poderiam ser unidos, assim como trechos muito longos. O item com mais comentários foi: “Pedir permissão à pessoa com obesidade para discutir sobre o peso dela, garantindo que o profissional a respeitará e não fará estigmatizações. Se a pessoa recusar, respeitar a vontade dela”. Dois experts fizeram comentários em direções opostas. Um deles escreveu: “Fico pensando que talvez poderia ser interessante incluir uma proposta para que o peso não seja o centro ou um tema da consulta”. Já outro afirmou: “não entendi muito bem o não abordar o peso caso ela não queira, entendendo que em algumas situações o encaminhamento ou a demanda pode estar relacionado com peso e uma discussão amigável poderia encontrar maneiras conjuntas confortáveis de lidar com a resistência”. Finalmente um leigo comentou: “Acho complicado não abordar o peso quando se está com diabetes, por exemplo. Seria o mesmo de não abordar o tabagismo quando o paciente está com um enfisema”. Considerando que esse estudo se insere nas ações da atenção básica na linha de cuidado para obesidade, seguimos a direção dos dois últimos comentários. Este item foi modificado para: “Propor à pessoa com obesidade conversas amistosas sobre o peso dela, garantindo que o profissional a respeitará e não fará estigmatizações e sempre buscando maneiras conjuntas confortáveis para superar possíveis resistências”.

Os resultados do primeiro Delphi foram analisados. Eu reelaborei os itens, que foram revisados por RFU e discutidos entre nós. Assim, uma nova lista foi escrita e enviada à avaliação pelos participantes na última rodada do método Delphi (Quadros 8 e 9). Para os itens que foram modificados, operacionalizamos algumas questões específicas, que serão apresentadas mais adiante.

Quadro 8 - Lista de características dos serviços de saúde da atenção básica que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade enviada para avaliação dos participantes na segunda rodada do método Delphi*.

Referenciais teóricos	Características
RUBINO et al. (2020) PUHL et al. (2017)	<p>Esclarecer a toda equipe do serviço que o estigma relacionado ao peso corporal não é tolerado naquele ambiente. Os/as profissionais dos serviços devem ser educados/as sobre o estigma relacionado ao peso corporal.</p> <p>Os serviços de saúde devem informar seus/suas profissionais sobre as práticas que devem ser eliminadas, por serem estigmatizadoras, e práticas que devem ser incentivadas, por diminuírem a estigmatização.</p>
RUBINO et al. (2020) HART et al. (2021) PUHL et al. (2017)	<p>Incluir a estigmatização relacionada ao peso corporal e seus malefícios nos protocolos de cuidado em saúde de pessoas com obesidade.</p>
ALBERGA et al. (2019) KAMINSKY e GADALETA (2002) NAAFA (2017) Rubino et al. (2020) UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY & OBESITY (2020a)	<p>Dispor de mobiliário adequado, com cadeiras largas, sólidas e sem braços, assim como balanças de alta carga e equipamentos largos (como esfigmomanômetro, fitas métricas, adipômetro, aventais, entre outros). Tais materiais devem estar à mão e prontamente disponíveis para qualquer atendimento, sem que seja necessária uma solicitação específica. É especialmente importante que não se tenha que buscar em outros lugares ou levar o/a usuário/a a outros lugares para usar estes materiais.</p>

* Os itens em **negrito** foram modificados após a primeira rodada do método Delphi.

Quadro 9 - Lista de práticas de profissionais de saúde da atenção básica que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade enviada para avaliação dos participantes na segunda rodada do método Delphi

Referenciais teóricos	Práticas
Práticas relacionadas à compreensão da obesidade	
JUNG et al. 2015 RUBINO et al. (2020) UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY & OBESITY (2020b)	Entender a obesidade como uma doença multifatorial, que envolve causas amplas e inter-relacionadas, como aspectos genéticos, socioeconômicos, ambientais e socioculturais, entre outros. Esta rede complexa atua mesmo contra a vontade da pessoa com obesidade, não tendo relação com sua força de vontade e/ou disciplina e não sendo uma questão de escolha ou responsabilidade pessoal.
RUBINO et al. (2020) PAIM e KOVALESKI (2020)	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.
UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY & OBESITY (2020b)	Questionar sobre suas próprias crenças, atitudes e práticas e seus próprios “pré-conceitos” sobre as pessoas com obesidade.
RUSSEL e CARRYER (2013) MERRILL e GRASSLEY (2008)	Compreender as pessoas com obesidade como seres humanos multifacetados que têm vidas complexas, fatores estressores e obrigações fora do espaço de cuidado à saúde e não como seres patológicos e desumanizados. De fato, aplicar estas ideias a todo processo de saúde-doença-cuidado.
Práticas relacionadas à comunicação com os usuários	
WHARTON et al. (2020) UCONN RUDD CENTER FOR	Propor à pessoa com obesidade conversas amistosas sobre o peso dela, garantindo que o/a profissional a respeitará e não fará estigmatizações e sempre buscando maneiras conjuntas confortáveis para superar possíveis resistências.

Referenciais teóricos	Práticas
FOOD POLICY & OBESITY (2020)	
KIRK et al. (2020) UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY & OBESITY (2020b) PUHL (2020)	Usar a linguagem de uma forma que a doença não defina a pessoa. Em vez de usar “pessoa obesa”, usar, de forma geral, “pessoa com obesidade”. Contudo, é relevante saber como a pessoa prefere ser descrita e quais sentidos essa descrição tem para ela. Por exemplo, algumas pessoas preferem o termo “gorda/o” em função de um posicionamento e ativismo político.
ALBERGA et al. (2019) ANDERSON e WADDEN (2004) MERRILL e GRASSLEY (2008) ANDERSON e WADDEN (2004) FORHAN et al. (2013) JUNG et al. 2015 RUBINO et al. (2020) UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY & OBESITY (2020b) WHARTON et al. (2020)	Não fazer insultos verbais, humor inapropriado e comentários insensíveis sobre o peso, evitando imagens e termos negativos e depreciativos (como, por exemplo, “resistir à tentação”, “gordice”, “cabeça de gordo”, entre outros) e que se baseiem em estereótipos sobre a pessoa com obesidade (por exemplo: “feia”, “burra”, “suja”, “sem caráter”, “fraca”, “preguiçosa”, “gulosa”, “descontrolada”, “hipersensível”, entre outros). Não dar apelidos ao/à usuário/a relacionados ao seus peso e tamanho corporais, sua ingestão alimentar e sua prática de atividade física.
HART et al. (2021)	Ao elaborar materiais educativos, garantir que sejam incluídas, de maneira positiva, pessoas de diversos pesos e tamanhos

Referenciais teóricos	Práticas
	corporais, raças/cores, etnias, gêneros, classes sociais e aparências físicas. Considerar sempre que o respeito à diversidade gera uma perspectiva ampla.
ALBERGA et al. (2019) ANDERSON e WADDEN (2004) WADDEN et al. (2000) FORHAN et al. (2013) HART et al. (2021)	Desenvolver habilidades de comunicação, para abordar a obesidade e o/a usuário/a de forma contextualizada, empática e sensível, integrar as perspectivas do/a usuário/a ao tratamento, explicar as questões complexas envolvidas no controle do peso e indicar recursos eficazes. Jamais esquecer que esses corpos atravessam um determinado contexto de vida que não é alheio aos seus estados de saúde.
ALBERGA et al. (2019)	Não supor que os/as usuários/as comem de determinada maneira (inadequada e/ou exagerada) e que não se exercitam. Escutá-los/las de forma qualificada e empática sobre suas práticas e suas dificuldades particulares.
Práticas relacionadas aos procedimentos feitos pelos profissionais de saúde	
ALBERGA et al. (2019)	Dar privacidade para o/a usuário/a se despir, quando estar despido/a for necessário para o procedimento em questão. Dar ao/à usuário/a a opção de se despir parcialmente, dependendo do procedimento a ser realizado.
ALBERGA et al. (2019) UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY & OBESITY (2020b)	Quando for necessário pesar o/a usuário/a, conversar, de forma sensível, empática e amistosa, sobre como será feita a pesagem (ver próximo item) e sobre a necessidade dessa informação. Perguntar ao/à usuário se ele/a consente em ser pesado. Caso ele/ela não consinta, respeitar sua vontade.
FORHAN et al. (2013) UCONN RUDD CENTER FOR	Depois do consentimento do/a usuário/a em se pesar, tomar uma série de cuidados durante a pesagem. Pesar o/a usuário/a em um espaço privado, em uma balança apropriada para o seu peso, sem fazer qualquer comentário sobre o peso corporal. Dar

Referenciais teóricos	Práticas
FOOD POLICY & OBESITY (2020b)	ao/à usuário/a à opção de pesar de frente e saber seu peso ou de costas, sem ver o seu peso. Quando o/a usuário/a quiser saber seu peso ou outra medida corporal, dar a informação sem julgamentos ou comentários inapropriados.
Práticas relacionadas às atitudes dos profissionais de saúde	
ABU-ODEH (2014) HART et al. (2021)	Não discriminar ou estigmatizar o/a usuário/a em função do seu peso acreditando que isso o/a dará motivação e o/a fará perder peso. Além disso, não recomendar a perda de peso como uma resposta ao estigma relacionado ao peso corporal.
JUNG et al. 2015 ANDERSON e WADDEN (2004)	Não esperar e/ou desejar que o/a usuário/a se culpe por tentativas anteriores de perda de peso que não foram mantidas e não atribuir as mesmas à gula, preguiça ou falta de esforço. Novamente, tentar compreender o contexto do/a usuário/a e a sua perspectiva.
ALBERGA et al. (2019) WHARTON et al. (2020)	Atentar para não atribuir todos os problemas de saúde do/a usuário/a à obesidade.
JUNG et al. 2015 ANDERSON e WADDEN (2004) FORHAN et al. (2013)	Agir para que todos/todas os/as usuários/as, independente do peso corporal, tenham um atendimento com tempos de consulta, consideração, atenção e compreensão similares.
ALBERGA et al. (2019) RUBINO et al. (2020)	Não dar conselhos simplistas (como, por exemplo, “você precisa perder peso, então pare de comer”) e nem fundamentar os conselhos em atributos como força de vontade, culpa, vergonha, disciplina e controle.
UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY & OBESITY (2020b)	Incentivar, valorizar e dar suporte às mudanças de práticas alimentares e corporais, de bem-estar, de sintomas e parâmetros de saúde, independentemente da perda de peso.

Referenciais teóricos	Práticas
HART et al. (2021)	
PAIM e KOVALESKI (2020)	Compreender que as mudanças comportamentais também são afetadas pelos aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais.
RUBINO et al. (2020) TRAINER et al. (2017)	Refutar o estigma de que a cirurgia bariátrica é o “caminho mais fácil” e quem a faz não tem tanto valor quanto quem perde peso por dietas restritivas e atividade física. Explicar detalhadamente os riscos e benefícios da cirurgia, quando cabível.
PAIM e KOVALESKI (2020)	Reconhecer o papel político e ativista do/a profissional de saúde, que pode trazer justiça social ao cuidado em saúde.

* Os itens em **negrito** foram modificados após a primeira rodada do método Delphi.

Nessa segunda rodada do método Delphi, todos os itens tiveram sua relevância bem avaliada e nenhum foi indicado para ser excluído. Os Quadros 10 e 11 mostram a avaliação da importância dos itens nesta segunda rodada. Já o Quadro 12 mostrará a avaliação dos participantes quanto à clareza dos itens reformulados. Houve poucos comentários, que abrangeram mais a redação, sem afetar o sentido do item.

Quadro 10 – Grau de relevância atribuída aos itens da “lista de características dos serviços de saúde da atenção primária que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade” pelos participantes, na segunda rodada do método Delphi.

Características	Respostas com relevância “essencial”	Respostas com relevância “importante”	Respostas com outros graus de importância*
Esclarecer a toda equipe do serviço que o estigma relacionado ao peso corporal não é tolerado naquele ambiente. Os/as profissionais dos serviços devem ser educados/as sobre o estigma relacionado ao peso corporal. Os serviços de saúde devem informar seus/suas profissionais sobre as práticas que devem ser eliminadas, por serem estigmatizadoras, e práticas que devem ser incentivadas, por diminuírem a estigmatização.	83,3%	16,7%	0,0%
Incluir a estigmatização relacionada ao peso corporal e seus malefícios nos protocolos de cuidado em saúde de pessoas com obesidade.	83,3%	11,1%	5,6%
Disponer de mobiliário adequado, com cadeiras largas, sólidas e sem braços, assim como balanças de alta carga e equipamentos largos (como esfigmomanômetro, fitas métricas, adipômetro, aventais, entre outros). Tais materiais devem estar à mão e prontamente disponíveis para qualquer atendimento, sem que seja necessária uma solicitação específica. É especialmente importante que não se tenha que buscar em outros lugares ou levar o/a usuário/a a outros lugares para usar estes materiais.	83,3%	16,7%	0,0%

*Soma das respostas “moderadamente importante”, “pouco importante” e “não deve ser incluído”.

Quadro 11 – Grau de relevância atribuída aos itens da lista de “práticas de profissionais de saúde da atenção primária que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade” pelos participantes, na segunda rodada do método Delphi

Práticas	Respostas com relevância “essencial”	Respostas com relevância “importante”	Respostas com outros graus de importância*
Entender a obesidade como uma doença multifatorial, que envolve causas amplas e inter-relacionadas, como aspectos genéticos, socioeconômicos, ambientais e socioculturais, entre outros. Esta rede complexa atua mesmo contra a vontade da pessoa com obesidade, não tendo relação com sua força de vontade e/ou disciplina e não sendo uma questão de escolha ou responsabilidade pessoal.	77,8%	22,2%	0,0%
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.	77,8%	11,1%	11,1%
Questionar sobre suas próprias crenças, atitudes e práticas e seus próprios “pré-conceitos” sobre as pessoas com obesidade.	77,8%	22,2%	0,0%

Práticas	Respostas com relevância “essencial”	Respostas com relevância “importante”	Respostas com outros graus de importância*
Compreender as pessoas com obesidade como seres humanos multifacetados que têm vidas complexas, fatores estressores e obrigações fora do espaço de cuidado à saúde e não como seres patológicos e desumanizados. De fato, aplicar estas ideias a todo processo de saúde-doença-cuidado.	83,3%	11,1%	5,6%
Propor à pessoa com obesidade conversas amistosas sobre o peso dela, garantindo que o/a profissional a respeitará e não fará estigmatizações e sempre buscando maneiras conjuntas confortáveis para superar possíveis resistências.	83,3%	11,1%	5,6%
Usar a linguagem de uma forma que a doença não defina a pessoa. Em vez de usar “pessoa obesa”, usar, de forma geral, “pessoa com obesidade”. Contudo, é relevante saber como a pessoa prefere ser descrita e quais sentidos essa descrição tem para ela. Por exemplo, algumas pessoas preferem o termo “gorda/o” em função de um posicionamento e ativismo político.	50,0%	44,4%	5,6%

Práticas	Respostas com relevância “essencial”	Respostas com relevância “importante”	Respostas com outros graus de importância*
<p>Não fazer insultos verbais, humor inapropriado e comentários insensíveis sobre o peso, evitando imagens e termos negativos e depreciativos (como, por exemplo, “resistir à tentação”, “gordice”, “cabeça de gordo”, entre outros) e que se baseiem em estereótipos sobre a pessoa com obesidade (por exemplo: “feia”, “burra”, “suja”, “sem caráter”, “fraca”, “preguiçosa”, “gulosa”, “descontrolada”, “hipersensível”, entre outros). Não dar apelidos ao/à usuário/a relacionados ao seus peso e tamanho corporais, sua ingestão alimentar e sua prática de atividade física.</p>	88,9%	11,1%	0,0%
<p>Ao elaborar materiais educativos, garantir que sejam incluídas, de maneira positiva, pessoas de diversos pesos e tamanhos corporais, raças/cores, etnias, gêneros, classes sociais e aparências físicas. Considerar sempre que o respeito à diversidade gera uma perspectiva ampla.</p>	94,4%	5,6%	0,0%

Práticas	Respostas com relevância “essencial”	Respostas com relevância “importante”	Respostas com outros graus de importância*
Desenvolver habilidades de comunicação, para abordar a obesidade e o/a usuário/a de forma contextualizada, empática e sensível, integrar as perspectivas do/a usuário/a ao tratamento, explicar as questões complexas envolvidas no controle do peso e indicar recursos eficazes. Jamais esquecer que esses corpos atravessam um determinado contexto de vida que não é alheio aos seus estados de saúde.	83,3%	11,1%	5,6%
Não supor que os/as usuários/as comem de determinada maneira (inadequada e/ou exagerada) e que não se exercitam. Escutá-los/las de forma qualificada e empática sobre suas práticas e suas dificuldades particulares.	94,4%	5,6%	0,0%
Dar privacidade para o/a usuário/a se despir, quando estar despido/a for necessário para o procedimento em questão. Dar ao/à usuário/a a opção de se despir parcialmente, dependendo do procedimento a ser realizado.	83,3%	16,7%	0,0%

Práticas	Respostas com relevância “essencial”	Respostas com relevância “importante”	Respostas com outros graus de importância*
Quando for necessário pesar o/a usuário/a, conversar, de forma sensível, empática e amistosa, sobre como será feita a pesagem (ver próximo item) e sobre a necessidade dessa informação. Perguntar ao/à usuário se ele/a consente em ser pesado. Caso ele/ela não consinta, respeitar sua vontade.	72,2%	22,2%	5,6%
Depois do consentimento do/a usuário/a em se pesar, tomar uma série de cuidados durante a pesagem. Pesar o/a usuário/a em um espaço privado, em uma balança apropriada para o seu peso, sem fazer qualquer comentário sobre o peso corporal. Dar ao/à usuário/a à opção de pesar de frente e saber seu peso ou de costas, sem ver o seu peso. Quando o/a usuário/a quiser saber seu peso ou outra medida corporal, dar a informação sem julgamentos ou comentários inapropriados.	72,2%	27,8%	0,0%
Não discriminar ou estigmatizar o/a usuário/a em função do seu peso acreditando que isso o/a dará motivação e o/a fará perder peso. Além disso, não recomendar a perda de peso como uma resposta ao estigma relacionado ao peso corporal.	88,9%	11,1%	0,0%

Práticas	Respostas com relevância “essencial”	Respostas com relevância “importante”	Respostas com outros graus de importância*
Não esperar e/ou desejar que o/a usuário/a se culpe por tentativas anteriores de perda de peso que não foram mantidas e não atribuir as mesmas à gula, preguiça ou falta de esforço. Novamente, tentar compreender o contexto do/a usuário/a e a sua perspectiva.	83,3%	16,7%	0,0%
Atentar para não atribuir todos os problemas de saúde do/a usuário/a à obesidade.	83,3%	11,1%	5,6%
Agir para que todos/todas os/as usuários/as, independente do peso corporal, tenham um atendimento com tempos de consulta, consideração, atenção e compreensão similares.	88,9%	5,6%	5,6%
Não dar conselhos simplistas (como, por exemplo, “você precisa perder peso, então pare de comer”) e nem fundamentar os conselhos em atributos como força de vontade, culpa, vergonha, disciplina e controle.	83,3%	16,7%	0,0%
Incentivar, valorizar e dar suporte às mudanças de práticas alimentares e corporais, de bem-estar, de sintomas e parâmetros de saúde, independentemente da perda de peso.	83,3%	16,7%	0,0%

Práticas	Respostas com relevância “essencial”	Respostas com relevância “importante”	Respostas com outros graus de importância*
Compreender que as mudanças comportamentais também são afetadas pelos aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais.	94,4%	5,6%	0,0%
Refutar o estigma de que a cirurgia bariátrica é o “caminho mais fácil” e quem a faz não tem tanto valor quanto quem perde peso por dietas restritivas e atividade física. Explicar detalhadamente os riscos e benefícios da cirurgia, quando cabível.	94,4%	5,6%	0,0%
Reconhecer o papel político e ativista do/a profissional de saúde, que pode trazer justiça social ao cuidado em saúde.	61,1%	38,9%	0,0%

*Soma das respostas “moderadamente importante”, “pouco importante” e “não deve ser incluído”.

Quadro 12 – Grau de clareza atribuída aos itens reformulados da lista de “características dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde da atenção primária que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade” pelos participantes, na segunda rodada do método Delphi.

Itens	Respostas com redação “muito clara”	Respostas com redação “clara”	Respostas com outros graus de clareza*
Esclarecer a toda equipe do serviço que o estigma relacionado ao peso corporal não é tolerado naquele ambiente. Os/as profissionais dos serviços devem ser educados/as sobre o estigma relacionado ao peso corporal. Os serviços de saúde devem informar seus/suas profissionais sobre as práticas que devem ser eliminadas, por serem estigmatizadoras, e práticas que devem ser incentivadas, por diminuírem a estigmatização.	50,0%	33,3%	16,7%
Propor à pessoa com obesidade conversas amistosas sobre o peso dela, garantindo que o/a profissional a respeitará e não fará estigmatizações e sempre buscando maneiras conjuntas confortáveis para superar possíveis resistências.	50,0%	33,3%	16,7%
Usar a linguagem de uma forma que a doença não defina a pessoa. Em vez de usar “pessoa obesa”, usar, de forma geral, “pessoa com obesidade”. Contudo, é relevante saber como a pessoa prefere ser descrita e quais sentidos essa descrição tem para ela. Por exemplo, algumas pessoas preferem o termo “gorda/o” em função de um posicionamento e ativismo político.	66,7%	33,3%	0,0%

<p>Não fazer insultos verbais, humor inapropriado e comentários insensíveis sobre o peso, evitando imagens e termos negativos e depreciativos (como, por exemplo, “resistir à tentação”, “gordice”, “cabeça de gordo”, entre outros) e que se baseiem em estereótipos sobre a pessoa com obesidade (por exemplo: “feia”, “burra”, “suja”, “sem caráter”, “fraca”, “preguiçosa”, “gulosa”, “descontrolada”, “hipersensível”, entre outros). Não dar apelidos ao/à usuário/a relacionados ao seus peso e tamanho corporais, sua ingestão alimentar e sua prática de atividade física.</p>	77,8%	22,2%	0,0%
<p>Dar privacidade para o/a usuário/a se despir, quando estar despido/a for necessário para o procedimento em questão. Dar ao/à usuário/a a opção de se despir parcialmente, dependendo do procedimento a ser realizado.</p>	72,2%	22,2%	5,6%

*Soma das respostas “mais ou menos clara”, “pouco clara” e “nada clara”.

Percebemos, pela análise dos Quadros 10 e 11, que todos os itens foram considerados, novamente, de alta relevância. Também foi possível constatar que os itens reelaborados foram considerados com alto grau de clareza (Quadro 12).

Para o terceiro item do Quadro 11, perguntamos também: “Incluimos nessa questão o trecho ‘Por exemplo, algumas pessoas preferem o termo “gorda/o” em função de um posicionamento e ativismo político’. Você considera essa inclusão:”, com as seguintes opções de resposta: essencial; importante; moderadamente importante; pouco importante; não deve ser incluído. Nesta mesma ordem, encontramos as seguintes respostas: 27,8%; 33,3%; 22,2%; 11,1% e 5,6%. Considerando que 61,1% dos participantes assinalaram as respostas essencial ou importante, decidimos manter o trecho.

Desta forma, todos os itens foram mantidos, com algumas poucas alterações de redação sugeridas pelos participantes. A versão final da lista de “Características dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde da atenção primária que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade” pode ser vista no Quadro 13.

Quadro 13 - Versão final da “Lista de características dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde da atenção primária que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade”, construídas após duas rodadas do método Delphi

Número	Referenciais teóricos	Características do serviço de saúde
1.A	RUBINO et al. (2020) PUHL et al. (2017)	Esclarecer, por múltiplas estratégias vindas das instâncias de saúde da União, dos Estados e dos Municípios, a toda equipe do serviço que o estigma relacionado ao peso corporal não é tolerado naquele ambiente. Os/as profissionais dos serviços devem ser treinados/as sobre o estigma relacionado ao peso corporal. Os/as profissionais devem reconhecer práticas que devem ser eliminadas, por serem estigmatizadoras, e práticas que devem ser incentivadas, por diminuírem a estigmatização.
1.B	RUBINO et al. (2020) HART et al. (2021) PUHL et al. (2017)	Incluir a estigmatização relacionada ao peso corporal e seus malefícios nos protocolos de cuidado em saúde de pessoas com obesidade.
1.C	ALBERGA et al. (2019) KAMINSKY e GADALETA (2002)	Disponer de mobiliário adequado, com cadeiras largas, sólidas e sem braços, assim como balanças de alta carga e equipamentos largos (como esfigmomanômetro, fitas métricas, adipômetro, aventais, entre outros). Tais materiais devem estar à mão e prontamente disponíveis para qualquer atendimento, sem que seja necessária uma solicitação específica. É especialmente importante que não se tenha que buscar em outros lugares ou levar o/a usuário/a a outros lugares para usar estes materiais.

	<p>NAAFA (2017)</p> <p>RUBINO et al. (2020)</p> <p>UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY & OBESITY (2020a)</p>	
		Práticas relacionadas à compreensão da obesidade
2.A	<p>JUNG et al. 2015</p> <p>RUBINO et al. (2020)</p> <p>UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY & OBESITY (2020b)</p>	<p>Entender a obesidade como uma doença multifatorial, que envolve causas amplas e inter-relacionadas, como aspectos genéticos, socioeconômicos, ambientais e socioculturais, entre outros. Esta rede complexa atua mesmo contra a vontade da pessoa com obesidade, não tendo relação com sua força de vontade e/ou disciplina e não sendo uma questão de escolha ou responsabilidade pessoal.</p>
2.B	<p>RUBINO et al. (2020)</p>	<p>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.</p>

	PAIM e KOVALESKI (2020)	
2.C	UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY & OBESITY (2020b)	Questionar sobre suas próprias crenças, atitudes e práticas e seus próprios “pré-conceitos” sobre as pessoas com obesidade.
2.D	RUSSEL e CARRYER (2013) MERRILL e GRASSLEY (2008)	Compreender as pessoas com obesidade como seres humanos multifacetados que têm vidas complexas, fatores estressores e obrigações fora do espaço de cuidado à saúde e não como seres patológicos e desumanizados. De fato, aplicar estas ideias a todo processo de saúde-doença-cuidado.
		Práticas relacionadas à comunicação com os usuários
3.A	WHARTON et al. (2020) UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY	Propor à pessoa com obesidade conversas amistosas sobre o peso dela, garantindo que o profissional a respeitará e não agirá de forma estigmatizante, sempre buscando maneiras conjuntas confortáveis para superar possíveis resistências.

	& OBESITY (2020)	
3.B	KIRK et al. (2020) UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY & OBESITY (2020b) PUHL (2020)	Usar a linguagem de uma forma que a doença não defina a pessoa. Em vez de usar “pessoa obesa”, usar, de forma geral, “pessoa com obesidade”. Contudo, é relevante saber como a pessoa prefere ser descrita e quais sentidos essa descrição tem para ela. Por exemplo, algumas pessoas preferem o termo “gorda/o” em função de um posicionamento e ativismo político.
3.C	ALBERGA et al. (2019) ANDERSON e WADDEN (2004) MERRILL e GRASSLEY (2008) ANDERSON e WADDEN (2004)	Não fazer insultos verbais, humor inapropriado e comentários insensíveis sobre o peso do/a usuário/a, evitando imagens e termos negativos e depreciativos (como, por exemplo, “resistir à tentação”, “gordice”, “cabeça de gordo”, entre outros) e que se baseiem em estereótipos sobre a pessoa com obesidade (por exemplo: “feia”, “burra”, “suja”, “sem caráter”, “fraca”, “preguiçosa”, “gulosa”, “descontrolada”, “hipersensível”, entre outros). Não dar apelidos ao/à usuário/a relacionados ao seus peso e tamanho corporais, sua ingestão alimentar e sua prática de atividade física.

	<p>FORHAN et al. (2013)</p> <p>JUNG et al. 2015</p> <p>RUBINO et al. (2020)</p> <p>UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY & OBESITY (2020B)</p> <p>WHARTON et al. (2020)</p>	
3.D	HART et al. (2021)	Ao elaborar materiais educativos, garantir que sejam incluídas, de maneira positiva, pessoas de diversos pesos e tamanhos corporais, raças/cores, etnias, gêneros, classes sociais e aparência física. Considerar sempre que o respeito à diversidade gera uma perspectiva ampla.
3.E	ALBERGA et al. (2019) ANDERSON e WADDEN (2004)	Desenvolver habilidades de comunicação, para abordar a obesidade e o/a usuário/a de forma contextualizada, empática e sensível, integrar as perspectivas do/a usuário/a ao tratamento, explicar as questões complexas envolvidas no controle do peso e indicar recursos eficazes. Jamais esquecer que esses corpos atravessam um determinado contexto de vida que não é alheio ao seu estado de saúde.

	<p>WADDEN et al. (2000)</p> <p>FORHAN et al. (2013)</p> <p>HART et al. (2021)</p>	
3.F	<p>ALBERGA et al. (2019)</p>	<p>Não supor que os/as usuários/as comem de determinada maneira (inadequada e/ou exagerada) e que não se exercitam. Escutá-los/las de forma qualificada e empática sobre suas práticas e suas dificuldades particulares.</p>
		Práticas relacionadas aos procedimentos feitos pelos profissionais de saúde
4.A	<p>ALBERGA et al. (2019)</p>	<p>Dar privacidade para o/a usuário/a se despir, quando estar despido/a for necessário para o procedimento em questão. Dar ao/à usuário/a a opção de se despir parcialmente, dependendo do procedimento a ser realizado.</p>
4.B	<p>ALBERGA et al. (2019)</p> <p>UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY & OBESITY (2020b)</p>	<p>Quando for necessário pesar o/a usuário/a, conversar, de forma sensível, empática e amistosa, sobre como será feita a pesagem (ver próximo item) e sobre a necessidade dessa informação. Perguntar ao/à usuário/a se ele/a consente em ser pesado/a. Caso ele/a não consinta, respeitar sua vontade.</p>

4.C	FORHAN et al. (2013) UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY & OBESITY (2020b)	Depois do consentimento do/a usuário/a em se pesar, tomar uma série de cuidados durante a pesagem. Pesar o/a usuário/a em um espaço privado, em uma balança apropriada para o seu peso, sem fazer qualquer comentário sobre o peso corporal. Dar ao/à usuário/a à opção de pesar de frente e saber seu peso ou de costas, sem ver o seu peso. Quando o/a usuário/a quiser saber seu peso ou outra medida corporal, dar a informação sem julgamentos ou comentários inapropriados.
Práticas relacionadas às atitudes dos profissionais de saúde		
5.A	ABU-ODEH (2014) HART et al. (2021)	Não discriminar ou estigmatizar o/a usuário em função do seu peso acreditando que isso o/a dará motivação e o/a fará perder peso. Além disso, não recomendar a perda de peso como uma resposta ao estigma relacionado ao peso corporal.
5.B	JUNG et al. 2015 ANDERSON e WADDEN (2004)	Não esperar e/ou desejar que o/a usuário/a se culpe por tentativas anteriores de perda de peso que não foram mantidas e não atribuir as mesmas à gula, preguiça ou falta de esforço. Novamente, tentar compreender o contexto do/a usuário/a e a sua perspectiva.
5.C	ALBERGA et al. (2019) WHARTON et al. (2020)	Atentar para não atribuir todos os problemas de saúde do/a usuário/a à obesidade.

5.D	JUNG et al. 2015 ANDERSON e WADDEN (2004) FORHAN et al. (2013)	Agir para que todos/as os/as usuários/as, independente do peso corporal, tenham um atendimento com tempos de consulta, consideração, atenção e compreensão similares.
5.E	ALBERGA et al. (2019) RUBINO et al. (2020)	Não dar conselhos simplistas (como, por exemplo, “você precisa perder peso, então pare de comer”) e nem fundamentar os conselhos em atributos como força de vontade, culpa, vergonha, disciplina e controle.
5.F	UCONN RUDD CENTER FOR FOOD POLICY & OBESITY (2020b) HART et al. (2021)	Incentivar, valorizar e dar suporte às mudanças de práticas alimentares e corporais, de bem-estar, de sintomas e parâmetros de saúde, independentemente da perda de peso.
5.G	PAIM e KOVALESKI (2020)	Compreender que as mudanças comportamentais também são afetadas pelos aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais.

5.H	RUBINO et al. (2020) TRAINER et al. (2017)	Refutar o estigma de que a cirurgia bariátrica é o “caminho mais fácil” e quem a faz não tem tanto valor quanto quem perde peso por dietas restritivas e atividade física. Explicar detalhadamente os riscos e benefícios da cirurgia, quando cabível.
5.I	PAIM e KOVALESKI (2020)	Reconhecer o papel político e ativista do/a profissional de saúde, que pode trazer justiça social ao cuidado em saúde.

10.2. Resultados da revisão dos protocolos

Tendo construído pelo método Delphi a lista de “Características dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde da atenção primária que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade”, os protocolos educativos do estudo “Apoio e análise para a implementação das ações na atenção primária da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade nos municípios do Grande ABC paulista” foram revisados com base na mesma. Tratou-se de três protocolos de educação permanente e problematizadora, voltados para profissionais de saúde da atenção primária: “Oficina de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) na Linha de Cuidado para Sobrepeso e Obesidade”; “Oficina de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e da Atividade Física e Práticas Corporais” e; “Oficina de Gestão do Cuidado e Abordagem Coletiva no Manejo da Obesidade”. Cada protocolo estava organizado em módulos, com cronogramas, objetivos gerais, atividades, referencial teórico e indicação de material complementar, como vídeos, por exemplo. Dentro dos módulos, eram especificados detalhadamente os seguintes componentes das atividades: duração, objetivos, materiais necessários, descrição, resultados esperados e preparação da equipe. Ademais, alguns protocolos também incluíram dicas para o facilitador e testes. Todos os itens foram revisados, procurando modificar trechos potencialmente estigmatizantes e incluir práticas, trechos e termos que pudessem reduzir o estigma relacionado ao peso corporal. No total, foram feitas 69 revisões, distribuídas em: 20 revisões (ou 29,0% do total) na “Oficina de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) na Linha de Cuidado para Sobrepeso e Obesidade”; 28 revisões (ou 40,6% do total) na “Oficina de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e da Atividade Física e Práticas Corporais” e; 21 revisões (ou 30,4% do total) na “Oficina de Gestão do Cuidado e Abordagem Coletiva no Manejo da Obesidade”. Uma revisão poderia ser embasada em um ou mais itens da lista apresentada no Quadro 13. Detalhamos no Quadro 14 quantas vezes cada item foi aplicado para embasar uma revisão em cada protocolo.

Quadro 14 – Distribuição absoluta do número de aplicações de cada item usado para embasar revisões nos protocolos educativos do estudo “Apoio e análise para a implementação das ações na atenção primária da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade nos municípios do Grande ABC paulista”

Número do item¹	Descrição do item	Número de aplicações dos itens no protocolo de Vigilância Alimentar e Nutricional²	Número de aplicações dos itens no protocolo de Alimentação e Atividade Física³	Número de aplicações dos itens no protocolo de Gestão do Cuidado⁴
1.A	Esclarecer, por múltiplas estratégias vindas das instâncias de saúde da União, dos Estados e dos Municípios, a toda equipe do serviço que o estigma relacionado ao peso corporal não é tolerado naquele ambiente. Os/as profissionais dos serviços devem ser treinados/as sobre o estigma relacionado ao peso corporal. Os/as profissionais devem reconhecer práticas que devem ser eliminadas, por serem estigmatizadoras, e práticas que devem ser incentivadas, por diminuírem a estigmatização.	1	4	0
1.B	Incluir a estigmatização relacionada ao peso corporal e seus malefícios nos protocolos de cuidado em saúde de pessoas com obesidade.	1	2	2

Número do item ¹	Descrição do item	Número de aplicações dos itens no protocolo de Vigilância Alimentar e Nutricional ²	Número de aplicações dos itens no protocolo de Alimentação e Atividade Física ³	Número de aplicações dos itens no protocolo de Gestão do Cuidado ⁴
1.C	Dispor de mobiliário adequado, com cadeiras largas, sólidas e sem braços, assim como balanças de alta carga e equipamentos largos (como esfigmomanômetro, fitas métricas, adipômetro, aventais, entre outros). Tais materiais devem estar à mão e prontamente disponíveis para qualquer atendimento, sem que seja necessária uma solicitação específica. É especialmente importante que não se tenha que buscar em outros lugares ou levar o/a usuário/a a outros lugares para usar estes materiais.	1	3	0
2.A	Entender a obesidade como uma doença multifatorial, que envolve causas amplas e inter-relacionadas, como aspectos genéticos, socioeconômicos, ambientais e socioculturais, entre outros. Esta rede complexa atua mesmo contra a vontade da pessoa com obesidade, não tendo relação com sua força de	3	1	2

Número do item ¹	Descrição do item	Número de aplicações dos itens no protocolo de Vigilância Alimentar e Nutricional ²	Número de aplicações dos itens no protocolo de Alimentação e Atividade Física ³	Número de aplicações dos itens no protocolo de Gestão do Cuidado ⁴
	vontade e/ou disciplina e não sendo uma questão de escolha ou responsabilidade pessoal.			
2.B	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.	0	0	1
2.C	Questionar sobre suas próprias crenças, atitudes e práticas e seus próprios “pré-conceitos” sobre as pessoas com obesidade.	0	3	1
2.D	Compreender as pessoas com obesidade como seres humanos multifacetados que têm vidas complexas, fatores estressores e obrigações fora do espaço de cuidado à saúde e não como seres patológicos e desumanizados. De fato, aplicar estas ideias a todo processo de saúde-doença-cuidado.	1	5	2

Número do item ¹	Descrição do item	Número de aplicações dos itens no protocolo de Vigilância Alimentar e Nutricional ²	Número de aplicações dos itens no protocolo de Alimentação e Atividade Física ³	Número de aplicações dos itens no protocolo de Gestão do Cuidado ⁴
3.A	Propor à pessoa com obesidade conversas amistosas sobre o peso dela, garantindo que o profissional a respeitará e não agirá de forma estigmatizante, sempre buscando maneiras conjuntas confortáveis para superar possíveis resistências.	0	0	1
3.B	Usar a linguagem de uma forma que a doença não defina a pessoa. Em vez de usar “pessoa obesa”, usar, de forma geral, “pessoa com obesidade”. Contudo, é relevante saber como a pessoa prefere ser descrita e quais sentidos essa descrição tem para ela. Por exemplo, algumas pessoas preferem o termo “gorda/o” em função de um posicionamento e ativismo político.	0	0	2
3.C	Não fazer insultos verbais, humor inapropriado e comentários insensíveis sobre o peso do/a usuário/a, evitando imagens e termos negativos e depreciativos (como, por exemplo, “resistir	3	9	5

Número do item ¹	Descrição do item	Número de aplicações dos itens no protocolo de Vigilância Alimentar e Nutricional ²	Número de aplicações dos itens no protocolo de Alimentação e Atividade Física ³	Número de aplicações dos itens no protocolo de Gestão do Cuidado ⁴
	à tentação”, “gordice”, “cabeça de gordo”, entre outros) e que se baseiem em estereótipos sobre a pessoa com obesidade (por exemplo: “feia”, “burra”, “suja”, “sem caráter”, “fraca”, “preguiçosa”, “gulosa”, “descontrolada”, “hipersensível”, entre outros). Não dar apelidos ao/à usuário/a relacionados ao seus peso e tamanho corporais, sua ingestão alimentar e sua prática de atividade física.			
3.D	Ao elaborar materiais educativos, garantir que sejam incluídas, de maneira positiva, pessoas de diversos pesos e tamanhos corporais, raças/cores, etnias, gêneros, classes sociais e aparência física. Considerar sempre que o respeito à diversidade gera uma perspectiva ampla.	0	1	1
3.E	Desenvolver habilidades de comunicação, para abordar a obesidade e o/a usuário/a de forma contextualizada, empática e	3	7	3

Número do item ¹	Descrição do item	Número de aplicações dos itens no protocolo de Vigilância Alimentar e Nutricional ²	Número de aplicações dos itens no protocolo de Alimentação e Atividade Física ³	Número de aplicações dos itens no protocolo de Gestão do Cuidado ⁴
	sensível, integrar as perspectivas do/a usuário/a ao tratamento, explicar as questões complexas envolvidas no controle do peso e indicar recursos eficazes. Jamais esquecer que esses corpos atravessam um determinado contexto de vida que não é alheio ao seu estado de saúde.			
3.F	Não supor que os/as usuários/as comem de determinada maneira (inadequada e/ou exagerada) e que não se exercitam. Escutá-los/las de forma qualificada e empática sobre suas práticas e suas dificuldades particulares.	2	5	1
4.A	Dar privacidade para o/a usuário/a se despir, quando estar despido/a for necessário para o procedimento em questão. Dar ao/à usuário/a a opção de se despir parcialmente, dependendo do procedimento a ser realizado.	1	0	0

Número do item ¹	Descrição do item	Número de aplicações dos itens no protocolo de Vigilância Alimentar e Nutricional ²	Número de aplicações dos itens no protocolo de Alimentação e Atividade Física ³	Número de aplicações dos itens no protocolo de Gestão do Cuidado ⁴
4.B	<p>Quando for necessário pesar o/a usuário/a, conversar, de forma sensível, empática e amistosa, sobre como será feita a pesagem (ver próximo item) e sobre a necessidade dessa informação. Perguntar ao/à usuário/a se ele/a consente em ser pesado/a. Caso ele/a não consinta, respeitar sua vontade.</p>	2	0	0
4.C	<p>Depois do consentimento do/a usuário/a em se pesar, tomar uma série de cuidados durante a pesagem. Pesar o/a usuário/a em um espaço privado, em uma balança apropriada para o seu peso, sem fazer qualquer comentário sobre o peso corporal. Dar ao/à usuário/a à opção de pesar de frente e saber seu peso ou de costas, sem ver o seu peso. Quando o/a usuário/a quiser saber seu peso ou outra medida corporal, dar a informação sem julgamentos ou comentários inapropriados.</p>	2	0	0

Número do item ¹	Descrição do item	Número de aplicações dos itens no protocolo de Vigilância Alimentar e Nutricional ²	Número de aplicações dos itens no protocolo de Alimentação e Atividade Física ³	Número de aplicações dos itens no protocolo de Gestão do Cuidado ⁴
5.A	Não discriminar ou estigmatizar o/a usuário em função do seu peso acreditando que isso o/a dará motivação e o/a fará perder peso. Além disso, não recomendar a perda de peso como uma resposta ao estigma relacionado ao peso corporal.	2	1	2
5.B	Não esperar e/ou desejar que o/a usuário/a se culpe por tentativas anteriores de perda de peso que não foram mantidas e não atribuir as mesmas à gula, preguiça ou falta de esforço. Novamente, tentar compreender o contexto do/a usuário/a e a sua perspectiva.	0	1	1
5.C	Atentar para não atribuir todos os problemas de saúde do/a usuário/a à obesidade.	0	0	1
5.D	Agir para que todos/as os/as usuários/as, independente do peso corporal, tenham um atendimento com tempos de consulta, consideração, atenção e compreensão similares.	1	1	1

Número do item ¹	Descrição do item	Número de aplicações dos itens no protocolo de Vigilância Alimentar e Nutricional ²	Número de aplicações dos itens no protocolo de Alimentação e Atividade Física ³	Número de aplicações dos itens no protocolo de Gestão do Cuidado ⁴
5.E	Não dar conselhos simplistas (como, por exemplo, “você precisa perder peso, então pare de comer”) e nem fundamentar os conselhos em atributos como força de vontade, culpa, vergonha, disciplina e controle.	1	2	1
5.F	Incentivar, valorizar e dar suporte às mudanças de práticas alimentares e corporais, de bem-estar, de sintomas e parâmetros de saúde, independentemente da perda de peso.	2	3	2
5.G	Compreender que as mudanças comportamentais também são afetadas pelos aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais.	1	8	3
5.H	Refutar o estigma de que a cirurgia bariátrica é o “caminho mais fácil” e quem a faz não tem tanto valor quanto quem perde peso por dietas restritivas e atividade física. Explicar	0	0	1

Número do item¹	Descrição do item	Número de aplicações dos itens no protocolo de Vigilância Alimentar e Nutricional²	Número de aplicações dos itens no protocolo de Alimentação e Atividade Física³	Número de aplicações dos itens no protocolo de Gestão do Cuidado⁴
	detalhadamente os riscos e benefícios da cirurgia, quando cabível.			
5.I	Reconhecer o papel político e ativista do/a profissional de saúde, que pode trazer justiça social ao cuidado em saúde.	0	3	1
Total de aplicações dos itens		27	59	34

¹Os itens de número 1 se referem a características do serviço de saúde. Os itens de número 2 se referem a práticas relacionadas à compreensão da obesidade. Os itens de número 3 se referem a Práticas relacionadas à comunicação com os usuários. Os itens de número 4 se referem a práticas relacionadas aos procedimentos feitos pelos profissionais de saúde. Os itens de número 5 se referem a práticas relacionadas às atitudes dos profissionais de saúde.

²O título por extenso deste protocolo é: “Oficina de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) na Linha de Cuidado para Sobrepeso e Obesidade”.

³O título por extenso deste protocolo é: “Oficina de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e da Atividade Física e Práticas Corporais”.

⁴O título por extenso deste protocolo é: “Oficina de Gestão do Cuidado e Abordagem Coletiva no Manejo da Obesidade”.

Iremos destacar algumas revisões feitas. Em todos os protocolos havia uma atividade inicial em que eram construídos as formas e os acordos coletivos de trabalho a serem respeitados ao longo da oficina. Geralmente eram levantados pontos como pontualidade, participação, colaboração, compromisso com o grupo, escuta e fala respeitadas e ética profissional. Decidimos aproveitar essa atividade para mostrar como aspectos semelhantes devem estar presentes no cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade e em quais elementos estes se traduzem. Para tanto, nos embasamos nos itens 2.D; 3.C; 3.E e 5.D. O Box 1 apresenta a descrição revista desta atividade no protocolo da “Oficina de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) na Linha de Cuidado para Sobrepeso e Obesidade”, porém lembrando que ela está presente no início dos demais protocolos também.

Box 1 – Descrição revista da atividade “Acordo de Trabalho” do protocolo da “Oficina de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) na Linha de Cuidado para Sobrepeso e Obesidade”¹ (revisões destacadas em sublinhado)

Atividades:

- Identificação dos valores e regras de condutas consideradas relevantes para o trabalho em grupo;
- Construção coletiva do acordo de trabalho.

Duração total: 20 minutos.

Materiais necessários:

- Caneta hidrográfica de diversas cores ou caneta esferográfica;
- Papel flip-chart ou cartolina ou lousa;
- Fita adesiva;
- Bola de ping-pong ou de papel

Objetivos da atividade:

- Identificar e discutir valores e regras de condutas pessoais e comuns ao grupo que favoreçam o desenvolvimento das atividades;
- Trabalhar a capacidade de buscar colaboração, a importância da comunicação, do respeito e cortesia;
- Estabelecer coletivamente as regras para a boa convivência e funcionamento do grupo durante os trabalhos;
- Mostrar como regras semelhantes podem ser importantes no cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade.

Descrição da atividade:

Nesse momento o/a facilitador/a conduzirá os/as participantes a identificar quais os pontos importantes para o trabalho em grupo. Sugere-se que o/a facilitador/a direcione as questões a serem discutidas abordando assuntos como pontualidade, participação, colaboração, compromisso com o grupo, escuta e fala respeitosa, ética profissional, entre outros. Para tanto, o/a facilitador/a deve conduzir a atividade a partir da seguinte

dinâmica: em um cartaz escrever a seguinte frase: “Durante a nossa oficina devemos (completar com as respostas dos/as participantes em relação às regras de convivência), seguido de SEMPRE, NUNCA ou ÀS VEZES. O/a facilitador/a deve registrar as normas estabelecidas pelo grupo e fixá-las em local de fácil visualização durante toda a oficina. O acordo poderá ser retomado sempre que necessário. Lembrar que as regras do acordo não são fixas, e que podem ser alteradas na medida em que o grupo sentir necessidade.

Introduzir a ideia de que, no cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade, também precisamos exercitar colaboração, compromisso, escuta qualificada e em encontro e fala respeitosa, ética profissional. Isso se traduz em, por exemplo, não fazer insultos verbais, humor inapropriado e comentários insensíveis sobre o peso, evitando imagens e termos negativos e depreciativos (como, por exemplo, “resistir à tentação”, “gordice”, “cabeça de gordo”, entre outros) e que se baseiem em estereótipos sobre a pessoa com sobrepeso e obesidade (por exemplo: “feia”, “burra”, “suja”, “sem caráter”, “fraca”, “preguiçosa”, “gulosa”, “descontrolada”, “hipersensível”, entre outros). Também inclui não dar apelidos ao/à usuário/a relacionados ao seus peso e tamanho corporais, sua ingestão alimentar e sua prática de atividade física. Outro exemplo de atitude ética e respeitosa é garantir que todos/as os/as usuários/as, independente do peso corporal, tenham um atendimento com consideração, atenção e compreensão e tempos de consulta similares.

Resultados esperados:

- Expressão de valores e percepções quanto a normas para um bom e eficiente trabalho em grupo;
- Construção coletiva das regras do grupo.
- Desenvolver empatia para com as pessoas com sobrepeso e obesidade e habilidades de comunicação com as mesmas.

¹O texto original desta atividade é de autoria das Professoras Doutoras Betzabeth Slater Villar, Bárbara Hatzlhofer Lourenço e Patrícia Constant Jaime e suas equipes. A mesma atividade esteve presente no início dos três protocolos.

Um aspecto comum aos protocolos “Oficina de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) na Linha de Cuidado para Sobrepeso e Obesidade” e “Oficina de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e da Atividade Física e Práticas Corporais” foi a proposta de que, em uma atividade, os/as profissionais de saúde elaborassem uma intervenção, que visaria melhorar o consumo alimentar, a atividade física e as práticas corporais dos/as usuários/as. Com base nos itens 1.A, 1.B e 5.F, inserimos aspectos críticos e instigantes nas perguntas de partida que embasavam as propostas de intervenção: 1) Como incentivar, valorizar, e dar suporte às mudanças de consumo alimentar, independentemente da perda de peso?; 2) Há algum risco dessas estratégias de intervenção estigmatizarem ou discriminarem as pessoas com sobrepeso e obesidade? Como podemos evitar isso?

Também foi comum aos três protocolos a atividade de desenhar alguém, seja um/a colega da oficina, a população do território de atuação dos/das profissionais ou pessoas com sobrepeso e obesidade. Nestes casos a revisão sempre apontou, com base no item 3.C, para que o/a facilitador/a andasse pelos grupos durante a atividade, notando se havia possíveis desenhos estereotipados representando as pessoas com sobrepeso e obesidade ou um/a colega. Caso isso acontecesse, o facilitador deveria conversar amigavelmente com os/as profissionais de saúde. Uma variação deste cuidado se deu na “Oficina de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e da Atividade Física e Práticas Corporais”. Em um momento inicial, os/as participantes eram estimulados/as a praticar movimentos ou esportes atrelados a lembranças da infância. De acordo com os itens 1.A e 3.C, inserimos o seguinte trecho na descrição da atividade: Atentar a possíveis queixas ou brincadeiras atreladas ao peso corporal que os/as profissionais possam fazer (por exemplo, “Nossa, estou tão gordo/a que não consigo fazer mais isso” ou “E aí, Fulano/a, está conseguindo fazer com esta pança?”). Caso isso aconteça, esclarecer, delicadamente, que o estigma relacionado ao peso corporal não é tolerado naquele ambiente, assim como no trabalho deles no serviço.

Iremos, doravante, apresentar exemplos e elementos específicos de cada protocolo. A revisão mais característica do protocolo da “Oficina de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) na Linha de Cuidado para Sobrepeso e Obesidade” se deu no treinamento para aferição de medidas antropométricas, com o embasamento dos itens 1.C, 4.A, 4.B e 4.C. Obviamente, este treinamento já estava adequado de acordo com as normas técnicas de mensuração, mas foi necessário sensibilizar os/as profissionais do quão críticos são estes momentos para as pessoas com sobrepeso e obesidade e inserir

procedimentos para que estes fossem mais acolhedores, respeitosos e não estigmatizantes. O Box 2 traz a descrição revista desta atividade no protocolo da “Oficina de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) na Linha de Cuidado para Sobrepeso e Obesidade”. Subsequentemente à atividade teórica apresentada no Box 2, havia um treinamento prático da aferição das medidas antropométricas. Neste, questionamos os/as profissionais de saúde sobre como se sentiram quando suas medidas foram aferidas e sobre a importância de tomarmos os cuidados apresentados no Box 2. Com isso, buscamos não só ter uma medida tecnicamente correta, mas também sensibilizar os/as participantes sobre estigmatização de pessoas com sobrepeso e obesidade para, conseqüentemente, diminuir a chance de os/as profissionais agirem de forma estigmatizante quando da aferição de medidas antropométricas.

Box 2 – Descrição revista da atividade “Antropometria na Atenção Primária à Saúde” do protocolo da “Oficina de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) na Linha de Cuidado para Sobrepeso e Obesidade”¹ (revisões destacadas em sublinhado)

Atividade:

- Apresentação teórica das medidas antropométricas usadas para a classificação do estado nutricional recomendada na Atenção Primária à Saúde (APS) (peso, altura e circunferência da cintura).

Duração: 45 minutos

Material necessário:

- Computador com software compatível para exibição de apresentação digital (Power Point® ou correspondente);
- Projetor;
- Pen drive com a apresentação digital produzida pela equipe organizadora da oficina (em formato Power Point® ou correspondente);
- Apresentação impressa;
- Questionário com exercícios de múltipla escolha, vinculado à plataforma Kahoot! ou outra de sua preferência;
- Vídeo sobre como realizar a calibração;
- Questionário com exercícios de múltipla escolha, vinculado à plataforma de sua preferência;
- Celulares/tablets dos participantes (verificar disponibilidade no início da atividade/ ou na sessão anterior);

Objetivos da atividade:

- Apresentar as técnicas padronizadas das medidas antropométricas (peso, altura e circunferência da cintura);
- Apresentar os equipamentos e materiais utilizados para a calibração e aferição do peso, altura e circunferência da cintura.

- Sensibilizar sobre as dificuldades que as pessoas com sobrepeso e obesidade podem sentir durante estes procedimentos e como evitá-los, contribuindo para diminuir a estigmatização relacionada ao peso corporal.

Descrição da atividade:

O/a facilitador/a irá apresentar as medidas antropométricas a serem abordadas no módulo.

Antes da apresentação técnica, o/a facilitador/a explicará que uma pessoa com sobrepeso e obesidade se sente muito constrangida, humilhada e estigmatizada durante uma pesagem e mensuração. Isso acontece porque às vezes o procedimento é feito sem privacidade ou o/a profissional de saúde faz comentários inapropriados sobre o peso ou a medida. Portanto, antes de qualquer pesagem ou mensuração, é necessário tomar quatro cuidados:

1. Disponer de equipamentos adequados, balanças de alta carga e fitas métricas extensas. Tais materiais devem estar à mão e prontamente disponíveis, sem que seja necessária uma solicitação específica. É especialmente importante que não se tenha que buscar em outros lugares ou levar o/a usuário/a a outros lugares para usar estes materiais.
2. Dar privacidade para a pessoa se despir, quando estar despida for necessário para o procedimento em questão. Dar a ela a opção de se despir parcialmente, dependendo do procedimento a ser realizado.
3. Quando for necessário pesar ou medir a pessoa com sobrepeso e obesidade, conversar, de forma sensível, empática e amistosa, sobre como será feita a pesagem ou a mensuração (ver próximo item) e sobre a necessidade dessa informação. Perguntar à pessoa se ela consente em ser pesada ou medida. Caso ela não consinta, respeitar sua vontade.
4. Depois do consentimento da pessoa em se pesar ou ser medida, tomar uma série de cuidados. Pesá-la ou medi-la em um espaço privado, em uma balança e com uma fita apropriadas para o seu peso, sem fazer qualquer comentário sobre o peso ou a circunferência corporal. Dar à pessoa a opção de pesar de frente e saber seu peso ou de costas, sem ver o seu peso. Da mesma forma, só comunicar o valor do peso ou outra medida corporal se ela quiser saber, dando a informação sem julgamentos ou comentários inapropriados.

Após isto, a apresentação se iniciará com a realização correta da calibração da balança para a medida do peso corporal, através da exibição de um vídeo, com duração de 4 minutos, produzido pelo Laboratório de Avaliação Nutricional de Populações (LANPOP) para um curso do Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

(Vídeo para Calibração de balança - <http://www.fsp.usp.br/lanpop/wp-content/uploads/2019/02/OP-calibra%C3%A7%C3%A3o-de-balan%C3%A7as.png>)

Em seguida, o/a facilitador/a apresentará a medida de peso corporal, demonstrando os tipos de equipamentos utilizados, os passos que devem ser seguidos para a realização da medida e os erros comuns na aferição da medida.

Posteriormente, o/a facilitador/a exibirá a medida da altura. Serão especificados os tipos de equipamentos utilizados nessa medida, os passos que devem ser seguidos para a realização da medida e os erros comuns na aferição da medida. E por último será apresentada a medida de circunferência da cintura, elucidando os passos para a aferição da medida, os erros comuns e os pontos de corte considerados importantes nesse caso.

Ao final da apresentação teórica, o/a facilitador/a conduzirá os/as participantes para a realização de um jogo de perguntas e respostas em uma plataforma online, com o tema sobre medidas antropométricas, reforçando o conhecimento adquirido.

O/a facilitador/a deverá fornecer as instruções para os/as participantes responderem as questões de múltipla escolha sobre os conteúdos apresentados previamente.

Utilizando dispositivos móveis próprios, os/as participantes deverão acessar o endereço eletrônico da plataforma Kahoot e inserir o PIN fornecido pelo facilitador. As questões estão apresentadas a seguir (as respostas corretas estão em *itálico*):

- 1 - É necessário pesar um paciente que relatou ter um peso maior do que o peso máximo da balança que você possui? Sim ou *Não*
- 2 - Se encostar 3 pontos anatômicos dos 5 ainda é possível ser feita a altura do indivíduo? *Sim* ou Não.
- 3 - Para aferir uma medida em duplicata posso realizá-la na mesma sequência? Sim ou *Não*
- 4 - Indivíduo deve subir de relógio e casaco pesado na balança? Sim ou *Não*.
- 5 - O indivíduo deve se pesar olhando o valor da balança? Sim ou *Não*. Depende da vontade do indivíduo, ele deve ser consultado.

¹O texto original desta atividade é de autoria da Professora Doutora Betzabeth Slater Villar e sua equipe.

Um eixo de revisão que perpassou o protocolo da “Oficina de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e da Atividade Física e Práticas Corporais” foi a ideia de que as práticas alimentares, a atividade física e as práticas corporais não são apenas práticas individuais e racionais. O item 5.G, que propõe que as mudanças comportamentais também são afetadas pelos aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais, foi muito utilizado neste protocolo. Algumas atividades pediam que os/as profissionais analisassem o território no qual trabalham, para identificar, por exemplo, barreiras para a prática de alimentação saudável e atividade física. Nossa revisão enfatizou o papel do ambiente e das questões econômicas e socioculturais do território. Ademais, o protocolo nunca afirmou que a obesidade era resultado de gula e preguiça, porém foi necessário incluir afirmações de que isto não era verdadeiro. Em uma das primeiras atividades sobre alimentação, os/as profissionais deviam responder a um questionário sobre como estava sua alimentação e depois discutir os resultados coletivamente, inclusive o que torna mais fácil ou mais difícil ter uma alimentação saudável. Seguindo os itens 2.C, 3.F e 5.G, modificamos este trecho para: Após todos/as preencherem, será conduzida uma conversa sobre a pontuação atingida, e uma reflexão sobre as dificuldades e facilidades para que a alimentação seja mais saudável, inclusive entre as pessoas com sobrepeso e obesidade. Salientar que dificuldades financeiras e de acesso atingem as pessoas com sobrepeso e obesidade com muito mais força do que aspectos como gula, indulgência, descontrole, entre outros.

De maneira semelhante, foi necessário desassociar a obesidade da preguiça quando as barreiras para a prática de atividade física eram discutidas. Nessa atividade de discussão, inserimos o seguinte trecho, com base nos itens 2.A, 3.C e 3.F: É importante que ele/ela [o/a facilitador/a] atente para possíveis comentários que apresentem ideias estereotipadas e culpabilizantes, como preguiça e falta de força de vontade, e discuta criticamente os mesmos.

Durante a revisão, fomos surpreendidos por uma necessidade do protocolo na parte de atividade física e práticas corporais. O item 1.C abordava a necessidade de mobiliários e equipamentos adequados às pessoas com sobrepeso e obesidade, tais como cadeiras largas, sólidas e sem braços e balanças de alta carga. Entretanto, todo o espaço urbano deve ser adequado para tais pessoas. Assim, na atividade em que se discutia se dispositivos da cidade fomentam ou desestimulam a realização de atividade física e práticas corporais, inserimos este objetivo, de acordo com os itens 1.C e 5.I: Debater

sobre a existência ou inexistência de dispositivos urbanos confortáveis para práticas de atividades físicas ou práticas corporais para pessoas com sobrepeso e obesidade.

Finalmente, o Box 3 mostra uma revisão de uma atividade bastante interessante, na qual havia quatro estudos de caso e os/as profissionais deveriam elaborar uma intervenção para cada. Por necessidade de concisão, apresentaremos apenas o primeiro estudo de caso, por ele já abordar questões de estigmatização e *bullying*. Tivemos o cuidado, com base nos itens 1.B, 2.D, 5.A, 5.B e 5.G, de fazer pontuações para as intervenções não seguissem um caminho que agravasse o estigma já sofrido pela pessoa retratada no estudo de caso.

Box 3 – Descrição revista da atividade “Refletindo sobre a promoção da alimentação saudável e da atividade física e práticas corporais na atenção primária como prática das equipes” do protocolo da “Oficina de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e da Atividade Física e Práticas Corporais”¹ (revisões destacadas em sublinhado)

Atividades:

- Discussão em grupo sobre estratégias de intervenção que incidam sobre os aspectos de alimentação e nutrição, e de atividade física e práticas corporais, a partir de estudos de caso;
- Planejamento de uma intervenção para ações de alimentação e nutrição e de atividade física e práticas corporais no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Duração total: 2 horas.

Material necessário:

Canetas hidrográficas coloridas;

Papel flip-chart;

Estudos de caso impressos.

Objetivos:

- Estimular a reflexão e planejamento de estratégias para inserção dos temas alimentação adequada e saudável e atividade física e práticas corporais na prática interprofissional;
- Identificar potenciais espaços e oportunidades na Atenção Primária para a realização dessas intervenções, seus desafios e facilidades;
- Estimular a reflexão sobre a apropriação das recomendações do Guia Alimentar e do Guia da Atividade Física na prática profissional;
- Compreender que as mudanças comportamentais também são afetadas pelos aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais.

Descrição da atividade:

Os/as participantes serão divididos em quatro grupos. Cada grupo receberá um estudo de caso, descritos a seguir, para ser lido e discutido. Cada caso apresentado será seguido da seguinte orientação:

Considerando a prática interprofissional e a perspectiva de campo comum para as ações de alimentação e de atividade física e práticas corporais, como as equipes de saúde poderiam contribuir nesse caso, pensando em um plano de intervenção familiar?

Planejem a intervenção considerando as seguintes etapas:

1. Definição das hipóteses diagnósticas quanto às necessidades de intervenção em alimentação;
2. Definição das hipóteses diagnósticas quanto às necessidades de intervenção em atividade física e práticas corporais;
3. Definição de metas;
4. Divisão de responsabilidades;
5. (Re)avaliação da situação.
6. Há algo nessa intervenção que possa estigmatizar pessoas com sobrepeso e obesidade? Caso sim, como evitar?

Em seguida, cada grupo deverá escolher um/uma relator/a, que terá 10 minutos para apresentar a proposta elaborada aos demais grupos.

Após o término da apresentação, os/as participantes serão convidados a se sentar em círculo e o/a facilitador/a deverá conduzir uma roda de conversa, utilizando a seguinte pergunta disparadora: “Como trazer a perspectiva de intervenções em alimentação e em atividade física e práticas corporais em ações desenvolvidas com o indivíduo, a família e a comunidade, para a prática profissional na Atenção Primária, considerando a sua interdisciplinaridade e trabalho conjunto com as unidades de saúde?”.

ESTUDO DE CASO 1

Cibele, 13 anos, é encaminhada para o grupo de escuta (acolhimento inicial) de crianças e adolescentes da UBS Vila Mampituba, com os profissionais do NASF, Ricardo, terapeuta ocupacional (TO), Francine, psicóloga, e Rosa, enfermeira da equipe Saúde da Família. Segundo relato em prontuário da Márcia, a agente comunitária de saúde, a menina sofre *bullying* na escola. No dia do grupo, compareceram cinco usuários/as: três meninos de 11, 12 e 15 anos, encaminhados por apresentarem problemas de

comportamento na escola, uma menina, de 12 anos, por evasão escolar e Cibele. Ao chegar no grupo, Cibele, que só compareceu após muita insistência da sua avó, se depara com um colega de turma do colégio, Bruno, um de seus agressores. Ela fica tímida e muito desconfortável ao se apresentar. O TO Ricardo ensina um jogo de cartas para que eles joguem e quebrem o gelo, enquanto vão conversando sobre os motivos pelos quais foram encaminhados para aquele grupo. Cibele, aos poucos, vai ficando mais confortável e relata que só sai de casa com a avó, que a criou, pois, sua mãe foi morar em outra cidade assim que ela nasceu.

Conta também que não gosta de ir à escola, pois a professora e seus colegas “pegam no seu pé”, principalmente na aula de educação física, pois tem dificuldade de realizar as atividades e não consegue correr direito. Ricardo percebe que a menina tem sobrepeso e resolve olhar seu prontuário. A menina é acompanhada na UBS desde os primeiros meses de vida e, de acordo com as curvas de crescimento, apresenta sobrepeso desde os dois anos de idade. Foi alimentada desde cedo por fórmulas lácteas, e a avó sempre procurou oferecer tudo o que a menina gostava de comer para suprir a carência da mãe. Ao final do encontro, a avó de Cibele espera por ela com um lanche: uma lata de refrigerante e um chocolate como recompensa por ter ido ao grupo.

Preparação da equipe:

- Imprimir os estudos de caso;
- Imprimir os primeiros dois tópicos do Capítulo 6 do Guia de Atividade Física: Educação Física Escolar: ‘Por que incentivar a participação dos/das estudantes nas aulas de educação física?’ e ‘Quais são as recomendações para as aulas de educação física?’.

Resultados esperados:

- Identificação de possíveis estratégias de intervenção em alimentação e em atividade física e práticas corporais a serem desenvolvidas na prática profissional no âmbito da APS;
- Reflexão sobre as competências e habilidades dos/das profissionais de saúde em desenvolver ações dessas temáticas com o indivíduo, a família e a comunidade.

Dica para o/a facilitador/a: Atentar para que as estratégias, especialmente no caso 1, não considerem a estigmatização e o *bullying* como fatores motivadores para a perda de peso

e nem que a perda de peso seja pensada como uma resposta ao *bullying* e à estigmatização. Também atentar para que a análise dos casos não os culpe por tentativas anteriores de perda de peso que não foram mantidas e não atribuir as mesmas à gula, preguiça ou falta de esforço. Novamente, tentar compreender o contexto da usuária e a sua perspectiva.

¹O texto original desta atividade é de autoria da Professora Doutora Patrícia Constant Jaime, junto ao Professor Doutor Douglas Roque Andrade e sua equipe.

No protocolo da “Oficina de Gestão do Cuidado e Abordagem Coletiva no Manejo da Obesidade”, percebemos que as revisões seguiam, no geral, três direções: 1) ressaltar e trabalhar a teia complexa da obesidade; 2) abordar ações específicas que podem diminuir a estigmatização e; 3) discutir diretamente a estigmatização em si.

Como exemplo da primeira direção, usando os itens 2.A e 2.B, acrescentamos um objetivo inicial à atividade que faz uma exposição dialogada sobre a linha de cuidado para sobrepeso e obesidade na rede de atenção à saúde: Apresentar um panorama da obesidade e seus determinantes, lembrado que a obesidade é uma doença multifatorial que envolve causas amplas e inter-relacionadas, como aspectos genéticos, socioeconômicos, ambientais e socioculturais, entre outros. Esta rede complexa atua mesmo contra a vontade da pessoa com obesidade, não tendo relação com sua força de vontade e/ou disciplina e não sendo uma questão de escolha ou responsabilidade pessoal. Mostrar que a obesidade é muito mais do que 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.

Já na segunda direção, revisamos uma atividade sobre a adesão a grupos. Com base nos itens 3.A, 3.F, 5.A, 5.B, 5.C e 5.F, incluímos as seguintes dicas para o/a facilitador/a: Discuta, com os participantes, ações dos profissionais de saúde que podem diminuir a estigmatização que às vezes estes exercem sob as pessoas com sobrepeso e obesidade. Dessa forma, a adesão aos grupos pode aumentar. Alguns exemplos são:

- Propor à pessoa com obesidade conversas amistosas sobre o peso dela, garantindo que o/a profissional a respeitará e não agirá de forma estigmatizante, sempre buscando maneiras conjuntas confortáveis para superar possíveis resistências.
- Não supor que os/as usuários/as comem de determinada maneira (inadequada e/ou exagerada) e que não se exercitam. Escutá-los/las de forma qualificada e empática sobre suas práticas e suas dificuldades particulares.

- Não discriminar ou estigmatizar o/a usuário/a em função do seu peso acreditando que isso o/a dará motivação e o/a fará perder peso. Além disso, não recomendar a perda de peso como uma resposta ao estigma relacionado ao peso corporal.
- Não esperar e/ou desejar que o/a usuário/a se culpe por tentativas anteriores de perda de peso que não foram mantidas e não atribuir as mesmas à gula, preguiça ou falta de esforço. Novamente, tentar compreender o contexto do/a usuário/a e a sua perspectiva.
- Atentar para não atribuir todos os problemas de saúde do/a usuário/a à obesidade.
- Incentivar, valorizar e dar suporte às mudanças de práticas alimentares e corporais, de bem-estar, de sintomas e parâmetros de saúde, independentemente da perda de peso.

Sobre a revisão supracitada, cabe mencionar que alguns itens usados como embasamento (3.A e 5.C) foram considerados de relevância essencial para 83,3% dos participantes da última rodada do método Delphi, porém ainda não tinham sido aplicados nos demais protocolos.

O Box 4 apresenta a revisão feita na atividade que já abordava a estigmatização ou, nas palavras do protocolo, a gordofobia. A revisão foi embasada pelos itens 2.A, 2.C, 2.D, 3.B, 3.C e 3.D.

Em função dos próprios temas de cada protocolo, apenas neste foi abordada a cirurgia bariátrica como uma possível forma de manejo para indivíduos com obesidade que preenchem determinadas indicações. Em uma atividade, eram apresentados quatro casos e os/as profissionais tinham de escolher o grupo terapêutico ou motivacional mais indicado para cada. Um dos casos era de um homem com indicação para cirurgia bariátrica. Assim, foi possível incluir o item 5.H como uma dica para o/a facilitador/a: Refutar o estigma de que a cirurgia bariátrica é o caminho “mais fácil” e quem a faz não tem tanto valor quanto quem perde peso por dietas restritivas e atividade física. Explicar detalhadamente os riscos e benefícios da cirurgia, quando cabível.

Quase como uma singela conclusão do protocolo, fizemos uma revisão em uma atividade de elaboração de grupo motivacional. Nesta, havia um pote dos “Dificultadores para uma vida saudável” com papéis com alguns dificultadores escritos, tais como tempo, dinheiro, disposição, acesso e exposição à mídia, por exemplo. Os/as profissionais devem pegar, um de cada vez, um papel no pote e pensar em estratégias que poderiam ser utilizadas para vencer aquela dificuldade. Nós incluímos entre as dificuldades o estigma em si.

Box 4 – Descrição revista da atividade “Sensibilização” do protocolo da “Oficina de Gestão do Cuidado e Abordagem Coletiva no Manejo da Obesidade”¹ (revisões destacadas em sublinhado)

Duração total: 30 minutos.

Materiais necessários:

- Computador com software compatível para exibição de apresentação digital (Power Point® ou correspondente);
- Projetor;
- Apresentação de slides com imagens de peças com sobrepeso e obesidade em diferentes etapas do ciclo da vida.

Dica: Para o levantamento das imagens, sugere-se a plataforma da *World Obesity Federation*, que conta com curadoria voltada ao combate da estigmatização das pessoas com obesidade. As imagens também podem ser levantadas por meio de outros sites que disponibilizam fotos de domínio público. Caso as fotos não sejam da plataforma da *World Obesity Federation*, sugerimos usar fotos que não tenham uma conotação negativa e estereotipada da pessoa com obesidade (por exemplo, alguém largado no sofá comendo) e que mostrem a pessoa por completo, sem excluir seus rostos.

Objetivos:

- Promover reflexão sobre culpabilização de peças com sobrepeso e obesidade no contexto de condicionantes ambientais da obesidade.
- Entender que existe uma rede complexa de fatores que atua mesmo contra a vontade da pessoa com sobrepeso e obesidade. Nesse sentido, uma pessoa com obesidade não pode ser culpabilizada ou responsabilizada por uma determinada doença.

Descrição da atividade:

Apresente imagens de pessoas com sobrepeso e obesidade em diferentes etapas do ciclo da vida (primeira infância, infância, adolescência, vida adulta e terceira idade) inseridas em cenários/contextos diversos (cenários que revelem diferentes condições de vida:

pobreza, riqueza, acesso a lazer, etc.) e que apresentem, positivamente, pessoas de diversas raças/cores, etnias e gêneros [5 minutos];

Em seguida, apresente novamente algumas das fotos editadas de forma a retirar as pessoas e evidenciar os cenários em que estão inseridas [5 minutos];

Convide os/as participantes a dizerem o que pensam e sentem ao verem as fotos [10 minutos];

Questionar os/as participantes sobre suas próprias crenças, atitudes e práticas e seus próprios “preconceitos” sobre as pessoas com obesidade.

Levante a discussão sobre como o olhar para pessoas com sobrepeso e obesidade muda de acordo com as diferentes etapas do ciclo da vida e como os diferentes cenários nos quais elas estão inseridas podem apontar para a complexidade dos determinantes socioeconômicos e culturais da obesidade [10 minutos].

Concluir ressaltando a necessidade de compreender as pessoas com sobrepeso e obesidade como seres humanos multifacetados que tem vidas complexas, fatores estressores e obrigações fora do espaço de cuidado à saúde e não como seres patológicos e desumanizados. Assim, estas ideias devem ser aplicadas a todo o processo de saúde-doença-cuidado.

Quadro 6 - Informativo sobre o tema gordofobia para apoiar o/a facilitador/a no desenvolvimento da atividade “Sensibilização” do módulo 1 da oficina de educação permanente para manejo da obesidade por abordagem coletiva na atenção primária à saúde, São Paulo, 2020.

“Segundo Rangel (2018, p. 19), a gordofobia “é utilizada para denominar o preconceito, estigmatização e aversão englobados por meio de uma opressão estrutural na sociedade que atinge as pessoas gordas”.

[É] uma forma de discriminação estruturada e disseminada nos mais variados contextos socioculturais, consistindo na desvalorização, estigmatização e hostilização de pessoas gordas e seus corpos. As atitudes gordofóbicas geralmente reforçam estereótipos e impõem situações degradantes com fins segregacionistas; por isso, a gordofobia está presente não apenas nos tipos mais diretos de discriminação, mas também nos valores cotidianos das pessoas (Arraes, 2014 apud Silva, Cantisani, 2018, p. 372).

A desvalorização e a estigmatização podem ser exemplificadas por diversos (pré) julgamentos que pressupõem que a pessoa gorda é deprimida, descontrolada, fracassada e descuidada, preconceitos tão naturalizados que a própria pessoa gorda incorpora uma

imagem de si inapta e doente. Outro imaginário gordofóbico é o da inaptidão física do corpo gordo, o qual usualmente é visto como um corpo sedentário, preguiçoso e incapaz de realizar atividades físicas. Ou seja, a gordofobia está impregnada na nossa concepção de corpo, projetando limitações, culpa e exclusão das pessoas gordas (condenadas ao exílio). Essa exclusão está enraizada até mesmo na percepção das pessoas gordas de que seu próprio corpo não merece ser vivido, sempre buscando modos de fugir dele na contínua possibilidade (ou obrigação) de emagrecer, afinal ser gordo é um problema reversível (Piñeyro Bruschi, 2016)”.

Trecho retirado de: 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 soc.* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 07]; 29(1): e190227. Epub Mar 30, 2020.

Dica:

Na impossibilidade do uso de computador e projetor, sugere-se que a apresentação dos dados/gráficos seja impressa, como forma de ilustração do que está sendo falado.

Resultado esperado:

Sensibilização dos/das participantes sobre estigmatização de pessoas com sobrepeso e obesidade.

¹ O texto original desta atividade é de autoria da Professora Doutora Bárbara Hatzlhofer Lourenço e sua equipe.

11. Discussão

11.1. O processo de construção da “Lista de características dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde da atenção primária que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade”

Esta tese conseguiu, por meio do método Delphi, construir uma “Lista de características dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde da atenção primária que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade”. Os/as participantes, tanto especialistas quanto leigos/as com obesidade, reconheceram a relevância do estigma relacionado ao peso corporal enquanto uma questão na atenção primária. Gostaríamos de destacar a importância de termos inserido leigos/as com obesidade no painel do método Delphi. Se nosso trabalho pretendia, a cabo, melhorar o cuidado em saúde oferecido para estas pessoas, a inclusão de suas vozes é fundamental (PUHL et al., 2017).

O método Delphi prevê até quatro rodadas de consulta ao painel de experts (GORDON, 1994). HART et al. (2021) utilizaram três rodadas para desenvolver, nos Estados Unidos da América, um consenso sobre como abordar o estigma na pesquisa e na prática em saúde pública. Inicialmente, havíamos planejado realizar também três rodadas. Contudo, ao contrário do estudo de HART et al. (2021), nenhum item da nossa lista foi indicado majoritariamente para exclusão. Ademais, um alto grau de relevância (pelo menos 80% de respostas “essencial” ou “importante”) foi obtido já na primeira rodada. Assim, para a segunda rodada, coube apenas reformular alguns itens de acordo com os comentários do painel e avaliá-los. Foi possível finalizar a consulta após a segunda rodada porque os resultados mostraram que o painel atribuía alto grau de relevância aos itens, não indicava exclusão de nenhum item e considerava a redação dos itens reformulados clara.

Os consensos produzidos por HART et al. (2021) e RUBINO et al. (2020) foram usados, entre outros referenciais teóricos, para a construção da nossa lista. Todavia, há diferenças notáveis entre eles e a nossa lista. Tais consensos têm caráter mais geral, sem se ancorar em determinados sistemas de saúde, e sem fornecer recomendações muito específicas para a prática dos/das profissionais de saúde. Por exemplo, no consenso de RUBINO et al. (2020), há três recomendações sobre o cuidado em saúde: uma referente à apropriada educação dos/das profissionais de saúde acerca da obesidade; outra sobre a

necessidade dos/das profissionais reconhecerem o estigma e adotarem práticas e habilidades livres de estigma (sem, contudo, explicitar quais são estas) e uma final sobre a necessidade de infraestrutura física apropriada para as pessoas com obesidade nos espaços de cuidado em saúde.

Nossa lista foi formulada para ser usada na linha de cuidado para pessoas com obesidade do SUS (BRASIL, 2013; BRASIL 2014), embora ela seja aplicável a outros espaços de cuidado em saúde. Ademais, intencionamos (e cremos que logamos) construir uma lista bastante específica, que se relacionasse diretamente com as características dos serviços de saúde e as práticas dos/das profissionais de saúde, indicando claramente recomendações. Dentre seus vinte e cinco itens, cinco são mais genéricos e amplos (1.A; 1.B; 2.A; 2.D e; 5I), porém os demais especificam características, formas de interações, atitudes, habilidades e práticas que podem reduzir o estigma relacionado ao peso corporal, quando aplicadas em protocolos de cuidado e incorporadas ao cotidiano dos/das profissionais. Tais incorporações e aplicações, bem como a sua prática, são fundamentais para que se obtenha mudanças concretas, que diminuam a estigmatização de pessoas com sobrepeso e obesidade no cuidado e saúde e, conseqüentemente, que melhorem sua saúde.

Entretanto, o processo de construção da lista não foi livre de tensões teóricas, isto é, dos pontos de conflito e colisão na encruzilhada de campos científicos que embasaram esta tese. Iremos nos debruçar sobre três pontos: 1) designar a obesidade como uma doença; 2) pedir permissão para falar sobre o peso corporal do usuário e; 3) nomear o sujeito do cuidado como obeso, gordo, pessoa com obesidade, entre outros termos.

Nosso primeiro dilema foi se designaríamos a obesidade como uma doença. Esta designação é feita pela Saúde Pública e recomendada no consenso para o fim do estigma relacionado ao peso corporal de RUBINO et al. (2020). Tais autores responderam aos dois critérios científicos que, segundo KYLE et al. (2016), podem ser utilizados para definir a obesidade como doença: 1) Quais são as características que definem uma doença e; 2) Qual é a evidência de que a obesidade possui estas características? RUBINO et al. (2020) afirmaram que os sinais e sintomas da obesidade são a grande adiposidade, a reduzida qualidade de vida, o maior risco de desenvolver doenças futuras e complicações e a patofisiologia específica (por exemplo, inflamação, resistência à insulina e alterações dos sinais hormonais indicadores de fome e saciedade). No entanto, reconheceram que nem todas as pessoas com obesidade apresentam todos estes sintomas e que o IMC não é um bom método diagnóstico. Os autores também se valeram da abordagem forense, ao citar as diversas organizações que reconhecem a obesidade como doença. No nosso caso,

o maior argumento forense era que nosso estudo se deu dentro da linha de cuidado para pessoas com obesidade do SUS, que reconhece a obesidade como doença crônica (BRASIL, 2013). Nós concordamos, ao menos em parte³³, com os argumentos de RUBINO et al. (2020), mas quisemos ponderar também sobre a abordagem utilitária, fazendo uma análise lógica dos benefícios e riscos de se considerar a obesidade uma doença, porém nos embasando fortemente nas narrativas escritas pelas pessoas com obesidade na revista *Narrative Inquiry in Bioethics* (Verão de 2014, volume 4, número 2), citadas na seção de Revisão de Literatura, na parte I desta tese. A maior parte dos autores tendiam a considerar a obesidade uma doença e acreditavam que fazê-lo diminuía a estigmatização e promovia possibilidades de tratamento. Tendo se passado sete anos após a publicação, percebemos que, por um lado, o estigma por parte dos/das profissionais de saúde não diminuiu, e, por outro, há uma recente e crescente preocupação com o estigma relacionado ao peso corporal na literatura científica das Ciências da Saúde. Quiçá tal preocupação tenha surgido parcialmente em função do paradoxo entre a instituição da obesidade como doença e a crescente estigmatização, despreparo e negligência pelos/pelas profissionais de saúde. Ao designar a obesidade como doença, corríamos os seguintes riscos: 1) tratar a obesidade como uma questão inteiramente médica, descontextualizando-a da vida de quem a possui; 2) dar munição à guerra contra a obesidade, permitindo considerações negativas sobre as pessoas com obesidade; 3) perder de vista a complexidade inerente à obesidade e, como consequência destes três itens, 4) negar à pessoa com obesidade a “permissão” de se ter saúde (como bem colocaram LEE e PAUSÉ, 2016). Se era bem verdade que a linha de cuidado do SUS (BRASIL, 2013) nos trazia a obesidade como uma doença crônica, ela também matizava seus efeitos ao afirmar que “tudo o que não se quer com as redes de atenção e com a implantação das linhas de cuidado é reduzir os sujeitos às suas doenças para daí projetar o comportamento destas em uma série de sujeitos e, com isso, programar um elenco de procedimentos, compostos por atos protocolados de profissionais de saúde, realizados em um predeterminado itinerário de lugares, conforme um conjunto fixo de critérios de movimentação e acesso” (BRASIL, 2013. p. 18). Ou seja, era diferente pensar na obesidade como doença no contexto da atenção centrada na pessoa e na família, em

³³ Nossa ressalva se pela compreensão de que a pior qualidade de vida e os riscos à saúde associados à obesidade podem não ser apenas causados pela obesidade *per se*, mas sim pelo estigma e suas consequências, sejam elas físicas, mentais ou sociais, como a pobreza (ERNSBERGER, 2009).

comparação com a atenção prescritiva, centrada na doença. Destarte, uma questão chave, que tem passado despercebida nos recentes consensos sobre o estigma relacionado ao peso corporal, é que faz diferença pensar a obesidade e a estigmatização dentro do contexto e das características de um determinado sistema de saúde. As premissas e diretrizes deste moldam como se lida com o indivíduo com obesidade.

Ao longo da nossa “Lista de características dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde da atenção primária que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade”, tentamos minimizar os riscos citados no parágrafo anterior. Itens como 2.A; 2.D; 3.E; 5.B e; 5.G trouxeram a noção de complexidade e contextualizaram a obesidade na vida do usuário. Isto foi feito ao enfatizar a multicausalidade da obesidade, envolvendo fatores amplos e inter-relacionados, como genéticos, socioeconômicos, ambientais e socioculturais e ao compreender as pessoas com obesidade como seres humanos multifacetados que têm vidas complexas, fatores estressores e obrigações fora do espaço de cuidado à saúde e não como seres patológicos e desumanizados. Também fizemos isso ao propor integrar as perspectivas do usuário ao tratamento, aplicando estas a todo processo de saúde-doença-cuidado. Finalmente, tiramos a primazia médica da obesidade e das mudanças comportamentais ao entender que o usuário com obesidade atravessa um determinado contexto de vida que não é alheio ao seu estado de saúde e que as mudanças comportamentais também são afetadas pelos aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais.

Diversos itens, tais como 2.A; 2.B; 2.C; 3.C; 3.D; 3.F; 5.B e; 5.E, visaram aplacar considerações estereotipadas e negativas que se poderia ter sobre uma pessoa com obesidade, como alguém com falta de força de vontade, sem disciplina, sem responsabilidade pessoal, feio/a, burro/a, sujo/a, sem caráter, sem vergonha, fraco/a, preguiçoso/a, guloso/a, descontrolado/a, hipersensível, entre outros. Procuramos desafiar crenças e “pré-conceitos” de que a pessoa com obesidade tem uma alimentação inadequada e exagerada e não pratica atividade física. Também recomendamos a inclusão em materiais educativos de pessoas de diversos pesos e tamanhos corporais, sempre de maneira positiva.

Por fim, dois itens (5.C e 5.F) estiveram relacionados à ideia de se ter saúde **na** obesidade. O primeiro recomendava atenção para não atribuir todos os problemas de saúde do usuário à obesidade, para que a saúde do indivíduo não se resumisse e terminasse na obesidade. Já o segundo recomendava incentivar, valorizar e dar suporte às mudanças de práticas alimentares e corporais, de bem-estar, de sintomas e parâmetros de saúde,

independentemente da perda de peso. Isto é, não é apenas um valor de IMC que conta, pois outras práticas e parâmetros contribuem e constituem saúde.

Por conseguinte, conseguimos nos alinhar à compreensão do SUS de que a obesidade é uma doença crônica que exige um cuidado digno, respeitoso e não prescritivo (BRASIL, 2013), ao mesmo tempo em que contribuímos para uma compreensão complexa e contextualizada da obesidade, que retirou estereótipos moralizantes e que abriu a possibilidade para a saúde na obesidade.

Na primeira rodada do método Delphi, um item suscitou comentários: “Pedir permissão à pessoa com obesidade para discutir sobre o peso dela, garantindo que o profissional a respeitará e não fará estigmatizações. Se a pessoa recusar, respeitar a vontade dela”. O embasamento para este item veio da afirmação pelas pessoas com obesidade que os/as profissionais de saúde só veem seu peso, independentemente do motivo para consulta, e que não se sentem à vontade para conversar sobre seu peso com estes profissionais, devido ao tratamento usualmente estigmatizante (ANDERSON e WADDEN 2004; ALBERGA et al., 2019; MERRILL e GRASSLEY, 2008). Por outro lado, FORHAN et al. (2013) indicaram que profissionais de saúde que não abordam obesidade – isto é, a ignoram - também constituem barreira ao engajamento dos/das pacientes, sob a perspectiva dos/das próprios/as, no cuidado à saúde na atenção primária. Após considerar estas diferentes evidências e os comentários feitos pelo painel (tanto por um leigo com obesidade quanto por uma expert), este item foi modificado para: “Propor à pessoa com obesidade conversas amistosas sobre o peso dela, garantindo que o profissional a respeitará e não agirá de forma estigmatizante, sempre buscando maneiras conjuntas confortáveis para superar possíveis resistências”. Esta mudança aumentou a proporção de respostas com relevância essencial ou importante, atribuídas pelo painel, de 88,9% para 94,4%. Mais importante do que esta pequena diferença numérica, cremos que esta segunda versão implica mais o/a profissional no cuidado em saúde não estigmatizante. Por exemplo, as “possíveis resistências” provavelmente vêm de experiências prévias de estigmatização, que terão de ser desconstruídas pelo/pela profissional no encontro em questão. Ele/ela terá de buscar “maneiras conjuntas confortáveis” para trabalhar a questão de forma horizontal com o usuário. As palavras “propor” e “conversas amistosas” também visam evitar os longos e não solicitados sermões sobre a obesidade, identificados como problemáticos no estudo de ALBERGA et al. (2019).

Outro ponto de tensão, por fazer colidir com as diferentes perspectivas teóricas presentes nesta tese, foi como nomear as pessoas com $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ e $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, para cujo cuidado o estudo “Apoio e análise para a implementação das ações na atenção básica da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade nos municípios do Grande ABC paulista” pretende impactar. Tal questão não é trivial porque as palavras são um reflexo do contexto histórico e sociocultural do qual elas advêm e no qual estão embebidas. Além disso, parte significativa do estigma relacionado ao peso corporal vêm pela fala dos outros, que geralmente abarca descritores carregados de julgamentos morais (TRAINER et al., 2015).

Em pesquisas anteriores do nosso grupo de pesquisa, utilizamos as palavras gorda e *fat* (SCAGLIUSI et al. 2020; ULIAN et al. 2020). Fizemos isto porque as participantes do estudo assim se denominavam e por nos alinharmos, naquele momento, à posição política e teórica do Fat Studies. Para este campo, na sociedade hegemônica dos Estados Unidos da América, as palavras sobrepeso e obeso/a são consideradas mais aceitáveis e polidas do que gordo/a. Já o Fat Studies considera que as palavras sobrepeso e obeso não são nem neutras e nem benignas. A palavra “obesidade” estaria ligada à vergonha e ao biocontrole feito pela medicina. Haveria respeito pelo projeto político de se retomar a palavra gordo/a, tanto como um adjetivo neutro (como baixo/alto, jovem/velho) e como um termo de identidade política. Gordo/a seria um descritor e não um discriminador (SOLOWAY e ROTHBLUM, 2009). Ainda no tocante à linguagem, há também a questão da “pessoa primeiro” (pessoa com obesidade) versus “identidade primeiro” (pessoa obesa ou gorda). Ambos têm o objetivo de diminuir o estigma, mas com perspectivas diferentes. A defesa de “identidade primeiro” afirma que esta linguagem permite que o indivíduo descreva aspectos importantes dele como uma pessoa por inteiro (temos dúvidas, contudo, se a descrição ‘pessoa gorda’ dá conta da identidade da pessoa, pois gorda/o não é o que ela é por inteiro) (INGRAHAM, 2021).

Aos poucos, e com consulta à literatura científica sobre estigma, nossa posição mudou. Em primeiro lugar, não acreditamos que existam adjetivos neutros. Mesmo os exemplos dados (baixo/alto, jovem/velho) por SOLOWAY e ROTHBLUM (2009) são permeados por valores e preconceitos. Em segundo, a palavra “gordo/a” já vem carregada de estigma, assim como a palavra “obeso/a”. Para CONTRERAS (2002), gordo não é um mero adjetivo qualificativo que descreve uma qualidade substantiva do corpo, mas uma construção social que traz consigo um insulto, assim como uma acusação (negligência e falta de cuidado), um diagnóstico (doença) e uma sentença (morte física ou social). Por outro lado, os/as idosos/as entrevistados no estudo qualitativo de BATSIS et al. (2021)

também se sentiam insultados/as com o termo “obeso/a”, especialmente quando profissionais de saúde falavam “grosseiramente obesos”. De fato, na pesquisa de PUHL et al. (2012), conduzida com uma amostra representativa de 1.064 estadunidenses, as palavras “obeso/a mórbido/a”, “gordo/a” e “obeso/a” foram consideradas as mais estigmatizantes e culpabilizantes e menos desejáveis. TRAINER et al. (2015) encontraram que o termo “gordo/a”, especialmente para adjetivar as mulheres, era sempre usado de forma pejorativa. PUHL (2020) realizou uma revisão sistemática de estudos quali e quantitativos sobre as percepções e preferências sobre os termos existentes, encontrando que “obeso/a” e “gordo/a” tenderam a ser os menos aceitos e preferidos. Contudo, a autora ressaltou que não há resposta simples e unânime sobre qual termo é melhor e que mais estudos são necessários, especialmente em amostras diversas quanto ao gênero, à raça/cor da pele, à classe social, à sexualidade e ao pertencimento em movimentos de aceitação do tamanho corporal. A alternativa que nos restou foi a da “pessoa em primeiro lugar” (KYLE e PUHL, 2014), isto é, utilizar o termo “pessoa com sobrepeso e obesidade”. Tal abordagem tem sido o padrão para pessoas com condições mentais e físicas e, inclusive, recomendada como uma estratégia para reduzir o estigma associado a diversas doenças (KYLE e PUHL, 2014). Cabe ressaltar que este é o termo preconizado no consenso de RUBINO et al. (2019). Entretanto tivemos o cuidado de incluir no item correspondente o seguinte trecho: “Contudo, é relevante saber como a pessoa prefere ser descrita e quais sentidos essa descrição tem para ela. Por exemplo, algumas pessoas preferem o termo “gorda/o” em função de um posicionamento e ativismo político”. Isto permite que diferentes preferências e sentidos sejam incluídos e que a decisão de como ser descrita caiba à pessoa e não ao profissional. De toda forma, como toda a linguagem que circunda o tema do peso corporal pode ser problemática para as pessoas (PUHL et al., 2012), incluimos dois itens (3.C e 4.C) que abordam a questão da linguagem em outras esferas.

Deste modo, cabe ressaltar que a “Lista de características dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde da atenção primária que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade” só faz sentido como um conjunto, já que seus itens são complementares. Mais ainda, seu real sentido se dá na incorporação aos protocolos de cuidado das pessoas com obesidade, como discutiremos no próximo tópico.

11.2. O processo de revisão dos protocolos educativos do estudo “Apoio e análise para a implementação das ações na atenção primária da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade nos municípios do Grande ABC paulista”

Esta tese foi capaz de utilizar a lista discutida no tópico anterior para revisar três protocolos educativos voltados para a linha de cuidado para sobrepeso e obesidade, que abrangiam a vigilância alimentar e nutricional, a alimentação adequada e saudável, as práticas corporais e de atividade física, a gestão do cuidado e a abordagem coletiva da obesidade. A revisão eliminou os poucos trechos potencialmente estigmatizantes e modificou trechos que passaram a ter como objetivo, geralmente secundário, diminuir o estigma associado ao peso corporal. O fato da lista possuir tanto itens amplos quanto específicos facilitou sua utilização. Assim, esta revisão dos protocolos atendeu aos diversos chamados para que o estigma fosse incluído e cuidadosamente trabalhado no cuidado à saúde de pessoas com obesidade (ALBERGA et al., 2016a; ARORA et al., 2019; LANCET PUBLIC HEALTH, 2019; RUBINO et al., 2020). Até o limite do nosso conhecimento, este trabalho é pioneiro por mudar protocolos educativos que serão praticados com profissionais de saúde dentro do SUS. Em uma revisão sistemática de literatura, as demais ações para redução do estigma relacionado ao peso corporal entre profissionais de saúde se caracterizaram por cursos, palestras e exibição de vídeos aos mesmos (ALBERGA et al., 2016b).

Novamente, este processo não foi livre de tensões entre os campos de conhecimento. Enquanto, na Saúde Pública, nosso trabalho atendeu às necessidades do campo, no Fat Studies ele seria considerado paradoxal, errado e até, em última análise, mortal. PAUSÉ e TAYLOR (2021, p. xx), importantes autoras do Fat Studies afirmaram: “as ciências do peso corporal abrangem aqueles que estão interessados em entender a gordura [*fatness*], frequentemente com o objetivo de prevenir e reduzir sua ocorrência em uma população. Quase paradoxalmente, muitos destes acadêmicos viraram sua atenção para a eliminação do estigma relacionado ao peso corporal (parecendo falhar em entender que eles não podem prevenir o estigma da gordura enquanto trabalham para eliminar a gordura)”. Para Marilyn Wann, ativista ícone do Fat Studies, as campanhas para perda de peso são um “genocídio”, pois visam “eliminar todas as pessoas gordas da população – mudando seus corpos para corpos menores” (ANDERSON, 2012, p. 204). Se seguirmos esta linha de raciocínio, este “paradoxo” esteve presente no nosso trabalho, uma vez que a linha de cuidado para sobrepeso e obesidade objetiva a perda pequena e gradual de peso

corporal (BRASIL, 2014). Certamente, não nos vemos como genocidas³⁴. Muitas vezes tais diferenças das lentes e dos quadros das narrativas geram conflitos na forma de cisões, que impedem a troca de *insights* entre os campos científicos (INGRAHAM, 2021). A linha de cuidado para sobrepeso e obesidade valoriza outros resultados decorrentes do cuidado, para além da perda de peso, tais como o bem-estar, a autoestima, e melhorias nos exames laboratoriais, no humor, no sono, no funcionamento intestinal, na pressão arterial, na qualidade de vida, entre outros. No tocante à prescrição dietoterápica, não há um incentivo para o uso rápido de dietas hipocalóricas. Em vez disso, são propostas metas negociadas entre o/a nutricionista e o/a usuário/a e se ressalta a importância dos aspectos culturais, sensoriais e econômicos. De forma muito breve, o estigma relacionado ao peso corporal é mencionado como algo a ser combatido e a inclusão das pessoas com obesidade é preconizada (BRASIL, 2014). Desta forma, a linha de cuidado para sobrepeso e obesidade não pode ser considerada um tratamento “clássico” para a obesidade, baseado nas dietas e na estigmatização. Sem sombra de dúvida, ela precisa de incrementos e é nesta encruzilhada que esta tese se encontra, tentando propor mudanças que podem, em última análise, qualificar esta linha. Decerto, não concordamos que toda pessoa com obesidade quer, deve e consegue perder peso, ainda que pouco e de forma gradual, como se propõe na linha de cuidado. Há mais de meio século, STUNKARD (1959) afirmou algo que ainda permanece atual: “Daqueles [obesos] que se engajarem [em tratamentos para a obesidade], a maioria não vai perder peso. Daqueles que perderem, a maioria vai ganhar peso de volta”. Em contrapartida, não concordamos com a posição de total rejeição à perda de peso no Fat Studies, por esta advir de um binarismo entre o gordo que se aceita totalmente, por inteiro, em todas as suas dimensões e o gordo infeliz, rendido em completa vergonha perante o olhar discriminador. Com base em LeBESCO (2014) e MURRAY (2005), cremos que as necessidades e desejos de perda de peso não são categorias ou decisões fixas e fechadas em si, mas sim processuais. Estas necessidades e desejos transitam por espaços fluidos, nos quais dialogam suas posições políticas e ativistas, suas identidades, suas subjetividades e suas agências. Marcamos estas duas discordâncias aqui para registrar nossas posições, tendo em vista que não nos cabia revisar este aspecto da linha de cuidado, isto é, a perda de peso em si.

³⁴ Talvez nossas afirmações nesta nota de rodapé sejam apenas um reflexo dos nossos privilégios como pessoas magras e brancas e da nossa indignação enquanto brasileiras. Contudo, temos que dizer que é difícil assimilar o uso da palavra genocídio no contexto deste estudo sobre pessoas com obesidade, tendo em vista o cenário atual da pandemia de Covid-19 no Brasil e as atitudes do presidente Jair Bolsonaro.

Isto posto, poucos pontos nos protocolos apresentavam um caráter estigmatizante, portanto, nossos principais trabalhos foram: 1) antecipar situações futuras nas quais a estigmatização pudesse aparecer e, logicamente, preveni-las; 2) inserir trechos que pudessem combater a estigmatização na prática dos profissionais.

O item 1.B não foi utilizado com tanta frequência porque o consideramos transversal à nossa tese. De fato, incluir a estigmatização relacionada ao peso corporal e seus malefícios nos protocolos de cuidado em saúde de pessoas com obesidade é o que esta tese fez, ao longo e ao cabo. Já outros itens que dão conta da obesidade como fenômeno complexo foram bastante utilizados, tais como 2.D (com oito aplicações); 3.E (com treze aplicações) e 3.F (com oito aplicações).

GOLDBERG (2014) apontou que, como muitos comportamentos são influenciados por estruturas sociais em nível macro, se alguém considera que diminuir a obesidade é um objetivo legítimo de saúde pública, a intervenção deve se centrar nos determinantes sociais e econômicos, em vez dos individuais. Como bem colocaram BREWIS e WUTICH (2019), não há uma epidemia de preguiça. Há cidades mal planejadas, inseguras, pouco saudáveis e escassamente arborizadas, com transporte público precário e com poucos equipamentos públicos para prática de atividade física que sejam apropriados para as pessoas com obesidade. Estas constatações foram imbuídas no item 5.G e bastante aplicadas, especialmente no protocolo de “Oficina de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e da Atividade Física e Práticas Corporais”. Um sentido desta aplicação foi incentivar os/as profissionais de saúde a analisarem criticamente o papel do território na alimentação e nas práticas de atividade física e corporais, uma vez os/as profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica e das Equipes de Saúde da Família e Atenção Básica atuam diretamente no território.

O item mais utilizado foi o 3.C (com dezessete aplicações), que procurou abolir insultos verbais, humor inapropriado, comentários insensíveis, imagens e termos depreciativos, estereótipos e apelidos inadequados. Obviamente, nenhum protocolo promovia este tipo de comunicação. Entretanto, como a literatura mostra que esta comunicação acontece na prática dos serviços de saúde (ANDERSON e WADDEN, 2004; MERRILL e GRASSLEY, 2008), procuramos: 1) esclarecer em uma das primeiras atividades que tal linguagem não era tolerável no ambiente da oficina e do trabalho em saúde e; 2) antecipar e prevenir situações em que este tipo de comunicação poderia ocorrer. A maior aplicação deste item no protocolo de “Oficina de Promoção da

Alimentação Adequada e Saudável e da Atividade Física e Práticas Corporais” se deu justamente porque os objetos de trabalho deste (alimentação, atividade física e práticas corporais) geralmente estão imbuídos de significados morais de gula e preguiça (ALBERGA et al. 2019; RUBINO et al., 2020), que alimentam o estigma relacionado ao peso corporal, inclusive na forma de linguagem e imagens.

No protocolo da “Oficina de Vigilância Alimentar e Nutricional na Linha de Cuidado para Sobrepeso e Obesidade”, foram feitas diversas modificações nas oficinas de treinamento para realização da antropometria. De acordo com MAGALHÃES e AMPARO-SANTOS (2016), “embora pareça algo natural, a experiência relacionada às dimensões corporais passou por grandes mudanças com o advento da antropometria. Constata-se que o que começou como um simples ato de curiosidade em relação às múltiplas circunferências (braço, panturrilha, abdômen, cabeça) tornou-se uma forma de inspeção e vigilância da normalidade”. BRAMBLETTTE (2014) relatou ter de ir a um ferro-velho para se pesar, pois só lá havia uma balança de alta carga. Isto nos parece indigno. Ser pesada/o sem que haja nem possibilidade de pedir consentimento, sem privacidade, nua/nu, em instrumentos de tamanho menor que o necessário, percebendo olhares depreciativos e ouvindo comentários insensíveis significa colocar a pessoa com obesidade em uma posição desumana e de completa rendição ao estigma relacionado ao peso corporal. Isto também transforma a pessoa em uma deformidade, pronta para ser vigiada e controlada (MAGALHÃES e AMPARO-SANTOS, 2016). Dessarte, nossas mudanças no protocolo permitiram que fossem obtidos dados necessários para a vigilância nutricional, porém de forma sensível, acolhedora, empática, humanizada e não estigmatizante.

Os protocolos educativos do estudo “Apoio e análise para a implementação das ações na atenção primária da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade nos municípios do Grande ABC paulista” já possuíam atividades que abordavam o estigma relacionado ao peso corporal, direta (Box 3) ou indiretamente (Box 2). Na atividade descrita no Box 2, Cibele, o caso em questão, sofria *bullying* relacionado ao seu peso, estava com excesso de peso desde cedo, parecia ter uma alimentação também excessiva, decorrente da sua configuração familiar e não praticava atividade física, em função da discriminação que sofria nas aulas de Educação Física. Corríamos o risco, aqui, de ser desenvolvida uma intervenção simplificada para promover alimentação saudável e atividade física, culpabilizando Cibele e sua avó pela alimentação inadequada e não considerando a estigmatização. Também havia o risco de a intervenção incentivá-la a perder peso, para

que o *bullying* acabasse, naturalizando, aceitando e promovendo o estigma. Nossas mudanças procuraram evitar estes riscos, entendendo que não utilizar o estigma como incentivo para a perda de peso é um imperativo ético (ABU-ODEH, 2014).

A atividade de sensibilização do protocolo de “Oficina de Gestão do Cuidado e Abordagem Coletiva no Manejo da Obesidade” (Box 3) já abordava a gordofobia e o estigma relacionado ao peso corporal. Procuramos “encorpar” a atividade, trazendo as seguintes questões: 1) características de imagens não estigmatizantes de pessoas com obesidade; 2) compreensão da complexidade envolvida na obesidade, que ultrapassa qualquer grau de responsabilidade individual; 3) inclusão de diversidade nas imagens utilizadas; 4) autoquestionamento sobre preconceitos e práticas; 5) aplicação da discussão no processo de cuidado e; 5) uso do termo “pessoa com sobrepeso e obesidade”. DIEDRICHS e BARLOW (2011) avaliaram o efeito de uma palestra sobre o estigma relacionado ao peso corporal aplicada em estudantes de Psicologia, em comparação a uma palestra sobre psicologia e a um grupo controle, que não foi exposto a nenhuma palestra. Em comparação com os outros dois grupos, os/as estudantes que receberam a palestra sobre estigma apresentaram menores escores no *Anti-Fat Attitudes Test* e tiveram menor chance de acreditar que o peso corporal é controlável, em curto e médio prazo. Estes resultados são encorajadores, uma vez que os protocolos do estudo “Apoio e análise para a implementação das ações na atenção primária da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade nos municípios do Grande ABC paulista” compõem muito mais do que apenas uma palestra. Há atividades, como as discutidas aqui, em que o estigma é um foco, porém este construto e o cuidado com o mesmo atravessam todos os protocolos transversalmente. Decerto, haveria muito valor científico e prático em avaliar os efeitos destes protocolos em práticas e percepções sobre o estigma relacionado ao peso corporal.

12. Conclusões

A revisão dos três protocolos educativos se baseou nas premissas de que o cuidado em saúde deve ser não estigmatizante e que a Saúde Pública, como um todo, tem um papel político e ativista, que pode trazer justiça social ao cuidado em saúde. Nos últimos vinte anos, pesquisas da Saúde Pública tem reconhecido os malefícios do estigma associado ao peso corporal, com consequências na saúde física e mental e no próprio ganho de peso. Entretanto, acadêmicos do Fat Studies alertam para não enquadrar a questão do estigma apenas como fator de risco para o ganho de peso, mas sim reconhecê-lo como um impulsionador das desigualdades em saúde e considerá-lo como um determinante social da saúde (INGRAHAM, 2021), como fizemos nesta tese. Mesmo com tensões e limitações, foi possível pensar em mudanças importantes, que podem ter grande impacto na linha de cuidado para sobrepeso e obesidade do SUS, que deve abarcar milhões de brasileiros/as. Mais ainda, construímos um caminho metodológico para diminuir o potencial estigmatizante que poderá ser utilizado por diversos protocolos e diretrizes voltados para o cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade.

PARTE IV

13. Considerações finais

Esta tese abordou o estigma relacionado ao peso corporal em múltiplas frentes, gerando contribuições teóricas e aplicações práticas no cuidado em saúde. Pudemos apresentar duas decorrentes construções de conhecimento: 1) a ampliação da compreensão sobre o estigma relacionado ao peso corporal, especificamente o estigma sentido, em regiões geográficas pouco estudadas (América Latina, África e Ásia), ajudando a descentralizar a hegemonia de conhecimento no Norte Global e; 2) um método e um exemplo de como tornar protocolos de cuidados em saúde menos estigmatizantes e, por conseguinte, mais humanizados. Além disso, mobilizamos e colidimos diferentes campos científicos para embasar tais construções de conhecimento.

No tocante à primeira construção, constatamos que o estigma sentido está presente nos estudos latino-americanos, africanos e asiáticos, fazendo com que aqueles/as que o sentem tenham vidas pessoais, sociais e profissionais limitadas e que sofram em diversos espaços sociais, em interação com diferentes sujeitos. Um destes espaços é o de cuidado em saúde, com os/as profissionais de saúde como fontes de estigmatização. Tais resultados, em conjunto com outros estudos, justificam intervenções para eliminar, ou, ao menos, amenizar tal estigma no cuidado em saúde.

Tivemos sucesso em revisar os protocolos educativos de oficinas que visam capacitar os/as profissionais de saúde da atenção primária do Sistema Único de Saúde para atuar na linha de cuidado para sobrepeso e obesidade. Cremos que este trabalho terá importante impacto social, já que tais protocolos serão disponibilizados nacionalmente, junto com um instrutivo. Além disso, é relevante assinalar que um método de revisão com este objetivo não estava disponível e foi criado por nós. Doravante, a lista de “Características dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde da atenção básica que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade” pode, agora, ser utilizada em outros protocolos e diretrizes para o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

Pretendemos, futuramente, revisar sistematicamente outros aspectos do estigma relacionado ao peso corporal, em populações da América Latina, África e Ásia, valorizando a contextualização de um fenômeno tão complexo como o estigma. Também visamos desenvolver e avaliar, quali e quantitativamente, um curso educativo sobre este estigma para estudantes e profissionais de saúde.

Para além destas construções e das intenções futuras, gostaríamos de destacar alguns aspectos que emergiram durante a elaboração da tese. Na verdade, vemos a tese como um tear, isto é, como um processo criativo que parte de um emaranhado de fios, que são tecidos (e, neste caso, por um coletivo colaborativo) até gerarem uma confecção única. O emaranhado de fios desta tese teve nós e torções teóricas, causadas pela aproximação e fricção, na encruzilhada, de diferentes campos científicos. Se o estigma é um problema formado na relação “nós/eles/as”, o choque entre campos científicos não deixa de sê-lo. Consideramos, entretanto, que o embate não é para se ganhar, mas para se construir.

Como nó nesse tear, retomo a cautela levantada na apresentação: meu privilégio magro certamente ronda a tese e pode ter a influenciado. Foi importante, neste sentido, ter incluído nas partes I e II estudos qualitativos que aprofundam as experiências de estigma vivenciadas pelas pessoas com sobrepeso e obesidade, assim como contar com seis pessoas com obesidade no painel do método Delphi, na parte III. Indubitavelmente, as pessoas com sobrepeso e obesidade precisam que as pesquisas da área da saúde tragam alguns pilares do Fat Studies para suas práxis: inclusão, representatividade, voz.

Este tear, ao mesmo tempo colaborativo e conflitivo, é uma criação – apoiada em referências teóricas, marcos metodológicos e rigor – mas também em vislumbres, ambições e sonhos daquilo que a pesquisa pode vir a ser. Ele construiu veredas de caminhos para que, em última instância, as vidas das pessoas com sobrepeso e obesidade tenham menos sofrimento, opressões e iniquidades e mais justiça social. Seria ingênuo pensar que as contribuições desta tese são um passo grande nesta direção. Embora não sejam, tais contribuições compõem um esforço que todos/as nós, na área da Saúde Pública, devemos fazer se, de fato, nos alinhamos com os direitos humanos e a ética.

14. Referências Bibliográficas

Abu-Odeh D. Fat stigma and Public Health: a theoretical framework and ethical analysis. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 2014;24(3):247–65.

Agrawal P, Gupta K, Mishra V, Agrawal S. The psychosocial factors related to obesity: A study among overweight, obese, and morbidly obese women in India. *Women & Health*. 2015;55(6):623-645.

Agyemang C, Boatemaa S, Frempong GA, Aikins A. Obesity in sub-Saharan Africa. *Metabolic Syndrome*. 2016:1-13.

Ahn R, Kim TH, Han E. The moderation of obesity penalty on job market outcomes by employment efforts. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(16):2974.

Ainlay S, Becker G, Colman, LMA. *The Dilemma of Difference*. New York: Plenum; 1986. Stigma reconsidered; p. 1-13.

Alberga AS, Edache IY, Forhan M, Russell-Mayhew S. Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e116.

Alberga S, Russell-Mayhew S, von Ranson KM, McLaren L. Weight bias: a call to action. *Journal of Eating Disorders*. 2016a;4:34.

Alberga AS, Pickering BJ, Alix Hayden K, Ball GD, Edwards A, Jelinski S, Nutter S, Oddie S, Sharma AM, Russell-Mayhew S. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. *Clin Obes* 2016b;6(3):175-88.

Almeida S. *Racismo estrutural*. São Paulo: Polen Livros; 2019.

Alvarenga AT. A Saúde Pública como campo de investigação interdisciplinar e a questão metodológica. *Saúde Soc*. 1994;3(2):23-41.

Ambak R, Mohamad Nor NS, Puteh N, Mohd Tamil A, Omar MA, Shahar S, Ahmad NA, Aris T. The effect of weight loss intervention programme on health-related quality of life among low income overweight and obese housewives in the MyBFF@home study. *BMC Women's Health*. 2018;18(Suppl 1):111.

Anderson DA, Wadden TA. Bariatric surgery patients' views of their physicians' weight-related attitudes and practices. *Obes Res* 2004;12:1587-95.

Anderson J. Whose voice counts? A critical examination of discourses surrounding the Body Mass Index. *Fat Studies* 2012;1:195–207.

Anderson-Fye EP, McClure SM, Dreyer RE, Bharati A, James C. On body economics and fitting in: upward mobility and obesity stigma in Jamaica. *Ethn Health*. 2020;25(1):126-140.

Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in perceived weight discrimination among Americans: 1995–1996 through 2004–2006. *Obesity*. 2008;16(5):1129–1134.

Anonymous One. My story: evolving obesities. *Narrat Inq Bioeth*. 2014;4(2):96-8.

Araújo KL, Pena PGL, Freitas MCS, Diez-Garcia RW. Estigma do nutricionista com obesidade no mundo do trabalho. *Rev Nutr* 2015;28:569-79.

Arora M, Barquera S, Farpour Lambert NJ, Hassell T, Heymsfield SB, Oldfield B, Ryan D, Salas XR, Scinta W, Vicari M. Stigma and obesity: the crux of the matter. *Lancet Public Health* 2019;4:e549-e550.

Aryeetey RNO. Perceptions and experiences of overweight among women in the Ga East District, Ghana. *Front Nutr*. 2016;3:13.

Auestad L. *Respect, Plurality, and Prejudice*. London: Karnac; 2015.

Bacardi-Gascón M, Leon-Reyes MJ, Jiménez-Cruz A. Stigmatization of overweight Mexican children. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2007;38(2):99-105.

Baratin C, Beune E, van Schalkwijk D, Meeks K, Smeeth L, Addo J, de-Graft Aikins A, Owusu-Dabo E, Bahendeka S, Mockenhaupt FP, Danquah I, Schulze MB, Spranger J, Boateng D, Klipstein-Grobusch K, Stronks K, Agyemang C. Differential associations between psychosocial stress and obesity among Ghanaians in Europe and in Ghana: findings from the RODAM study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020;55(1):45-56.

Bastos JL, Celeste RK, Silva DAS, Priest N, Paradies YC. Assessing mediators between discrimination, health behaviours and physical health outcomes: a representative cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(11):1731-1742.

Batsis JA, Zagaria AB, Brooks E, Clark MM, Phelan S, Lopez-Jimenez F, Bartels SJ, Rotenberg S, Carpenter-Song E. The use and meaning of the term obesity in rural older adults: a qualitative study. *J Appl Gerontol*. 2021;40(4):423-432.

Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. *Soc Sci Med*. 2014;110:10-17.

Becker G, Arnold R. Stigma as a social and culture construct. In: Ainlay SC, Becker G, Colman LMA. *The Dilemma of Difference*. New York: Plenum; 1986. p. 39-76.

Bodiba P, Madu SN, Ezeokana JO, Nnedum OAU. The relationship between body mass index and self-concept among adolescent black female university students. *Curationis*. 2008;31(1):77-84.

Bordo S. *Unbearable weight: feminism, western culture and the body*. Berkeley: University of California; 1993.

Bourdieu P. Questões de sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1983. Algumas propriedades dos campos; p. 89-94.

Bowleg L. The problem with the phrase women and minorities: intersectionality- an important theoretical framework for public health. *Am J Public Health*. 2012;102(7):1267-1273.

Bramlette S. I am not obese. I am just fat. *Narrat Inq Bioeth*. 2014;4(2):85-8.

Branco AU, Oliveira Silva M. Dialogical self development in obese women: a Cultural Psychology longitudinal study. *Av Psicol Latinoam*. 2019;37(3):262-276.

Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica 38 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Brass CR. Experiences of an obese patient. *Narrat Inq Bioeth*. 2014;4(2):88-91.

Brewis A, Trainer S, Han S, Wutich A. Publically misfitting: extreme weight and the everyday production and reinforcement of felt stigma. *Med Anthropol Q* 2017;31:257-276.

Brewis A, Wutich A, Falletta-Cowden A, Rodriguez-Soto I. Body norms and fat stigma in global perspective. *Curr Anthropol* 2011;52:269-276.

Brewis A, Wutich A. *Lazy, crazy, and disgusting: Stigma and the undoing of global health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2019.

Brewis A. Biocultural aspects of obesity in young Mexican schoolchildren. *Am J Hum Biol*. 2003;15(3):446-460.

Brewis A. Stigma and the perpetuation of obesity. *Soc Sci Med*. 2014;118:152-158.

Brown I, Stride C, Psarou A, Brewins L, Thompson J. Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *J Adv Nurs*. 2007;59:329-41.

Brown PJ, Konner M. An anthropological perspective on obesity. *Ann N Y Acad Sci*. 1987;499:29-46.

Budd GM, Mariotti M, Graff D, Falkenstein K. Health care professionals' attitudes about obesity: an integrative review. *Appl Nurs Res* 2011;24:127-37.

Campbell C, Deacon H. Unraveling the contexts of stigma: from internalization to resistance to change. *J Comm & Appl Soc Psychol* 2006;16(6):411-17.

Campello T, Gentili P, Rodrigues M, Rizzo Hoewell G. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. *Saúde Debate* 2018; 42(spe3):54-66.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(2):219-30.

Campos SS, Ferreira FR, Seixas CM, Prado SD, Carvalho MCVS, Kraemer FB. Num relance de olhar... a estigmatização das pessoas gordas: do passado aos dias de hoje. *Revista HUPE*. 2015;14(3):90-96.

Carmichael F, Woods R. Ethnic Penalties in Unemployment and Occupational Attainment: Evidence for Britain. *International Review of Applied Economics*. 2000;14(1):71-98.

Carr D, Friedman M. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *J Health Soc Behav*. 2005;46(3):344-259.

Castiel LD. *O que é saúde pública?* 2021. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=107>> [acesso em 18/07/21]

Chan KL, Lee CS, Cheng CM, Hui LY, So WT, Yu TS, Lin CY. Investigating the relationship between weight-related self-stigma and mental health for overweight/obese children in Hong Kong. *J Nerv Ment Dis*. 2019;207(8):637-641.

Chang CT, Chang KH, Cheah WL. Adults' perceptions of being overweight or obese: a focus group study. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2009;18(2):257-264.

Chapman T. Little body hidden within. *Narrat Inq Bioeth*. 2014;4(2):93-6.

Cheng MY, Wang SM, Lam YY, Luk HT, Man YC, Lin CY. The relationships between weight bias, perceived weight stigma, eating behavior, and psychological distress among undergraduate students in Hong Kong. *J Nerv Ment Dis*. 2018;206(9):705-710.

Chisuwa-Hayami N, Haruki T. Associations of body-related teasing with weight status, body image, and dieting behavior among Japanese adolescents. *Health Promot Perspec.* 2017;7(2):80-87.

Cho S, Crenshaw KW, McCall L. Toward a Field of Intersectionality Studies: theory, applications, and praxis. *Signs.* 2013;38(4):785-810.

Christiansen ML. “Homo Caloricus”: La construcción epistemológica del estigma lipofóbico en los discursos mediáticos de salud pública. *Salud Colect.* 2018;14(3):623-637.

Cogan JC, Bhalla SK, Sefa-Dedeh A, Rothblum ED. A comparison study of United States and African students on perceptions of obesity and thinness. *J Cross Cult Psychol.* 1996;27(1):98-113.

Connell R. A very straight gay: masculinity, homosexual experience and the dynamics of gender. *Am Sociol Rev.* 1992;57(6):735-751.

Contreras Hernández J. La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Formación Continuada em Nutrición y Obesidad.* 2002;5(6):275-286.

Cooper C. Fat studies: mapping the field. *Sociol Compass.* 2010;4(12):1020–34.

Cori G da C, Petty ML, Alvarenga Mdos S. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos - um estudo exploratório. *Cien Saude Colet.* 2015;20(2):565-76.

Costa RDC, Gabriel DC, Costa MJDC, Gonçalves MDCR, Oliveira SCPD, Ascutti LS. Repercussões sociais no hábito alimentar dos obesos. *Estudos de Psicologia.* 2012;29(4):509-518.

Couto MT, Oliveira E, Separavich MAA, Luiz OC. The feminist perspective of intersectionality in the field of public health: a narrative review of the theoretical-methodological literature. *Salud Colect.* 2019;15:e1994.

Couto MT, Schraiber LB. Machismo hoje no Brasil: uma análise de gênero das percepções dos homens e das mulheres. In: Venturi G, Godinho T. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado.* São Paulo: Perseu Abramo/SESC; 2013.

Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life. *Int J Health Serv* 1980;10:365–88.

Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estud Fem.* 2002;1(10):171-88.

Cruz CAG, Bastos LC. Histórias de uma obesa: a teoria dos posicionamentos e a (re)construção discursiva das identidades. *Linguagem em (Dis)curso.* 2015;15(3):367-84.

de Siqueira R, Cardoso H. O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. *Imagonautas*. 2011;2:93-113.

Degher D, Hughes G. The adoption and management of a “fat” identity. In: Maurer D, Sobal J. *Interpreting weight: the social management of fatness and thinness*. New York: Aldine de Gruyter; 1999. p. 11-27.

Diedrichs PC, Barlow FK. How to lose weight bias fast! Evaluating a brief anti-weight bias intervention. *Br J Health Psychol*. 2011;16:846–861.

Dos Santos MA, Garcia RWD, dos Santos ML. A sujeição aos padrões corporais culturalmente construídos em mulheres de baixa renda. *Demetra*; 2015;10(4):761-774.

Duan W, Wang Z. Mindfulness capability mediates the association between weight-based stigma and negative emotion symptoms. *Mindfulness*. 2019a;10(6):1074-81.

Duan W, Wang Z. Dispositional mindfulness promotes public health of the obesity population by reducing perceived discrimination and weight stigma concerns. *J Public Health*. 2019b;27(2):195-202.

Edmonds A. *Pretty modern: beauty, sex, and plastic surgery in Brazil*. Durham: Duke University Press; 2010.

Ernsberger P. Does social class explain the connection between weight and health? In: Rothblum E, Soloway S. *Fat Studies Reader*. New York: NYU Press; 2009. p. 25-36.

Falk G. *Stigma: How We Treat Outsiders*. New York: Prometheus Books; 2001.

Fikkan JL, Rothblum ED. Is fat a feminist issue? Exploring the gendered nature of weight bias. *Sex Roles*. 2012;66:575–92.

Forhan M, Risdon C, Solomon P. Contributors to patient engagement in primary health care: perceptions of patients with obesity. *Prim Health Care Res Dev*. 2013;14:367-72.

Foucault M. *Vigiar e punir*. Lisboa: Edições 70; 2013.

Fung XC, Pakpour AH, Wu YK, Fan CW, Lin CY, Tsang, HW. Psychosocial variables related to weight-related self-stigma in physical activity among young adults across weight status. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(1):64.

Garth H, Hardin J. On the limitations of barriers: Social visibility and weight management in Cuba and Samoa. *Soc Sci Med*. 2019;239:112501.

Geissler ME, Korz V. Atitudes de enfermeiros de equipe da Saúde da Família em relação à obesidade. *Demetra*. 2020;15:46085.

Gelsleichter MZ. *Aspectos sociais e de gênero da obesidade em mulheres no serviço de cirurgia bariátrica do HU/UFSC* [dissertação]. Florianópolis: Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina; 2019.

Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. New York: Simon & Shuster; 1983.

Goldberg DS. Fatness, medicalization, and stigma: on the need to do better. *Narrat Inq Bioeth*. 2014; 4(2):117-23.

Goldenberg M. Corpo e envelhecimento: diferenças de gênero na cultura brasileira. *Educere et Educare*. 2014;9(17):231-242.

Gonçalves H, Dumith SC, González DA, Menezes A, Araújo CL, Hallal PC, Bastos JL. Discriminação autorrelatada por adolescentes de uma coorte de nascimentos brasileira: prevalência e associações. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012;31:204-210.

Gordon TJ. The Delphi method. *Futur Res Methodol*. 1994;4:2–15.

Govender RD, Al-Shamsi S, Regmi D. Weight bias and eating behaviours of persons with overweight and obesity attending a general medical practice in Durban, South Africa. *South African Family Practice*. 2019;61(3):85-90.

Gray L. Social determinants of health, disaster vulnerability, severe and morbid obesity in adults: triple jeopardy? *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14:1452.

Gutin I. In BMI We Trust: Reframing the Body Mass Index as a measure of health. *Soc Theory Health*. 2018;16(3):256-271.

Hackman J, Maupin J, Brewis A. Weight-related stigma is a significant psychosocial stressor in developing countries: evidence from Guatemala. *Soc Sci Med*. 2016;161:55-60.

Han S, Hruschka D. Deprivation or discrimination? Comparing two explanations for the reverse income–obesity gradient in the US and South Korea. *J Biosoc Sci*. 2020:1–20

Hansen J. Explode and die! A fat woman's perspective on prenatal care and the fat panic epidemic. *Narrat Inq Bioeth*. 2014;4(2):99-101.

Hart LM, Ferreira KB, Ambwani S, Gibson EB, Austin SB. Developing expert consensus on how to address weight stigma in public health research and practice: a Delphi study. *Stigma and Health*. 2021;6:79–89.

Henry J, Kollamparambil U. Obesity-based labour market discrimination in South Africa: a dynamic panel analysis. *J Public Health*. 2017;25(6):671-684.

Herndon AM. Collateral damage from friendly fire?: race, nation, class and the “War Against Obesity”. *Social Semiotics*. 2006;15(2):127-41.

Higgins JPT, Green S, editors. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.1.0. 2011. Disponível em< www.handbook.cochrane.org>. [acesso em 21/07/2020].

Collins PH, Bilge S. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo; 2021.

Himmelstein MS, Puhl RM, Quinn DM. Intersectionality: an understudied framework for addressing weight stigma. *Am J Prev Med*. 2017;53:421-31.

Holdsworth M, Gartner A, Landais E, Maire B, Delpuech F. Perceptions of healthy and desirable body size in urban Senegalese women. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004;28:1561–1568.

Horta O. Discrimination in Terms of Moral Exclusion. *Theoria: Swedish Journal of Philosophy*. 2020;76:346-364.

Ingraham N. Fat Studies and Public Health. In: Pausé C, Taylor RT. *The Routledge International Handbook of Fat Studies*. New York: Routledge; 2021. p. 164-75.

Janssen I, Craig WM, Boyce WF, Pickett W. Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*. 2004;113(5):1187-1194.

Jung FU, Luck-Sikorski C, Wiemers N, Riedel-Heller SG. Dietitians and nutritionists: stigma in the context of obesity. A systematic review. *PLoS One*. 2015;10: e0140276.

Kaminsky J, Gadaleta D. A study of discrimination within the medical community as viewed by obese patients. *Obes Surg*. 2002; 12: 14-8.

Kim TH, Han E. Entry body mass and earnings: once penalized, ever penalized? *Biodemography Soc Biol*. 2017;63(4):332-346.

Kulick D, Meneley A, editors. *Fat: the anthropology of an obsession*. New York: Penguin; 2005.

Kushner RF. The burden of obesity: personal stories, professional insights. *Narrat Inq Bioeth*. 2014;4(2):129-33.

Kyle TK, Dhurandhar EJ, Allison DB. Regarding obesity as a disease: evolving policies and their implications. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2016;45(3):511-20.

Kyle TK, Puhl RM. Putting people first in obesity. *Obesity*. 2014;22(5):1211.

LeBesco K. On fatness and fluidity: a meditation. In: Pausé C, Wykes J, Murray S. *Queering fat embodiment*. New York: Taylor & Francis Group; 2014. p. 49-59.

Lee JA, Pausé CJ. Stigma in practice: barriers to health for fat women. *Front Psychol*. 2016;7:2063.

Lewis S, Thomas SL, Hyde J, Castle D, Blood RW, Komesaroff PA. “I don't eat a hamburger and large chips every day!” A qualitative study of the impact of public health messages about obesity on obese adults. *BMC Public Health*. 2010; 10:1-9.

Lewis S, Thomas ST, Blood RW, Castle DJ, Hyde J, Komesaroff PA. How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Soc Sci Med*. 2011;73:1349-1356.

Lin CY, Strong C, Latner JD, Lin YC, Tsai M C, Cheung P. Mediated effects of eating disturbances in the association of perceived weight stigma and emotional distress. *Eat Weight Disord*. 2020;25(2):509-518.

Lin CY, Tsai MC, Liu CH, Lin YC, Hsieh YP, Strong C. Psychological pathway from obesity-related stigma to anxiety via internalized stigma and self-esteem among adolescents in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22):4410.

Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:363–85.

Lipowska M, Truong Thi Khanh H, Lipowski, M, Różycka-Tran J, Bidzan M, Ha TT. The body as an object of stigmatization in cultures of guilt and shame: A Polish–Vietnamese comparison. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;6(16):2814.

Lippert-Rasmussen K. Private Discrimination: A Prioritarian, Desert-Accommodating Account. *San Diego Law Review*. 2006;43:817-856.

Lupton D. A sociological critique of the Health At Every Size movement. *This Sociological Life*. 2012. Disponível em: <<https://simplysociology.wordpress.com/2012/09/24/a-sociological-critique-of-the-health-at-every-size-movement>> [acesso em 31/01/2018].

Macedo TTSD, Portela PP, Palamira CS, Mussi FC. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. *Escola Anna Nery*. 2015;19(3):505-510.

MacKinnon CA. Intersectionality as method: a note. *Signs*. 2013;38(4):1019-30.

Magalhães LM, Amparo-Santos L. Os riscos de estar “além do peso”: uma análise do discurso sobre a obesidade proferido nos meios de comunicação de massa. In: Prado SD, Amparo-Santos L, da Silva LF, Arnaiz MG, Bosi MLM. *Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2016. v. 5. p. 215-229.

Makowski AC, Kim TJ, Luck-Sikorski C, von dem Knesebeck O. Social deprivation, gender and obesity: multiple stigma? Results of a population survey from Germany. *BMJ Open*. 2019; 9:e023389.

Malterud K, Ulriksen K. “Norwegians fear fatness more than anything else”- A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Educ Couns*. 2010;81:47-52.

Marini M, Sriram N, Schnabel K, Maliszewski N, Devos T, Ekehammar B, et al. Overweight people have low levels of implicit weight bias, but overweight nations have high levels of implicit weight bias. *PloS One*. 2013;8(12):e83543.

Martin MA, Lippert AM. Feeding her children, but risking her health: the intersection of gender, household food insecurity and obesity. *Soc Sci Med*. 2012;74(11):1754-1764.

Martínez-Aguilar M, Flores-Peña Y, Rizo-Baeza M, Aguilar-Hernández RM, Vázquez-Galindo L, Gutiérrez-Sánchez G. 7th to 9th grade obese adolescents perceptions about obesity in Tamaulipas, Mexico. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(1):48-53.

Matoti-Mvalo T, Puonae T. Perceptions of body size and its association with HIV/AIDS. *S Afr J Clin Nutr*. 2011;24:40-45.

Mattingly BA, Stambush MA, Hill AE. Shedding the pounds but not the stigma: negative attributions as a function of a target's method of weight loss. *J Appl Biobehav Res*. 2009;14:128–44.

Mattos RDS, Luz MT. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. *Physis*. 2009;19(2):489-507.

Maupin J, Brewis A. Food insecurity and body norms among rural Guatemalan schoolchildren. *Am Anthropol*. 2014;116(2): 332–7.

Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

Merrill E, Grassley J. Women's stories of their experiences as overweight patients. *J Adv Nurs* 2008;64:139-46.

Mitchell RS, Padwal RS, Chuck AW, Klarenbach SW. Cancer screening among the overweight and obese in Canada. *Am J Prev Med*. 2008;35:127-32.

Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac JC, Louzada ML, Rauber F, Khandpur N, Cediel G, Neri D, Martinez-Steele E, Baraldi LG, Jaime PC. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutr*. 2019 ;22(5):936-941.

Monteiro S, Villela W. *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.

Muennig P, Bench KK. Obesity-associated stigma and physiological markers of stress: evidence from the Dominican Republic. *Stress Health*. 2009;25(3):241-246.

Murray S. (Un/Be)Coming out? Rethinking Fat Politics. *Social Semiotics*. 2005;15:153-63.

Nascimento CADD, Bezerra SMMDS, Angelim EMS. Vivencia de la obesidad y del adelgazamiento en mujeres sometidas a la cirugía bariátrica. *Estudos de Psicologia*. 2013;18(2):193-201.

National Association to Advance Fat Acceptance (NAAFA). *NAAFA Healthcare Bill of Rights*. 2017. Disponível em: <
[https://static1.squarespace.com/static/5e7be2c55ceb261b71eadde2/t/5ed71025c029d15314c36322/1591152677220/NAAFA Healthcare Bill of Rights%5BFinal%5D.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5e7be2c55ceb261b71eadde2/t/5ed71025c029d15314c36322/1591152677220/NAAFA+Healthcare+Bill+of+Rights%5BFinal%5D.pdf)>
 [acesso em 10/02/21].

National Institutes of Health. Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies. 2014. Disponível em: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/in-develop/cardiovascular-risk-reduction/tools/cohort>. [acesso em 14/04/2021].

Nicholls SG. Standards and classification: a perspective on the 'obesity epidemic'. *Soc Sci Med*. 2013;87:9-15.

Novaes JV, Vilhena J. De Cinderela a Moura Torta: sobre a relação mulher, beleza e feiúra. *Interações*. 2003;8:9-36.

Obara AA, Vivolo SRGF, Alvarenga MDS. Weight bias in nutritional practice: a study with nutrition students. *Cad Saude Publica*. 2018;34(8):e00088017.

Odeh L. A comparative analysis of Global North and Global South economies. *Journal of Sustainable Development in Africa*. 2010;12(3):338-48.

O'Hara L, Gregg J: Human rights casualties from the “War on Obesity”: why focusing on body weight is inconsistent with a human rights approach to health. *Fat Studies*. 2012;1:32-46.

Oliveira DMD, Merighi MAB, Jesus MCPD. The decision of an obese woman to have bariatric surgery: the social phenomenology. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):970-976.

Oraka CS, Faustino DM, Oliveira E, Teixeira JAM, de Souza ASP, Luiz OC. Raça e obesidade na população feminina negra: uma revisão de escopo. *Saúde Soc*. 2020;2(3):e191003.

Orbach S. *Fat is a feminist issue*. New York: Berkeley Books; 1978.

Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5(1):210.

Overton S, Medina S. The stigma of mental illness. *J Couns & Develop* 2008;86:143-151.

Owen L. Living fat in a thin-centric world: effects of spatial discrimination on fat bodies and selves. *Fem Psychol*. 2012;22(3):290-306.

Paim JS, Almeida Filho NA. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública*. 1998;32:299-316.

Paim MB, Kovaleski DF. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saúde Soc* 2020;29:e190227.

Palma A, Teixeira NT, Vilaça MM, Assis M. Conflitos de interesse na “guerra” contra a obesidade: é possível servir a dois senhores? *Saúde Soc*. 2014;23(4):1262-74.

Panza GA, Puhl RM, Taylor BA, Zaleski AL, Livingston J, Pescatello LS. Links between discrimination and cardiovascular health among socially stigmatized groups: A systematic review. *PLoS One*. 2019;14:e0217623.

Papadopoulos S, Brennan L. Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review. *Obesity*. 2015;23(9):1743-1760.

Parker R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cad Saude Pública*. 2012;28:164-9.

Pausé C, Taylor RT. *The Routledge International Handbook of Fat Studies*. New York: Routledge; 2021.

Pausé C. Borderline: the ethics of fat stigma in public health. *J Law Med Ethics*. 2017;45:510-17.

Pausé C. Die another day: the obstacles facing fat people in accessing quality healthcare. *Narrat Inq Bioeth*. 2014; 4(2):135–141.

Pearl P, Puhl R. Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obes Rev*. 2018;19:1141-1163.

Pearl RL, Wadden TA, Tronieri JS, Chao AM, Alamuddin N, Berkowitz RI. Everyday discrimination in a racially diverse sample of patients with obesity. *Clin Obes*. 2018;8:140-146.

Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev*. 2015;16:319-26.

Pinto MS, Bosi MLM. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. *Physis*. 2010;20(2):443-457.

Popenoe R. *Feeding desire: Fatness, beauty and sexuality among a Saharan people*. New York: Routledge; 2012.

Poulain J-P. *Sociologie de l'obésité*. Paris: PUF; 2009.

Prado SD, Bosi ML, da Veiga Soares Carvalho MC, Gugelmin SA, Silva JK, Delmaschio KL, de Lima Ramagem Martins M. A pesquisa sobre Alimentação no Brasil: sustentando a autonomia do campo Alimentação e Nutrição. *Cien Saude Colet*. 2011;16(1):107-19.

Prentice AM. The emerging epidemic of obesity in developing countries. *Int J Epidemiol*. 2006;35:93-99.

Prins B. Narrative accounts of origins. *Eur J Women's Stud*. 2006;13(3):277-90.

Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res*. 2001;9(12):788-805.

Puhl R, Heuer C. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* 2009;17:941-964.

Puhl R, Peterson JL, Luedicke J. Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers. *Int J Obes*. 2013;37(4):612-9.

Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity*. 2006;14:1802-15.

Puhl RM, Himmelstein MS, Pearl RL. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *Am Psychol*. 2020;75(2):274-289.

Puhl RM, Lessard LM, Pearl RL, Himmelstein MS, Foster GD. International comparisons of weight stigma: Addressing a void in the field. *Int J Obes*. 2021:1-10.

Puhl RM. What words should we use to talk about weight? A systematic review of quantitative and qualitative studies examining preferences for weight-related terminology. *Obes Rev*. 2020;21(6):e13008.

Puoane TR, Fourie JM, Tsolekile L, Nei JH, Temple NJ. What do Black South African adolescent girls think about their body size? *J Hunger Environ Nutr*. 2013;8(1):85-94.

Rathbone JA, Cruwys T, Jetten J. Non-stigmatising alternatives to anti-obesity public health messages: Consequences for health behaviour and well-being. *J Health Psychol*. 2021:1359105321999705.

Roehling PV, Roehling MV, Vandlen JD, Blazek J, Guy WC. Weight discrimination and glass ceiling effect among top US CEOs. *Equal Opportunities International*. 2009; 28:179–196.

Rothblum E, Soloway S. *Fat Studies Reader*. New York: NYU Press; 2009.

Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 2020;26:485-497.

Russell N, Carryer J. Living large: the experiences of large-bodied women when accessing general practice services. *J Prim Health Care*. 2013;5:199-205.

Sadler JZ. Risk factor medicalization, hubris, and the obesity disease. *Narrat Inq Bioeth*. 2014;4(2):143-6. Erratum in: *Narrat Inq Bioeth*. 2014;4(3):iv.

Salas XR. The ineffectiveness and unintended consequences of the public health war on obesity. *Can J Public Health*. 2015;106(2):e79-81.

Scagliusi FB, Ulian MD, Gualano B, Roble OJ, Unsain RF, Carrierio MR, Sato PM, SturtzSreetharan C, Brewis A, Wutich A. “Before I saw a gas canister, now I see a person”: Tracking post obesity-intervention qualitative differences in body acceptance and response to weight stigma among Brazilian gorda women. *Human Organization* 2020;79:1-16.

Scambler G. Stigma and disease: Changing paradigms. *The Lancet*. 1998;352:1054-1055.

Schmalz DL. 'I feel fat': weight-related stigma, body esteem, and BMI as predictors of perceived competence in physical activity. *Obes Facts*. 2010;3:15–21.

Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obes Res*. 2003;11:1033-9.

Shermak J. Obesity as disease: definition by desperation. *Narrat Inq Bioeth*. 2014;4(2):114-6.

Siervo MP, Grey P, Nyan OA, Prentice AM, et al. Urbanization and obesity in The Gambia: a country in the early stages of the demographic transition. *Eur J Clin Nutr*. 2006;60:455–463.

Sikorski C, Luppá M, Kaiser M, et al. The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - a systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11:661.

Sobal J. Marriage, obesity, and dieting. *Marriage Fam Rev*. 1984;7:115-39.

Sobal J. Sociological analysis of the stigmatization of obesity. In: Germov J, Williams L. *A Sociology of Food & Nutrition: The social appetite*. 2000. p. 187-204.

Spahlholz J, Baer N, König HH, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Obesity and discrimination—a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obes Rev.* 2016;17(1):43-55.

Sprovera MAE, Gonzáles EA, Grancelli FB, Paredes MH. Gordura, discriminación y clasismo: Un estudio en jóvenes de Santiago de Chile. *Psicol Soc.* 2017;29:e164178.

Stafford MC, Scott RR. Stigma deviance and social control: some conceptual issues. In: Ainlay SC, Becker G, Colman LMA (Eds). *The Dilemma of Difference*. New York: Plenum; 1986. p. 77-91.

Stoll LC, Egner J. We must do better: Ableism and fatphobia in Sociology. *Sociol Compass.* 2021:e12869.

Stoll LC. Fat is a social justice issue, too. *Humanity and Society.* 2019; XX(X):1-21.

Strings S. Obese black women as “social dead weight”: reinventing the “diseased black woman”. *Signs.* 2015;41(1): 107-30.

Stunkard AJ. The results of treatment for obesity. *NY State J Med.* 1959;103:79-85.

SturtzSreetharan C, Brewis A, Hardin J, Trainer S, Wutich A. *Fat in four cultures: A global ethnography of weight*. Toronto University Press: Toronto; 2021.

Su MC, Jou HJ, Tsao LI. The struggle against fat: weight loss experiences of overweight adolescent girls in Taiwan. *J Nurs Res.* 2014;22(1):28-36.

The Lancet Public Health. Addressing weight stigma. *Lancet Public Health.* 2019;4(4):e168.

Thucydides. *The Peloponesian War*. Oxford: Oxford University Press; 2005.

Tlili F, Mahjoub A, Lefèvre P, Bellaj T, Romdhane BH, Eymard-Duvernay S, Holdsworth M. Tunisian women’s perceptions of desirable body size and chronic disease risk. *Ecol Food Nutr.* 2008;47:399–414.

Tomiyama AJ. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appett* 2014;82:8–15

Tomrley C, Naylor AK. *Fat Studies in the UK*. York: Raw Nerve Books; 2009.

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-357.

Torres AAL. A balance point between the Science of Nutrition and “Fat Studies”. *Demetra*. 2016;11(supl.1):1201-1212

Trainer S, Brewis A, Williams D, Chavez JR. Obese, fat, or “just big”? Young Adult Deployment of and Reactions to Weight Terms. *Human Organization* 2015;75:266-75.

Trainer S, Brewis A, Wutich A. *Extreme weight loss: life before and after bariatric surgery*. New York: New York University Press; 2021.

Trainer S, Wutich A, Brewis A. Eating in the Panopticon: surveillance of food and weight before and after bariatric surgery. *Med Anthropol*. 2017;36(5):500-514.

UConn Rudd Center for Food Policy & Obesity. *Research & Resources*. 2021 Disponível em: <<https://uconnruddcenter.org/research-archive/>> [acesso em 10/12/20].

Ulian MD, Sato PDM, Pinto AJ, Benatti FB, Campos-Ferraz PLD, Coelho D, Roble O, Sabatini F, Perez I, Aburad L, Vessoni A, Unsain RF, Gualano B, Scagliusi FB. “It is over there, next to that fat lady”: a qualitative study of fat women’s own body perceptions and weight-related discriminations. *Saude Soc*. 2020;29:e180313.

Unsain RF, Roca A. Obesity, culture and stigma in the Covid-19 context. *Arch Food Sci Technol*. 2020;1(2):1006.

US Department of Health and Human Services. *The Surgeon General’s call to action to prevent and decrease overweight and obesity*. Rockville: Center for Disease Control and Prevention; 2001.

van Amsterdam N. Big fat inequalities, thin privilege: An intersectional perspective on ‘body size’. *Eur J Women's Stud*. 2013;20(2):155–69.

Vartanian LR, Shaprow JG. Effects of weight stigma on exercise motivation and behavior: a preliminary investigation among college-aged females. *J Health Psychol*. 2008;13:131–8.

Wadden TA, Anderson DA, Foster GD, Bennett A, Steinberg C, Sarwer DB. Obese women's perceptions of their physicians' weight management attitudes and practices. *Arch Fam Med*. 2000;9:854-60.

Wang Z, Dang J, Zhang X, Moore JB, Li R. Assessing the relationship between weight stigma, stress, depression, and sleep in Chinese adolescents. *Qual Life Res*. 2021;30(1):229-238.

Weaver LJ, Trainer S. Shame, blame, and status incongruity: health and stigma in rural Brazil and the urban United Arab Emirates. *Cult Med Psychiatry*. 2017;41(3):319-340.

Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, Adamo K, Alberga A, Bell R, Boulé N, Boyling E, Brown J, Calam B, Clarke C, Crowshoe L, Divalentino D, Forhan M, Freedhoff Y, Gagner M, Glazer S, Grand C, Green M, Hahn M, Hawa R, Henderson R, Hong D, Hung P, Janssen I, Jacklin K, Johnson-Stoklossa C, Kemp A, Kirk S, Kuk J, Langlois MF, Lear S, McInnes A, Macklin D, Naji L, Manjoo P, Morin MP, Nerenberg K, Patton I, Pedersen S, Pereira L, Piccinini-Vallis H, Poddar M, Poirier P, Prud'homme D, Salas XR, Rueda-Clausen C, Russell-Mayhew S, Shiao J, Sherifali D, Sievenpiper J, Sockalingam S, Taylor V, Toth E, Twells L, Tytus R, Walji S, Walker L, Wicklum S. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ* 2020;192:E875-E891.

Whitesel J. Intersections of multiple oppressions: racism, sizeism, ableism, and the “illimitable etceteras” in encounters with law enforcement. *Sociol Forum*. 2017;32(2):426-33.

World Health Organization (WHO). *Obesity and overweight*. 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>> [acesso em 21/07/21].

World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization; 1998.

World Obesity Federation. *Free supplementary modules*. 2019. Disponível em:<<https://www.worldobesity.org/training-and-events/scope/e-learning/free-supplementary-modules#row-32-3>> [acesso em 18/12/20].

Wright KB, Mazzone R, Oh H, Du J, Smithson AB, Ryan D, MacNeil D, Tong X, Stiller C. The Influence of U.S. chain restaurant food consumption and obesity in China and South Korea: an ecological perspective of food consumption, self-efficacy in weight management, willingness to communicate about weight/diet, and depression. *Health Commun*. 2016;31(11):1356-66.

Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2018;74(5):1030-1042.

Wu YK, Liu Y. Weight-related stigmatization and binge eating among overweight adults in Southern Taiwan. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2015;24(1):118-127.

Zhou Z, Macpherson J, Gray SR, Gill JMR, Welsh P, Celis-Morales C, Sattar N, Pell JP, Ho FK. Are people with metabolically healthy obesity really healthy? A

prospective cohort study of 381,363 UK Biobank participants. *Diabetologia*. 2021 Jun 10.